

**EVALUACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN
SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA
“SALUD PUERTA A PUERTA”
DURANTE LOS PERIODOS 2006 Y 2007**

CLAUDIA ELENA RUIZ JARAMILLO

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL
NEIVA – HUILA
2008**

**EVALUACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN
SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA
“SALUD PUERTA A PUERTA”
DURANTE LOS PERIODOS 2006 Y 2007**

CLAUDIA ELENA RUIZ JARAMILLO

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al titulo de
Especialista en Servicios de Salud y Seguridad Social**

**Asesor
Dr. JOSE DOMINGO ALARCON
Especialista en Medicina Familiar- Epidemiología**



**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL
NEIVA – HUILA
2008**

Nota de aceptación

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Agosto de 2008

DEDICATORIA

Dedico la realización de la investigación a quien amo Reinaldo, Sarita y Juanfer y que con paciencia y afecto incentivaron día a día el proceso convirtiéndolo en un ideal. Dejando además, una grata sensación de contribuir con ella, al desarrollo de la comunidad huilense

Claudia Elena

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a:

A la Universidad Surcolombiana por el respaldo académico a la investigación.

Al Doctor José Domingo Alarcón, Especialista en Medicina Familiar, por su interés, apoyo incondicional para ser posible la culminación de este proyecto.

Al Profesor Giovanni Perdomo Charry, Docente de la Facultad de Salud, por sus valiosos conocimientos científicos, que permitieron el desarrollo de la investigación y contribuyeron al crecimiento profesional.

A cada una de las personas que participaron en la investigación.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	19
1. MARCO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	21
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
1.2 DIMENSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	22
2. OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GENERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3. JUSTIFICACION	24
4. ANTECEDENTES	26
5. MARCO TEORICO O CONCEPTUAL	35
5.1 ATENCION PRIMARIA EN SALUD	35
5.1.1 Valores de la APS	36
5.1.2 Principios APS	36
5.1.3 Elementos	37

	pág.	
5.2	ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD PUERTA A PUERTA	40
5.2.1	Cuatro momentos para la Operativización de la Estrategia	42
5.3	EFICACIA	52
6.	MARCO LEGAL	53
7.	METODOLOGÍA	55
7.1	ETAPA: PREPARACIÓN DEL PROCESO EVALUATIVO	55
7.2	ETAPA: EJECUCION DEL PROCESO EVALUATIVO	57
8.	DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	58
8.1	DESCRIPCION VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	60
8.1.1	Accesibilidad	61
8.1.2	Aceptabilidad	66
8.1.3	Primer Contacto	73
8.1.4	Integralidad	75
8.1.5	Enfoque poblacional	77

	pág.
8.1.6 Promoción y Prevención	79
8.1.7 Atención apropiada y efectiva	85
8.1.8 Integración con las FESP	89
8.1.9 Intersectorialidad	92
8.1.10 Mecanismos de participación activa	97
9. LECCIONES APRENDIDAS	103
9.1 ACCESIBILIDAD	103
9.2 ACEPTABILIDAD	104
9.3 PRIMER CONTACTO	105
9.4 INTEGRALIDAD	105
9.5 ENFOQUE POBLACIONAL	105
9.6 ENFOQUE POBLACIONAL	106
9.7 ATENCION APROPIADA	106
9.8 RECURSOS HUMANOS	106
9.9 INTEGRACION FESP	108
9.10 INTERSECTORIALIDAD	108
9.11 MECANISMOS DE PARTICIPACION ACTIVA	110

	pág.
10. RECOMENDACIONES	112
10.1 ACCESIBILIDAD	112
10.2 ACEPTABILIDAD	112
10.3 PRIMER CONTACTO	112
10.4 INTEGRALIDAD	113
10.5 ENFOQUE POBLACIONAL	113
10.6 PROMOCION Y PREVENCION	114
10.7 ATENCION APROPIADA	114
10.8 RECURSOS HUMANOS	115
10.9 INTEGRACION FESP	116
10.10 INTERSECTORIALIDAD	116
10.11 MECANISMOS DE PARTICIPACION ACTIVA	117
11. GLOSARIO	120
SIGLAS	126
BIBLIOGRAFÍA	129

LISTA DE GRAFICAS

	pág.
Gráfica 1. Representación sistema liderado por Atención Primaria en Salud	35
Gráfica 2. Proceso censo Sistema de Información de Atención Primaria en Salud SICAPS	46
Gráfica 3. Coberturas	63
Gráfica 4. Promedio respuestas encuestas de satisfacción usuarios APS puerta a puerta realizadas por la Universidad Surcolombiana (USCO)	70
Gráfica 5. Porcentajes preguntas encuestas de satisfacción usuarios Atención Primaria en Salud Salud Puerta a Puerta realizadas por la Universidad Surcolombiana (USCO)	72
Gráfica 6. Promedio de aceptabilidad	72
Gráfica 7. Demanda inducida	74
Gráfica 8. Porcentaje cumplimiento reuniones de concertación	94
Gráfica 9. Planes de acción	96
Gráfica 10. Conformación de Indicador mecanismos de participación activa Unidades de Rehidratación Oral Comunitarios (UROC) y Unidades de Atención de Infecciones Respiratoria Agudas Comunitarias (UAIRAC)	98
Gráfica 11. Conformación Comités de Vigilancia Epidemiológica COVECOM 2006 – 2007	99

LISTA DE TABLAS

		pág.
Tabla 1.	Censo poblacional 2005	34
Tabla 2.	Descripción variable de investigación	61
Tabla 3.	Indicador de accesibilidad	62
Tabla 4.	Coberturas poblacionales	63
Tabla 5.	Tiempos determinados para cada momento de la estrategia	64
Tabla 6.	Alcances logrados en indicadores departamentales	64
Tabla 7.	Porcentajes condiciones de habitabilidad población asistida	65
Tabla 8.	Resultado indicador de accesibilidad	66
Tabla 9.	Ficha técnica	67
Tabla 10.	Indicador de aceptabilidad	68
Tabla 11.	Encuestas 1 y 2	68
Tabla 12.	Porcentajes preguntas primera encuesta de satisfacción usuarios Atención Primaria en Salud Puerta a Puerta realizada por la Universidad Surcolombiana	69

		pág.
Tabla 13.	Porcentaje preguntas segunda encuesta de satisfacción usuarios APS puerta a puerta realizada por la USCO	71
Tabla 14.	Resultado indicador de aceptabilidad	73
Tabla 15.	Indicador primer contacto	73
Tabla 16.	Resultado indicador primer contacto	74
Tabla 17.	Indicador de integralidad	76
Tabla 18.	Resultado indicador de integralidad	77
Tabla 19.	Enfoque poblacional	77
Tabla 20.	Resultado indicador enfoque poblacional	78
Tabla 21.	Indicador promoción y prevención	80
Tabla 22.	Coberturas de Protección Específica y Detección Temprana	80
Tabla 23.	Promedio actividades de protección específica y detección temprana de enfermedades	81
Tabla 24.	Indicadores en mortalidad materna	84

		pág.
Tabla 25.	Indicadores en mortalidad infantil	84
Tabla 26.	Indicadores de mortalidad infantil en zonas básicas de salud	84
Tabla 27.	Resultado indicador promoción y prevención	85
Tabla 28.	Indicador atención apropiada y efectiva	85
Tabla 29.	Resultado indicador de atención apropiada	86
Tabla 30.	Indicador recursos humanos apropiados	87
Tabla 31.	Evaluación Sistema de Información de Atención Primaria en Salud	87
Tabla 32.	Distribución de Equipos Básicos de Salud Regionales	88
Tabla 33.	Indicador de recursos humanos apropiados	88
Tabla 34.	Conformación equipos básicos en salud	89
Tabla 35.	Resultado indicador de recursos humanos apropiados	89
Tabla 36.	Indicador de integración con las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP)	91

	pág.
Tabla 37. Porcentaje de cumplimiento de integración con las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP)	92
Tabla 38. Resultado indicador de integración con las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP)	92
Tabla 39. Indicador de intersectorialidad	93
Tabla 40. Indicador planes de acción veredal y familiar	96
Tabla 41. Resultado indicador intersectorialidad	97
Tabla 42. Indicador mecanismos de participación activa Unidades de Rehidratación Oral Comunitarios (UROC) y Unidades de Atención de Infecciones Respiratoria Agudas Comunitarias (UAIAC)	98
Tabla 43. Indicador mecanismos de participación activa Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitarios (COVECOM)	99
Tabla 44. Indicador mecanismos de participación activa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMM) y Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)	100
Tabla 45. Programas de participación activa	100
Tabla 46. Resultado indicador de participación activa	100
Tabla 47. Calificación indicadores	101

RESUMEN

Desde hace más de un cuarto de siglo la Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como uno de los componentes claves de un Sistema de Salud efectivo. Las experiencias demuestran que la APS puede ser interpretada y adaptada hasta ajustarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos.

En el Departamento del Huila, se implementó la Estrategia de Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar “Salud Puerta a Puerta (APS EF SPP) con el propósito de contribuir a la disminución de los indicadores de morbi-mortalidad, en la población rural pobre y urbana marginal con difícil acceso a los servicios de salud y con múltiples factores de riesgo.

Después de casi tres años de establecimiento de la Estrategia en el Departamento, es indispensable un proceso de evaluación de los resultados que proporcionen herramientas de apoyo en las acciones encaminadas a hallar métodos eficaces para el fortalecimiento de la atención primaria de salud en el departamento. Para ello se consolida la investigación, con una revisión completa de los resultados de APS SPP para evaluar la eficiencia y dar una mirada crítica y reflejar mejor las necesidades comunes de salud y desarrollo de la población huilense.

Para ello, es necesario, un marco conceptual mínimo general, que comprenda toda la temática, y determinar la metodología que permita evaluar los alcances de las acciones en forma cuantitativa y cualitativa que midan la extensión de los fenómenos, y que busquen describir lo existente y cuales son las causas subyacentes, con una información complementaria y aumentado nuestra

comprensión de los resultados obtenidos en la aplicación del programa de APS EF SPP.

PALABRAS CLAVES: Atención Primaria en Salud, Efectividad

SUMMARY

For more than a century now the Primary Attention of Health (APS) it is recognized as one of the key components of an effective System of Health. The experiences demonstrate that the APS can be interpreted and adapted until being adjusted to a wide variety of political, social, cultural and economic contexts.

In the Department of the Huila, the Strategy of Primary Attention was implemented in Health with Family Focus "Health Door to Door" with the purpose of contributing to the decrease of the indicators of morbi-mortality, in the marginal poor and urban rural population with difficult access to the services of health and with multiple factors of risk.

After almost three years of establishment of the Strategy in the Department, it is indispensable a process of evaluation of the results that they provide support tools in the actions guided to find effective methods for the invigoration of the primary attention of health in the department. For he/she consolidates it the investigation, with a complete revision of the results of APS SPP to evaluate the efficiency and to give a critical look and to reflect the necessities common of health and the population's huilense development better.

For it, it is necessary, a mark conceptual general minimum that understands all the thematic one, and to determine the methodology that allows to evaluate the reaches of the actions in quantitative and qualitative form that you/they measure the extension of the phenomena, and that they look for to describe the existent thing and which are the underlying causes, with a complementary and increased information our understanding of the results obtained in the application of the program of APS EF SPP.

KEY WORDS: Primary attention in Health, Effectiveness,

INTRODUCCIÓN

La atención primaria de salud se convirtió para la Organización Mundial de la Salud OMS en un concepto fundamental a raíz de la Declaración de Alma-Ata (1978), en que se adoptó la meta de la salud para todos. El compromiso de lograr mejoras mundiales en el ámbito de la salud, sobre todo en lo que atañe a las poblaciones más desfavorecidas, fue renovado por la Asamblea de la Salud (1998), en donde se reafirmó el propósito de asegurar la disponibilidad de los elementos esenciales de la atención primaria de salud definidos en la Declaración de Alma-Ata y desarrollados en la política de salud para todos en el siglo XXI.

Desde la Declaración de Alma-Ata, la situación sanitaria a nivel de países ha cambiado considerablemente. Se han registrado importantes modificaciones en la forma de distribución de las enfermedades, los perfiles demográficos, los niveles de exposición a riesgos importantes y el entorno socioeconómico.

Asimismo, han surgido tendencias hacia modelos de atención más integrados y un mayor pluralismo en la financiación y organización de los sistemas de salud. Los gobiernos siguen redefiniendo sus funciones y responsabilidades en relación con la salud de la población y la organización y prestación de la atención de salud, lo que entraña cambios en el contexto en que se enmarcan la elaboración y puesta en práctica de la política sanitaria.

En el Departamento del Huila, teniendo en cuenta las tendencias nacionales e internacionales se implementó la Estrategia de Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar "Salud Puerta a Puerta" con el propósito de contribuir a la disminución de los indicadores de morbi-mortalidad, en la población rural pobre y urbana marginal con difícil acceso a los servicios de salud y con múltiples factores de riesgo y donde la comunidad forma parte integral para lograr los objetivos. Se implementó el Sistema de Información denominado SICAPS, que permitió la caracterización de las necesidades en salud de las familias huilenses y su entorno garantizando una información compilada y sistematizada que facilita el proceso de diagnóstico y evaluación de la Estrategia.

Después de casi tres años de establecimiento de la Estrategia en el Departamento, es indispensable un proceso de evaluación de los resultados que proporcionen herramientas de apoyo en las acciones encaminadas a hallar métodos eficaces para el fortalecimiento de la atención primaria de salud en el departamento. Para ello se consolida la investigación, donde es necesario, en primer lugar un marco conceptual mínimo general, que comprenda toda la temática, en segundo lugar, determinar la metodología que permita evaluar los alcances de las acciones en forma cuantitativa y cualitativa que midan la extensión

de los fenómenos, y que busquen describir lo existente y cuales son las causas subyacentes, con una información complementaria y aumentado nuestra comprensión de los resultados obtenidos en la aplicación del programa de APS EF SPP y que por ultimo se presenta para que sea utilizada como una herramienta para establecer nuevas políticas, estrategias, instrumentos eficaces y contribuya directamente al fortalecimiento de la atención primaria de salud en el Departamento del Huila.

1. MARCO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera apremiante la búsqueda y generación de alternativas prácticas que permitan a los países acelerar el avance hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la generación de sistemas nacionales de salud para que sean más *efectivos*, incluyendo más ampliamente a la población con mayores servicios e impactando más eficientemente la salud de las personas y del ambiente. Una de las estrategias clave es la Atención Primaria de Salud.

Hoy un cuarto de siglo después de la Declaración de Alma Ata, existe muy poco consenso en los logros y retos del enfoque de la APS para mejorar la salud de la población, y el desarrollo socioeconómico a través del tiempo; en consecuencia el planteamiento de la OPS busca un cambio que pueda reflejar mejor las necesidades de individuos y poblaciones, donde se pueda asumir la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos; se corrijan las debilidades e inconsistencias presentes en el enfoque aplicado de la APS; se realice el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que pueden ser asimilados para ser más *efectiva*; y exista el reconocimiento creciente de que la APS es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud y su valor como un instrumento poderoso, para enfrentar los determinantes sociales de la inequidad en salud.

La población huilense, hasta comienzos del cuatrenio, afrontó muchos problemas de salud, en especial un aumento considerable de la mortalidad materna infantil, por la cual el Gobierno departamental con el propósito de disminuir los indicadores, formuló la Estrategia evidenciando un proceso dinámico y constructivo, identificando aciertos y desaciertos, debilidades y fortalezas, oportunidades y amenazas siendo indispensable su adaptación a las necesidades y realidades locales.

Hoy los tomadores de decisión, deberán ir adecuando y adaptando esta propuesta a sus recursos y a su realidad. Para mejorar la APS en el departamento se debe construir sobre los cimientos del legado de Alma Ata y sacar plena ventaja de las experiencias y de las buenas prácticas que han resultado.

Este documento se construye condensando las lecciones hasta ahora aprendidas de las experiencias de la APS SPP en el Departamento del Huila; para que mediante un mecanismo de evaluación, sirva de herramienta para la construcción de sistemas de salud fundamentados en la APS y avanzar en la

finalización de la “agenda inconclusa de salud,” para consolidar y mantener los progresos ya alcanzados y para encaminarnos hacia los nuevos desafíos y compromisos del siglo XXI en materia de salud y desarrollo en la región.

¿Cuáles fueron los resultados de la estrategia de Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar Salud Puerta a Puerta durante los años 2006 y 2007?

1.2 DIMENSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación esta orientada bajo los elementos del sistema de salud basados en la APS siendo estos los componentes organizacionales y funcionales que permiten organizar las políticas, los programas y los servicios, los elementos deben estar interconectados y fundamentados en evidencias que prueben su efectividad para mejorar la salud y/o su importancia para asegurar otros aspectos de un sistema de salud basado en la APS.

Se requiere que toda la atención, se provea basada en la mejor evidencia disponible y que la asignación de los esfuerzos sea sopesada con relación a consideraciones de eficiencia y equidad; utilizando para ello la selección de actividades y/o problemas de salud que puedan ser considerados como "trazadores" para el proceso, y métodos participativos para la selección de criterios, indicadores y estándares a utilizar en la evaluación.

Los resultados del proceso, harán más factibles las soluciones a los problemas que se detecten y por ende será el potencial para fortalecer las respuestas sociales de acuerdo con las necesidades de la población. Es importante reconocer el aprendizaje de las experiencias pasadas para el fortalecimiento de la estrategia de la APS en el Departamento.

Este informe pretende proporcionar unos elementos para evaluar y retroalimentar el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud para los 37 Municipios del Departamento del Huila, se busca el cumplimiento de la Atención Primaria Renovada, propuesta por la OMS.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar una evaluación de la Estrategia de Atención Primaria con Enfoque Familiar Salud Puerta a Puerta en los períodos 2006 y 2007.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el logro de objetivos y metas en términos de cobertura, y oportunidad de la Estrategia de Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar Salud Puerta a Puerta en los períodos 2006 y 2007.
- Realizar un enfoque evaluativo diferente al cumplimiento contractual reflejado en los informes presentados, durante el proceso, por las partes integrantes del documento legal.
- Apoyar con los resultados las acciones encaminadas a hallar métodos eficaces para el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud del Departamento del Huila.
- Comprender la importancia y necesidad de la investigación en la Atención Primaria

3. JUSTIFICACION

En la implementación efectiva de APS se identifican barreras como la incapacidad para transformar el sector salud y sus prioridades desde los enfoques curativos, basados en la atención hospitalaria, a los enfoques preventivos, basados en la comunidad; compromiso político insuficiente, coordinación inadecuada, a veces con objetivos contradictorios, entre las comunidades y las entidades locales; débil desarrollo de mecanismos para el logro de equidad; esfuerzos de reforma que acarrearán involuntariamente inequidades en salud; utilización inadecuada de la información en la definición de políticas, planes y prioridades; carencia de coordinación intersectorial; ideologías políticas y económicas cambiantes; y volatilidad de las condiciones macroeconómicas que conducen a una baja inversión en los servicios y los sistemas de salud.¹

Después de diferentes estudios de factibilidad y considerando las tendencias nacionales e internacionales se tomó en noviembre de 2005, la decisión de la puesta en marcha de la estrategia de APS Salud Puerta a Puerta, interviniendo las comunidades rurales pobres y urbanas marginales a través de un equipo interdisciplinario de salud, y con el objetivo de mejorar la situación de salud de los huilenses disminuyendo la morbi-mortalidad, mediante la identificación, canalización y ejecución de los programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad a través de la integración de esfuerzos de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social y los otros sectores propiciando una cultura de salud que permitan anticipar riesgos, orientar los servicios de salud hacia la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la atención integral con amplia participación comunitaria.²

En adelante, una característica clave de cualquier modelo local de atención primaria de salud que pretenda ser eficaz será la adaptabilidad a unas circunstancias en rápida evolución y la capacidad de respuesta ante necesidades determinadas a nivel local.

El desarrollo del compromiso con los sistemas de salud basados en la APS requiere un apoyo de evidencias completa para lo cual se hace necesaria la

¹ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACION. Plan de Desarrollo Departamental Huila Unido para Construir Futuro 2004-2007. Eje temático. Desarrollo Social. Neiva. Huila. 2004. 107-112p.

² UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA. Primer Modelo Regional de Atención Primaria en Salud con enfoque Familiar "Salud Puerta a Puerta". Neiva. 2006. 5p.

evaluación y documentación de las experiencias, tanto de las exitosas como de las que no lo son, conocer las consecuencias de la prestación de la estrategia en el tiempo definido y si se dio a la altura de los resultados esperados, de tal forma que se puedan desarrollar, transferir y adaptar las mejores prácticas.

4. ANTECEDENTES

En mayo de 1977, durante la Asamblea Mundial de la Salud, los países del mundo acordaron la meta de “Salud para todos en el año 2000” SPT) y estipularon que la estrategia adecuada para lograr esta meta era la Atención Primaria de Salud (APS), en la medida en que también permitía una articulación favorable entre salud y desarrollo socioeconómico, y servía de puerta de entrada a los sistemas de salud.

En septiembre de 1978, en la ciudad de Alma Ata, República de Kazajstán, en la Conferencia Internacional sobre “Atención Primaria de Salud”, convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se suscribió la Declaración de Alma Ata, en la que los países adoptaron las bases conceptuales de la Atención Primaria de Salud. De igual manera, todos los países han expresado su concordancia con la necesidad de eliminar las diferencias injustas en condiciones de vida, acceso a los servicios de salud y nivel de salud, y buscar la universalización de la cobertura en salud.³

En la **Región de África**, la mayoría de las reformas en materia de atención de salud han dado lugar al establecimiento de marcos de política sanitaria basados en el concepto de atención primaria, aunque con diferentes formas de aplicación. En general, la colaboración multisectorial es reducida.⁴

La existencia de limitaciones financieras también ha repercutido en el nivel de asistencia técnica prestada al personal de la periferia y en la puesta en marcha de sistemas de comunicación y de envío de pacientes. En el caso de determinados programas de control de enfermedades, se han registrado mejoras en los indicadores que miden los resultados, si bien su impacto sobre la equidad, el acceso a la atención de salud y la situación sanitaria ha sido limitado. En algunos países, se están haciendo esfuerzos por fomentar la participación de la comunidad rural y por lograr que ésta se sienta más implicada.

Pese a la existencia de diferentes perfiles demográficos y de desafíos económicos y sociales que varían de país en país, todos los Estados Miembros de la **Región de Asia Sudoriental** han basado sus políticas sanitarias nacionales en el criterio

³ ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Taller de análisis de la propuesta de renovación de la APS en las Américas: Antecedentes. Lima 14 y 15 de junio de 2005.

⁴ SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. Revitalizando la salud para todos. Lecciones de experiencias en APS Integral. South África. Boletín No2 Agosto 2007.

de atención primaria. Ello ha contribuido a ampliar la cobertura de la atención de salud y el acceso de la población a la misma, mejorando así el estado de salud de la población en general, al tiempo que ha influido también en el desarrollo global de las comunidades.⁵

En la **Región de Europa**, la organización de la atención primaria varía sobremanera de un país a otro, lo que es reflejo de la diversidad de sistemas de atención de salud. Desde comienzos del decenio de 1980, la Región ha apostado decididamente por la atención primaria como instrumento más importante para alcanzar la meta de la salud para todos. En Europa oriental, donde los profundos cambios políticos han influido también en los sistemas de atención de salud, la contribución aportada por la atención primaria es importante.

Las numerosas reformas emprendidas en la Región a menudo se han combinado con varios elementos relacionados con la privatización, la comercialización, la descentralización o la diversificación de las fuentes de financiación. A pesar de esa heterogeneidad, todos los sistemas de atención de salud de la Región de Europa parecen tender hacia la asignación, en el futuro, de una mayor responsabilidad.

En la **Región del Mediterráneo Oriental**, la función de la atención primaria como «movimiento » por la salud pública ha quedado reafirmada en la Primera Conferencia sobre Atención Primaria de Salud en el Mundo Árabe (Manama, febrero de 2003), que reiteró la adhesión de los Estados Miembros a los principios de universalidad, calidad, equidad, eficacia y sostenibilidad.

Algunos países de la Región han emprendido diversas medidas encaminadas a reorganizar la atención primaria de salud, entre las que cabe citar un mayor énfasis en el enfoque sub-nacional (sistemas de salud de distrito, concentración en el área de influencia y en las necesidades básicas de desarrollo) y el fortalecimiento y empleo de capacidades rectoras y distritales de planificación, financiación y gestión. Los gobiernos desempeñan un papel primordial en la organización de la financiación de la atención primaria, no sólo estableciendo las normas y reglamentaciones pertinentes, sino también ejecutando políticas y llevando a cabo actividades de planificación e investigación. En estos momentos, la mayoría de los sistemas nacionales de atención primaria de salud se están revisando minuciosamente con miras a: contener el gasto, mejorar la calidad, fomentar la cooperación entre los sectores público y privado; utilizar una serie de técnicas apropiadas para promover la costo-eficacia y apuntalar la gestión de la calidad; garantizar la continuidad de la atención sanitaria; y aplicar técnicas de administración, como los métodos basados en la solución de problemas por los

⁵ FRANCISCO ROJAS OCHOA. La salud en las Américas. Edición 1998. Washington, D.C. OP. E vol. Publicación Científica. No 569.

equipos de distrito, lo que fomenta la descentralización de la gestión, así como la participación de la comunidad y de los asociados pertinentes.

En la **Región del Pacífico Occidental**, los principios de la atención primaria de salud han sido incorporados en prácticamente todos los países en los documentos de planificación estratégica. Los modelos de atención primaria que se están aplicando actualmente son de lo más variado, lo que refleja la existencia de importantes diferencias de un país a otro. Los conceptos fundamentales de la atención primaria de salud siguen siendo válidos. Es preciso, no obstante, hacer más énfasis en los criterios integrados de desarrollo comunitario fijados a nivel local, centrar la atención en las necesidades de las poblaciones desfavorecidas y marginadas, elaborar políticas e idear intervenciones que promuevan los derechos relacionados con el acceso a la salud, la justicia social y la equidad y seguir mejorando la base científica para la atención primaria.

En los últimos decenios, la mayor parte de los países de la **Región de las Américas** han abrazado la meta de la salud para todos a través de la atención primaria de salud. La atención primaria, que en algunos países se introdujo antes de la Declaración de Alma-Ata, ha ido adoptando la forma de un «movimiento» que ha conducido a la promoción de importantes políticas sociales en toda la Región.⁶

Aunque interpretada y aplicada de modos diferentes según los países, la atención primaria de salud ha contribuido a mejorar el acceso a servicios esenciales como los relacionados con la inmunización, la salud materno- infantil, el abastecimiento de agua o el saneamiento básico. A sí mismo, ha contribuido a una mayor participación social, a la aparición de nuevos actores (como los agentes de salud comunitarios), a la integración de servicios suministrados por diferentes sectores y a una mayor implantación a escala comunitaria.

En Cuba, desde el triunfo de la Revolución en 1959, el Estado ha asumido totalmente la responsabilidad de la atención de la salud de sus ciudadanos, y en tal sentido, lleva a cabo acciones económicas y médicas para asegurar la protección de la salud, partiendo, entre otros, de los principios de gratuidad y accesibilidad total de los servicios. De este modo se garantiza que la totalidad de los habitantes del país, tengan iguales oportunidades de recibir una atención completa, su salud, si para ello es necesario de las más complejas formas de asistencia, de los especialistas de la más alta calidad y de la tecnología médica más avanzada.⁷

⁶ ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de posición de la OPS/OMS Washington, D.C: 2007. Edición ISBN 92 75 12698 4

⁷ JAVIER SANTACRUZ VARELA La APS viejo compromiso y nuevos retos. Costa Rica OPS/OMS 2002

La atención primaria en Cuba ha ido transformándose gradualmente hasta el perfeccionamiento que significó la extensión del modelo de atención del médico y enfermera de familia.

Los logros de salud son el resultado de circunstancias políticas y socioeconómicas así como políticas de salud pública. En los años 70 Costa Rica salió de un patrón regional de estancamiento y pudo cerrar la brecha con países desarrollados en términos de niveles de mortalidad. Ahora 98.9% de las hospitalizaciones están cubiertas y 7% del PIB se destina a la atención de salud. Los principales determinantes del avance fueron las intervenciones de Atención Primaria en Salud. Se produjeron importantes mejoras en educación, comunicación e infraestructura de salud. Tres cuartas partes de la disminución de la mortalidad fueron justificadas por el mejoramiento en los servicios públicos de salud y casi un 40% se atribuyeron a las intervenciones de Atención Primaria de Salud, apuntando a intervenciones en la población menos privilegiada; estas intervenciones tenían el mérito de reducir diferencias geográficas y socioeconómicas en la mortalidad infantil.⁸

Chile experimentó una disminución dramática en la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) desde 120/1,000 nacidos vivos en los años 60 a 20/1,000 nacidos vivos en los años 80, coincidiendo en el tiempo con inversiones públicas en servicios de salud.

Durante el período 1975-1982 las variables más correlacionadas con la TMI, tal como lo evidencian los análisis de regresión múltiple, fueron los programas que distribuyeron leche a las mujeres embarazadas, dieron atención pre y post natal y contribuyeron al mejoramiento en agua y saneamiento; estas medidas fueron acompañadas de programas nacionales para combatir la malnutrición. Por consiguiente, en Chile las mejoras de salud estuvieron estrechamente asociadas a programas sociales dirigidos a mejorar el agua, el saneamiento, la nutrición y la atención pre y post natal, además del desarrollo y expansión de los servicios de Atención Primaria de Salud. La experiencia chilena ilustra el hecho de que la APS, para ser efectiva, deberá estar acompañada de inversiones sociales dirigidas a satisfacer las necesidades de la población.

Un modelo de nivel local de la APS considerado exitoso es el Programa de Agentes Comunitarios (PAC) desarrollado en Ceará, Brasil. El programa ha sido responsable del mejoramiento en las conductas de salud, mejores resultados de salud, aumento de la participación social y crecimiento del desarrollo social. De acuerdo a un estudio realizado, "desde que el programa de los agentes de salud fue lanzado, ha habido una rápida disminución de la mortalidad infantil, un rápido ascenso de la inmunización, la identificación y solución de cuellos de botella que

⁸ COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE: Estudio Económico Santiago. (CEPAL) 2004 en Revista de la CEPAL número extraordinario. Santiago de Chile. [ISBN 92-1-321477-4](#).

obstaculizan la utilización de otros recursos médicos, así como intervenciones oportunas en tiempos de crisis".⁹

En Colombia, el Sistema Nacional de Salud avanzó parcialmente en el cumplimiento del compromiso internacional de la SPT-2000, hasta su desaparición en 1993. El nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado por la Ley 100 de 1993, tampoco ha logrado las metas de salud para toda la población, aunque existan familias y grupos sociales que comparten los indicadores del mundo desarrollado.

Previa realización de cinco encuentros regionales, se realizó en Bogotá entre los días 25 – 28 de mayo de 2005 el Encuentro Nacional de Atención Primaria en Salud - APS. Fue el resultado de iniciativas de autoridades de gobierno subnacionales como la Alcaldía Mayor de Bogotá, la de Medellín y Cali; las gobernaciones del Valle del Cauca, Santander y Antioquia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de la Protección Social - MPS. En el proceso de organización y promoción del evento se sumaron y participaron como convocantes otras entidades territoriales el departamento de Cundinamarca, la alcaldía de Santa Marta e instituciones como COSESAM, ASCOFAME, la Federación Médica Colombiana, ACOFAEN y el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, entre otros.

Por su participación y representatividad de distintas instituciones y entes de gobierno, este Encuentro desbordó todos los cálculos y expectativas acerca del mismo. Sus conferencias, ponencias, discusiones y conclusiones se convirtieron en un elemento obligado de estudio para el planteamiento del país sobre la propuesta de renovación de la APS hecha por OPS y para la proyección del desarrollo de la APS en las experiencias actuales y futuras.¹⁰

El departamento de Santander, que desarrolla un Modelo de atención integral basado en la estrategia de APS en 19 municipios. Ha sido el fruto de un acuerdo de cooperación firmado entre las Secretarías de Salud, las alcaldías, las EPS y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), con el apoyo técnico de la OPS. El modelo ha garantizado una inducción de la demanda de la población hacia los servicios de promoción, prevención y protección específica. Se ha realizado igualmente apoyo a los planes de choque contra la mortalidad materna e infantil y la violencia intra-domiciliaria.

⁹ PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Atención Primaria en Salud en Las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo largo de 25 años y Retos Futuros. Washington DC 2003.

¹⁰ SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA. Modelos de atención basados en APS en el marco del SGSSS descentralizado: Estrategia de garantía del derecho a la salud. Encuentro Nacional de APS Bogotá D C , Mayo 26-28 de 2005

En el Valle del Cauca, municipio de Versalles, se desarrolla una experiencia de Salud comunitaria que ha permitido realizar diversas actividades de promoción de la salud con la participación activa de la población campesina. De otra parte, distintas EPS como Servicio Occidental de Salud y Mallamás Empresa de Servicios Públicos (EPS) indígena vienen poniendo en práctica programas de manejo del riesgo en salud individual orientados por la atención primaria.

En el departamento del Magdalena, la Secretaría de Salud del municipio de El Piñón ha puesto en práctica un modelo de APS con énfasis en movilización social para vacunación y educación en salud. En el municipio de Plato se viene desarrollando una estrategia de APS en el área rural y urbana con enfoque familiar y domiciliario, apoyado en promotoras y profesionales de salud de distintas disciplinas, con programas de educación en salud, servicios preventivos, curativos y de promoción de la salud, búsqueda activa de casos, vigilancia en salud pública e inducción de la demanda. Está financiado con recursos del Sistema General de Participaciones, la Ley 715 y recursos propios. La estrategia ha fortalecido la dirección de salud municipal, el sistema de información, la participación comunitaria y el acceso de la población vulnerable a los servicios de primer nivel de atención.

En el departamento del Atlántico, la Universidad del Norte en asocio con hospitales de la red pública de la ciudad de Barranquilla, viene desarrollando desde 1993 un Modelo de Salud Familiar y Comunitario en el marco del Proyecto Uni-Barranquilla que se extiende a 120 mil beneficiarios del suroccidente de la ciudad. El modelo está montado en equipos multidisciplinarios de salud familiar, con setecientas familias asignadas, que trabajan, desde los centros de salud, con enfoque de atención integral por ciclos vitales y continuidad de la atención con médicos especialistas.

En el departamento de Bolívar se viene desarrollando durante más de diez años, a través de la Universidad de Cartagena, una experiencia de APS con enfoque comunitario para el manejo de enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial. Esta experiencia, que se desarrolla principalmente con mujeres, ha disminuido la frecuencia de uso de los hospitales y la medicación con antihipertensivos recurriendo a mejoramiento de los estilos de vida de las mujeres en lo que hace a dieta, ejercicios, tabaquismo y manejo de situaciones de stress.

En el departamento de Antioquia, la deficiente situación de salud de la población que limita el desarrollo humano motiva la creación de una propuesta de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad con enfoque en "salud familiar para la construcción de familias Saludables". Se capacitan profesionales de salud de 17 municipios a través de un diplomado de salud familiar. Cada municipio de los capacitados asumió una estrategia específica de acuerdo a su necesidad, todos hicieron visitas domiciliarias, diligenciamiento de fichas familiares, inducción de la demanda de servicios, capacitación en salud a las familias. En el municipio de

Marinilla se ha desarrollado un programa especial de promotores de salud, inscrito en el Plan de Desarrollo municipal, con financiación a través del PAB. Su fortaleza se centra el fortalecimiento de los procesos de participación social y desarrollo comunitario.

La implementación de programas de APS ya la han desarrollado los Alcaldes de Bogotá con el programa de "Salud a su Hogar" con enfoque familiar y comunitario.¹¹

Todas estas experiencias se han motivado para garantizar el logro de mejores resultados en salud, disminuir las inequidades, dar respuesta a problemas fundamentales generados en la gestión del SGSSS, tales como el acceso a la prestación de servicios, la atención a la población pobre no asegurada, la necesidad de hacer una mejor utilización de los recursos disponibles para su atención y de garantizar un modelo de atención centrado en el SGSSS.

En casi todos los países han mejorado los valores promedio de los indicadores de salud: la mortalidad infantil se ha reducido en casi un tercio; la mortalidad por todas las causas ha disminuido en un 25 por ciento en términos absolutos; la esperanza de vida ha aumentado en promedio en seis años; las muertes por enfermedades contagiosas y del sistema circulatorio han caído en 25 por ciento; y las muertes por condiciones perinatales han decrecido en un 35 por ciento. Sin embargo, todavía tenemos desafíos considerables y problemas significativos de salud con enfermedades infecciosas como la tuberculosis; el VIH/SIDA es una amenaza continua para casi todos los países de la región, y las enfermedades no contagiosas están en desarrollo 3. Además, la región ha venido experimentando cambios económicos y sociales generalizados que tienen significativos impactos en la salud. Estas transformaciones se refieren a aspectos como el envejecimiento de las poblaciones, cambios en los estilos de vida relacionados con las dietas y con la actividad física, la difusión de información, la urbanización creciente y el deterioro de las estructuras y apoyos sociales que han contribuido (en forma directa o indirecta) a un conjunto de problemas de salud como la obesidad, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares; a su vez, han aumentado las lesiones y la violencia y los problemas relacionados con el uso del alcohol, del tabaco y de las drogas.

Las metas del programa en el cuatrenio, en el Plan de Desarrollo 2004-2007 en el Departamento del Huila, radicaba especialmente en la reducción de Mortalidad infantil y materna. A través de estrategias como garantizar la vacunación al 100%; controlar en todo el territorio departamental la mortalidad por Enfermedad Diarreica e Infección Respiratoria en menores de 5 años; Controlar la morbilidad y

¹¹ JORGE CASTELLANOS ROBAYO. Salud a su Hogar. Un modelo de APS con enfoque familiar y comunitario para garantizar el derecho a la salud. Secretaría Distrital de Salud Bogotá, D.C. Mayo 2005

mortalidad por neumonía y meningitis; Contribuir a reducir la tasa de mortalidad materna evitable hasta un 50% y Reducir la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5.

En el Departamento del Huila se realizó el Congreso Internacional de Atención Primaria con enfoque familiar en noviembre de 2005, como un preámbulo a la implementación de la Estrategia en la región, allí se trataron temas como atención integral al riesgo cardiovascular, mortalidad materna, promoción de la salud y desarrollo humano para la salud y la vida digna, atención primaria en Cuba, hipertensión arterial inducida por el embarazo, propuesta metodológica para el seguimiento de la APS. Se socializó la Estrategia Puerta a Puerta y se mostraron las experiencias del programa Vicolsa y Salud a su hogar un modelo de APS con enfoque familiar y comunitario para garantizar el derecho a la salud. En diciembre de 2007 se realizó el Foro Nacional de la APS con enfoque familiar; tratando relevantes como políticas públicas en salud, inclusión social, la APS y los objetivos del milenio, seguridad alimentaria, y atención primaria, medicina familiar, diagnóstico estratégico y experiencias exitosas de Salud Puerta a Puerta, otras avances en temas como equipos provinciales en Santander, Envigado Municipio saludable, Salud a su Hogar, los Equipos de APS en Bogotá y la APS en Santander. Sin duda alguna, son aportes importantes para quienes se desempeñan en el área.

En el censo poblacional del año 2005 realizado por el DANE, se determina un incremento de 982.263 a 1.000.711, y un comportamiento poblacional que tiende paulatinamente a abandonar los campos (600.921 hab) y convertirse en una región cada vez más urbana (405.876 hab). Aunque la diferencia no es tan evidente sí es un proceso irreversible, siendo Neiva, Campoalegre y Pitalito las ciudades donde los hechos son más palpables. Esta tendencia se da por factores tales como el desplazamiento, inducido por factores tales como el orden público, la falta de oportunidades laborales, educativas y el desestimulo en la producción agrícola y pecuaria. Las cifras totales identifican un equilibrio entre los totales de las mujeres y hombres, hay que advertir que en las zonas urbanas es claramente más alta la población de mujeres superando los 25.000 habitantes, hecho importante de evaluar por la composición del núcleo familiar y su papel protagónico en la parte laboral.¹² (Ver tabla 1.)

De la misma manera se muestra en la tabla una proyección de la población hasta el año 2008, observándose un incremento proporcional a la Tasa de Crecimiento Poblacional de cada municipio. Por lo tanto, no corresponde a las tendencias políticas o económicas arriba mencionadas.

Tabla 1. Censo poblacional 2005 y proyección 2008

MUNICIPIO	POBLACION TOTAL	POBLACION CABECERA	POBLACION RESTO	POBLACION TOTAL	POBLACION CABECERA	POBLACION RESTO
	2005	2005	2005	2008	2008	2008
Neiva	316,033	295,961	20,072	324,905	304,807	20,098
Acevedo	26,384	4,556	21,828	28,245	5,104	23,141
Agrado	8,489	4,586	3,903	8,661	4,836	3,825
Aipe	19,783	12,144	7,639	21,599	13,396	8,203
Algeciras	23,427	13,840	9,587	23,820	14,560	9,260
Altamira	3,591	2,416	1,175	3,801	2,561	1,240
Baraya	9,179	4,573	4,606	9,313	4,723	4,590
Campoalegre	32,186	23,986	8,200	32,919	24,673	8,246
Colombia	11,173	2,234	8,939	11,537	2,321	9,216
Elías	3,337	1,103	2,234	3,492	1,144	2,348
Garzón	69,823	33,455	36,368	75,017	35,998	39,019
Gigante	28,152	14,230	13,922	29,615	15,383	14,232
Guadalupe	17,586	4,718	12,868	18,618	4,845	13,773
Hobo	6,545	4,939	1,606	6,685	5,085	1,600
Iquira	10,627	2,460	8,167	11,230	2,482	8,748
Isnos	23,702	4,747	18,955	24,712	5,099	19,613
La Argentina	11,592	3,663	7,929	12,289	4,024	8,265
La Plata	52,189	20,706	31,483	55,294	22,356	32,938
Nátaga	5,831	1,913	3,918	5,986	2,012	3,974
Oporapa	10,784	2,897	7,887	11,571	3,191	8,380
Paicol	5,208	2,025	3,183	5,310	2,160	3,150
Palermo	27,217	12,655	14,562	28,701	13,537	15,164
Palestina	10,249	1,699	8,550	10,640	1,822	8,818
Pital	12,835	4,355	8,480	13,077	4,609	8,468
Pitalito	102,485	59,893	42,592	109,375	64,082	45,293
Rivera	16,684	8,967	7,717	17,327	9,519	7,808
Saladoblanco	10,235	2,152	8,083	10,613	2,364	8,249
San Agustín	29,687	9,912	19,775	30,643	10,368	20,275
Santa María	10,218	2,749	7,469	10,589	2,905	7,684
Suaza	14,356	3,264	11,092	15,610	3,560	12,050
Tarqui	15,914	4,300	11,614	16,430	4,543	11,887
Tesalia	8,874	4,855	4,019	8,970	5,045	3,925
Tello	13,553	5,626	7,927	13,793	6,042	7,751
Teruel	8,226	4,081	4,145	8,362	4,163	4,199
Timaná	20,025	6,698	13,327	20,169	6,984	13,185
Villavieja	7,374	2,437	4,937	7,379	2,464	4,915
Yaguará	7,865	6,634	1,231	8,133	6,873	1,260
TOTAL	1,011,418	601,429	409,989	1,054,430	629,640	424,790

5. MARCO TEORICO O CONCEPTUAL

5.1 ATENCION PRIMARIA EN SALUD

En 1978, la Declaración de Alma Ata definió la Atención Primaria como, La atención esencial de salud basada en métodos prácticos, científicamente confiables y socialmente aceptables, así como tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias en la comunidad a través de su total participación y a un costo que la comunidad y el país puedan mantener. Es el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad llevando los servicios de salud tan cerca como sea posible hasta donde la gente vive y trabaja y constituye el primer elemento de un proceso continuo de atención a la salud. Es un enfoque para organizar las comunidades en torno a la salud y darles el poder de tomar acciones sobre un amplio rango de determinantes en salud.¹² (VER GRAFICA 1)

Gráfica 1. Representación sistema liderado por APS



Fuente ¹³

¹² ALICE PINEDA WHITAKER. III Curso Internacional sobre el desarrollo del sistema de salud: extensión de cobertura de servicios de salud a través de la APS Renovada. PPT. Managua 12 de septiembre de 2007.

¹³ NEBOT C. Condiciones y elementos esenciales para la puesta en práctica de la APS: Memorias Encuentro nacional de renovación de la APS, Bogotá DC, mayo del 2005.

La esencia de la definición de renovación de la APS sigue siendo la misma que soporta la Declaración de Alma Ata. Sin embargo, la nueva definición se enfoca sobre el conjunto del Sistema de Salud; incluye a los sectores públicos, privados y sin ánimo de lucro y es aplicable para todos los países. Distingue entre valores, principios y elementos; subraya la equidad y los derechos humanos; e incorpora principios nuevos como los de respuesta a las necesidades de salud de la población, responsabilidad y rendición de cuentas, sostenibilidad, orientación hacia la calidad y justicia social. La APS no es un conjunto de servicios de salud definido de antemano, en la medida en que los servicios deben establecerse en respuesta a las necesidades de salud.

Finalmente, el marco de referencia no tiene otro sentido que ser justo eso, un fundamento conceptual para la comprensión y organización de los componentes de un sistema de salud basado en la APS; por eso no busca hacer recetas ni definiciones exhaustivas sobre todos los elementos que se necesitarían para definir o constituir un sistema de salud. Cada país necesitará desarrollar su propia estrategia para la renovación de la APS, en la medida de sus recursos económicos, circunstancias políticas, capacidades administrativas y del desarrollo histórico alcanzado por el sector de la salud. Se espera que los valores, principios y elementos descritos en lo que sigue ayuden a ese proceso.

5.1.1. Valores de la APS. Los valores son esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los arreglos sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población. Ellos proveen un basamento moral para las políticas y programas que se proyectan en nombre del interés público.¹⁴

El derecho a la salud. El derecho a la salud constituye exigencias de salud a las que recurren los ciudadanos cuando éstas no se les garantizan, deben tener la capacidad de responder a las necesidades de la población.

La equidad en salud se define como la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en los sistemas de servicios sociales y de salud.

La solidaridad es el grado en el que la gente de una sociedad se compromete a trabajar junta por el bien común.

5.1.2. Principios APS. Los sistemas de salud basados en la APS se fundan en principios que otorgan los cimientos para las políticas de salud, la legislación, los criterios evaluativos, la generación y asignación de los recursos y para la operación del sistema de salud. Estos principios sirven de puente entre los valores

¹⁴ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La renovación de la APS en las Américas: ¿Por qué renovar la APS? Folleto. Washington, D.C. 20037 202-974-32

sociales más amplios y los elementos estructurales y funcionales del sistema de salud.¹⁵

Responder a las necesidades de salud significa que los sistemas de salud se centren en las personas de tal modo que puedan satisfacer sus necesidades de la forma más amplia posible.

La responsabilidad y rendición de cuentas busca asegurar que el gobierno cumpla o sea obligado a cumplir con el derecho a la salud y que los ciudadanos sean protegidos de todo menoscabo de sus derechos. Para lograr que esto se cumpla, la rendición de cuentas requiere seguimiento del mejoramiento continuo del desempeño del sistema de salud, lo que debe hacerse de una forma transparente y sujeta al control social.

Los servicios orientados hacia la calidad son aquellos que además de responder a las necesidades de la población tienen la capacidad de anticiparlas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto al tiempo que aseguran el mejor tratamiento posible de sus problemas de salud.

La justicia social es la perspectiva mediante la cual se valora, especialmente, el grado en el que las acciones del gobierno aseguran el bienestar de todos los ciudadanos, particularmente de los grupos más vulnerables, con el objetivo de terminar con las inequidades en salud.

La sostenibilidad del sistema de salud requiere del uso de la planeación estratégica y de la generación de compromisos duraderos.

La intersectorialidad es el enfoque por el cual los sistemas de salud logran trabajar con diferentes sectores y actores que les permiten impactar, de la mejor forma posible, los determinantes sociales de la salud.

Participación individual y social es el principal medio para involucrar a los ciudadanos en los procesos de toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, la definición de las prioridades y en los procesos que faciliten la rendición de cuenta.

5.1.3 Elementos. Los elementos de un sistema de salud basados en la APS son los componentes organizacionales y funcionales que permiten organizar las políticas, los programas y los servicios. En la medida en que forman parte de todos los niveles de un sistema de salud, los elementos deben estar interconectados y fundamentados en evidencias que prueben su efectividad para

¹⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Atención Primaria de Salud en las Américas. Enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington. PAHO 2003.

mejorar la salud y/o su importancia para asegurar otros aspectos de un sistema de salud basado en la APS.¹⁶

La accesibilidad es el fundamento de un sistema de salud equitativo. Implica la ausencia de barreras de atención geográfica, financiera y organizacional; por eso, un sistema de salud basado en la APS debe organizar la ubicación, operación y financiamiento de todos los servicios de cada uno de sus niveles de atención teniendo en cuenta este elemento.

La aceptabilidad requiere que el desarrollo de las entradas y procesos del sistema de salud tenga en cuenta las necesidades de salud, las preferencias, la cultura y los valores. La aceptabilidad determina si las personas usarán los servicios y si estos son accesibles. También influye en las percepciones sobre el sistema de salud, en la satisfacción de las personas con los servicios ofrecidos, en su nivel de confianza en los proveedores y en su grado de comprensión de los consejos que les dan los médicos y otro personal de los servicios.

Primer contacto se refiere a que la atención primaria debe servir como puerta de entrada principal al sistema de servicios de seguridad social en salud para la consulta de todos aquellos problemas nuevos de salud y el lugar donde se resuelvan la mayoría de ellos. Mediante esta función la APS se convierte en el fundamento del sistema de salud y, en la mayoría de los casos, en la interfase entre el sistema de servicios sociales y de salud y la población. De esta forma, un sistema de salud basado en la APS fortalece la atención primaria en su papel de atención de primer nivel, pero tiene a su vez elementos estructurales y funcionales adicionales que trascienden de forma significativa el primer nivel de atención de salud.

La integralidad de un sistema de salud se refiere a la situación de sus servicios, si estos son suficientes para satisfacer las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud que incluye la atención primaria, secundaria y terciaria. Los sistemas y servicios de salud siempre deben buscar satisfacer las necesidades de la población en forma anticipada de acuerdo con las prioridades que les hayan sido asignadas por la sociedad.

Atención integrada significa que todas las partes del sistema de salud trabajan juntas para maximizar la salud. Con respecto a los individuos incluye su referencia y contrarreferencia, a lo largo de todos los niveles del sistema de salud y a otros servicios sociales, cuando se requiera. Al nivel del sistema, la atención integrada

¹⁶ Casas JA. La experiencia de SPT en la región de las Américas. Implantación de los programas. Renovación de la Salud para Todos. Washington DC PAHO 1996.

demanda información apropiada y gestión de sistemas así como de adecuados incentivos, políticas y procedimientos, y del entrenamiento de los proveedores, del personal y de los administradores. La atención integrada es complementaria de la integralidad en la medida en que es un medio para asegurar que todas las necesidades de salud sean satisfechas.

El enfoque poblacional significa que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva clínica o individual. Por el contrario, emplea los lentes de la salud pública para hacer uso de información comunitaria que permita valorar los riesgos y priorizar las intervenciones. La orientación hacia la población le permite a la APS organizar y proveer servicios preventivos y curativos relevantes, que toman en cuenta el contexto familiar y comunitario; y, cuando sea necesario, desarrollar acciones que fortalezcan la capacidad y habilidad de la población para cuidar de sí misma y de los miembros de su familia en forma efectiva.

Prevención y promoción: un sistema de salud basado en la APS hace énfasis en la prevención y en la promoción porque estas intervenciones son costo-efectivas, éticas, empoderan a las comunidades y a los individuos para ejercer mayor control sobre su salud, y porque son esenciales para enfrentar los principales determinantes sociales de la salud. Estas intervenciones deben incluir educación en salud y consejería clínica individual, enfoques reguladores, fundamentados en políticas que mejoren los ambientes de trabajo y de vida de la población, y estrategias de promoción de la salud poblacionales que puedan llevarse a cabo con otros componentes del sistema de salud o con otros actores.

Atención apropiada y efectiva son dos componentes de un mismo principio que buscan asegurar que la atención que se provee se justifique en términos de los beneficios que se espera produzca en la salud de la población. Que la atención sea apropiada significa que el sistema de salud basado en la APS no esté orientado al órgano o a la enfermedad. En lugar de ello, debe enfocarse a la persona como un todo y a sus necesidades sociales y de salud, a la proyección de respuestas a la comunidad local y a su entorno, al tiempo que garantiza que la gente no sufra daños o perjuicios de ningún tipo. **La efectividad** es una guía que ayuda a que la selección de las estrategias de prevención y curación se haga maximizando el impacto que pueda lograrse con los recursos disponibles. Requiere que toda la atención se provea basada en la mejor evidencia disponible y que la asignación de los esfuerzos sea sopesada con relación a consideraciones de eficiencia y equidad.

Recursos humanos apropiados incluyen a los proveedores los servicios, a los trabajadores comunitarios, a los gerentes y al personal administrativo, gestores y personal de apoyo. Deben tener una combinación correcta de habilidades y conocimientos, observar los estándares éticos y tratar a todas las personas con

dignidad y respeto. Lograr la disponibilidad de este tipo de recurso humano demanda planeación estratégica e inversión de largo plazo en capacitación, empleo, formas de retención del personal y en la elevación y fortalecimiento de los conocimientos y de las habilidades de que disponen los trabajadores de la salud.

La organización y las prácticas de gestión óptimas facilitan innovar para mejorar la organización y proveer atención que satisfaga los estándares de calidad, disponer de sitios de trabajo satisfactorios para los trabajadores de la salud y responder a las expectativas de los ciudadanos. Las prácticas valiosas de gestión incluyen, pero no se limitan, a aquellas como la planeación estratégica, la investigación de operaciones y la evaluación del desempeño. Los profesionales de la salud y los gestores deben ser capaces de compilar y usar información que ayude en los procesos de toma de decisiones y en las iniciativas de mejoramiento de la calidad. Se ha encontrado que estas técnicas incrementan, aún en escenarios pobres en recursos, la calidad del servicio, la satisfacción del usuario y la moral de los trabajadores.

Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) se integra con otros aspectos del sistema de salud, también se enlaza con las estrategias y programas de promoción de la salud. Al vincularse con las FESP, la APS es informada por las acciones de vigilancia epidemiológica, investigación y evaluación, garantía de calidad y por otras actividades de desarrollo institucional a lo largo del sistema de salud.

Acciones intersectoriales se necesitan para tratar con los determinantes fundamentales de la salud de la población y para crear relaciones sinérgicas con otros actores y sectores. El grado en el cual estas acciones sean implementadas sólo por el sistema de salud o en compañía de otros factores dependerá de las características del estado de desarrollo de cada país (y de sus comunidades) y de las ventajas comparativas de cada uno de los actores y de los sectores involucrados.

Mecanismos de participación activa que garanticen transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles, que estimulen la capacidad y habilidad de las comunidades y de los individuos para comprometerse con el autocuidado de la salud, y que desarrollen las condiciones necesarias para promover estilos de vida saludables.

5.2 ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN "SALUD PUERTA A PUERTA"

La Estrategia de Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar "Salud Puerta a Puerta" (Estrategia APSEF-SPP) fue concebida por la Secretaría de Salud Departamental como una **herramienta para contribuir al cumplimiento de los**

Objetivos de Desarrollo del Milenio (principalmente los objetivos 1, 4, 5 y 6) colocando a disposición de las familias los medios necesarios para manejar, controlar su salud y autocuidarse, mediante la adquisición de conocimientos y prácticas, impartidos con un enfoque en salud familiar, por un equipo básico de salud interdisciplinario y para lograr su propósito involucra la atención integral al individuo, la familia y la comunidad, desde el punto de vista biopsicosocial incorporando a la familia como unidad de atención y la comunidad como escenario principal de las acciones de salud.¹⁷

El desarrollo de la Estrategia APSEF-SPP en el Departamento del Huila tiene las siguientes características:

- **UN ENFOQUE (Salud Familiar):** Donde la familia y su entorno se constituyen en la Unidad Básica de las acciones integrales para el mantenimiento y mejoramiento de su estado de salud con énfasis en la población Infantil en busca de la reducción de la morbi-mortalidad materna y en niños menores de 5 años.
- **UNA HERRAMIENTA (Equipo interdisciplinario):** Conformada por un equipo extramural de salud con profesionales de diversas disciplinas (Medico, Enfermera(o), Auxiliar de Enfermería, Higienista Oral y agentes comunitarios). Su trabajo interdisciplinario facilita la integración de conocimientos, el abordaje y tratamiento de problemas biosicosociales identificados en y con el grupo familiar. Sus acciones coordinadas estimulan la articulación de actitudes positivas que recuperan el trato personal y humanizado con una atención de alta calidad a la familia.
- **UN PROCESO:** Se refiere a las acciones o paquetes de acciones ininterrumpidas que realiza el equipo extramural de salud respecto al cuidado integral de protección y mantenimiento del estado de salud de la familia, sin tener en cuenta la presencia o ausencia de la enfermedad. Se inicia con la **aplicación de un instrumento que valora el estado de salud de la familia, teniendo en cuenta su contexto ambiental y los aspectos biológicos, sociológicos y sociales que la afectan para luego obtener el perfil epidemiológico de la población.** En caso de enfermedad la acción no termina en la remisión de interconsulta o tratamiento con el especialista o un servicio de mayor complejidad, el seguimiento y control se constituyen en acciones fundamentales del equipo extramural de APS para la recuperación de la persona.

¹⁷ SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL- USCO. Primer Modelo Regional de Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar. Salud puerta a Puerta Secretaria de Salud Departamental del Huila. Documento. Neiva febrero 2006.

- **UN SERVICIO:** Los servicios del Equipo Básico de Salud de “Salud Puerta a Puerta” incluye las acciones de promoción, prevención, educación, atención a cada uno de los miembros de la familia, remisión, supervisión, acompañamiento, evaluación y la coordinación con los diferentes actores locales para la identificación, abordaje de conflictos y solución de los problemas de salud.
- **UN RESULTADO:** Disminución de la morbi-mortalidad Materno y de la morbi-mortalidad de los niños menores de 5 años, una familia saludable con nuevos estilos de vida, mejoramiento del entorno producto de la interacción permanente para su autocuidado, establecimiento de una vivienda saludable, un estrecho vínculo familiar entre el equipo de salud y la familia y coordinación con demás actores responsables del desarrollo humano y social (administración local, entes institucionales y no institucionales) de la comunidad, dentro de un marco de convivencia pacífica.

5.2.1. Cuatro momentos para la Operativización de la Estrategia. ¹⁸

PRIMER MOMENTO: Conformación y organización del equipo extramural

SEGUNDO MOMENTO: Aprestamiento y dotación del equipo extramural

TERCER MOMENTO: Acción a nivel familiar y comunitario

CUARTO MOMENTO: Participación de la familia y la comunidad.

PRIMER MOMENTO

Equipo extramural y Equipo Básico de Salud (EBS). El equipo extramural e interdisciplinario para la implementación de la Estrategia APSEF-SPP es el encargado de ejecutar las actividades a nivel municipal en la zona seleccionada para intervención.

Selección de la zona a intervenir. Los criterios de la zona a intervenir en las comunidades fueron la accesibilidad, los indicadores materno infantiles críticos, las coberturas deficientes en los programas de DT y PE y poblaciones pobres y vulnerables.

SEGUNDO MOMENTO

Aprestamiento. Hace referencia a la prestación y capacitación que debe darse a los integrantes del equipo extramural sobre temas de salud prioritarios para el

¹⁸ HOSPITAL DEPARTAMENTAL HERNANDO MONCALEANO, HUILA UNIDO, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL. Salud Puerta a Puerta APS en el Huila Una experiencia de APS en el departamento del Huila. Neiva Huila 2007.

adecuado desarrollo de la Estrategia, incluyendo conceptos teóricos, normatividad en salud vigente, entre otros.

Elementos e insumos. Cada EBS contó con los elementos e insumos con que debe contar el equipo extramural como son:

- Para las actividades de oficina y de apoyo a la labor asistencial.
- Para las actividades asistenciales también se dotó de equipos de pequeña cirugía, de partos y urgencia para prever una eventualidad.
- Para la dotación personal. Con los lemas de “*Misión Médica*”

Transporte. Para el transporte de cada equipo extramural se facilitó un vehículo, este debía garantizar el desplazamiento por terrenos destapados en condiciones de seguridad. Además de disponer de animales de carga para el desplazamiento del personal del EBS por aquellas zonas alejadas donde no existía carretera.

TERCER MOMENTO

Censo SICAPS. El censo SICAPS comprendió el primer acercamiento del EBS con la familia y la comunidad y permitió hacer una la caracterización de sus integrantes, de las condiciones de salud y de saneamiento básico.

El censo SICAPS estuvo compuesto de dos momentos fundamentales: el diligenciamiento y la digitación, los cuales se realizaron de forma rigurosa y responsable para garantizar la objetividad y veracidad de la información recopilada y sistematizada, teniendo en cuenta que se constituiría en elemento fundamental para realizar un diagnóstico familiar y comunitario permitiendo la mejor elección en la toma de decisiones de las actividades a ejecutar.

La realización del censo SICAPS se complementó con la realización del mapa de la zona intervenida por vereda y la sectorización correspondiente por grupo de edad y por programa de detección temprana y protección específica.

Diligenciamiento. El diligenciamiento corresponde al proceso de recolección de datos en la tarjeta SICAPS por medio de la visita domiciliaria y la entrevista a la familia.

Este momento tiene las siguientes características:

- Realizado por los agentes comunitarios.

- Los lineamientos para el correcto diligenciamiento son dados por el manual de CIMDER: *"SICAPS 2000. Sistema de Información de Base Comunitaria para la Atención Primaria en Salud"*.
- La tarjeta SICAPS se diligenció con lápiz de mina negra, de tal forma que permita correcciones y/o modificaciones, tal y como lo contempla su propósito.
- Para permitir la confiabilidad de la información se revisó su diligenciamiento por la coordinación municipal, el médico y/o la enfermera del EBS.
- Debe diligenciarse una tarjeta SICAPS por cada familia identificada en la zona a intervenir. Considerando la importancia del concepto de núcleo familiar, se cita la definición del *"Manual de diligenciamiento SICAPS"*.

Digitación. Es el proceso de ordenamiento de los datos, que se constituye en el elemento clave del diagnóstico.

Diagnóstico Comunitario. El diagnóstico comunitario es el resultado del análisis de la información recopilada de la base de datos producto de la digitación depurada del diligenciamiento de las tarjetas SICAPS y permite conocer las condiciones más relevantes de la comunidad, sociodemográficas, de saneamiento básico de la vivienda, adscripción a programas de protección específica y Detección Temprana y de Morbilidad y Mortalidad.

Las características a tener en cuenta en el diagnóstico comunitario son las siguientes tomadas de la tarjeta SICAPS):

POBLACIÓN Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

- Pirámide poblacional
- Analfabetismo (población mayor 7 años que no sabe leer ni escribir)
- Tasa de empleo (población que trabaja actualmente)
- Niños(as) 5 a 17 años que trabaja
- Seguridad Social
- Programas de detección temprana y protección específica
- No. Familias con mujer cabeza de hogar
- Población sin documento de identificación
- Grupos de atención especial (Indígena, Negra y otros)
- Población desplazada

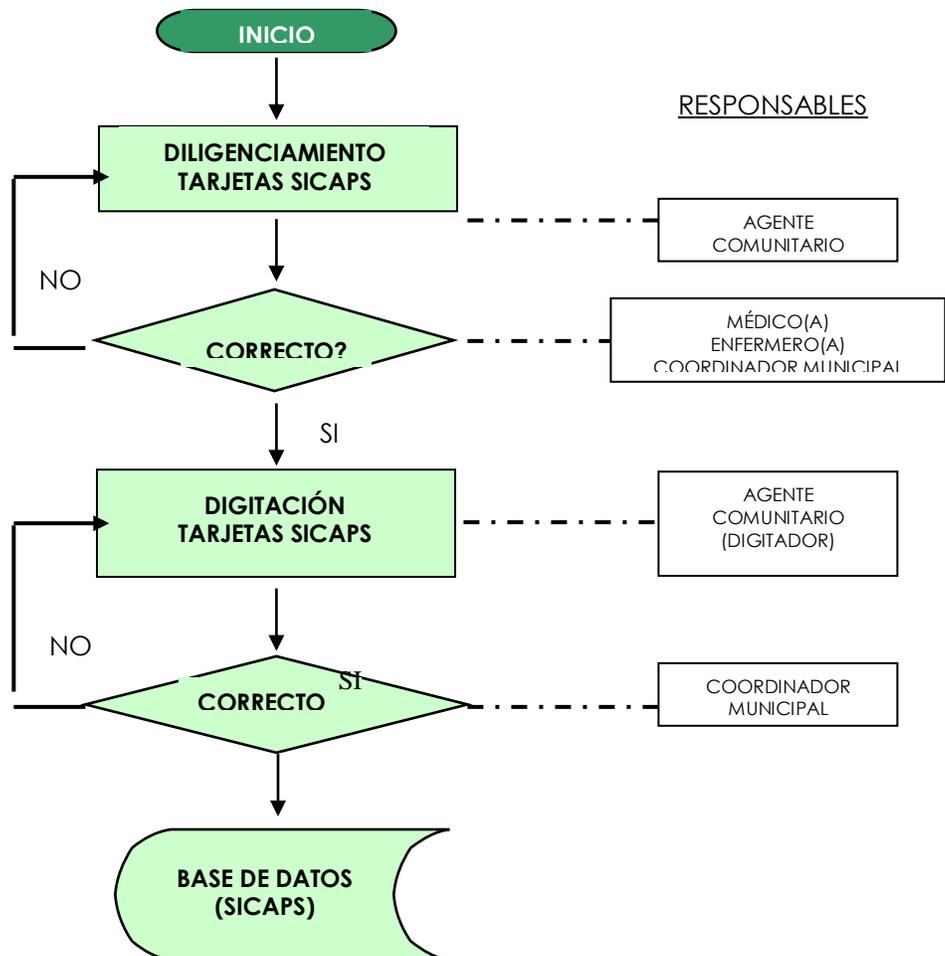
VIVIENDA Y FAMILIAS:

- ✓ Total de familias
- ✓ Total de viviendas
- ✓ Total viviendas con una familia
- ✓ Total viviendas con dos o más familias
- ✓ Total viviendas desocupadas
- ✓ Tipo de vivienda
- ✓ Tenencia de vivienda
- ✓ Hacinamiento crítico
- ✓ Servicios públicos:
 - Sanitario
 - Alumbrado
 - Fuente de agua para consumo
 - Disposición de basuras
- ✓ Condiciones ambientales
 - Iluminación adecuada
 - Ventilación adecuada
- ✓ Animales en la vivienda
- ✓ Materiales de construcción de la vivienda
 - Techo
 - Paredes
 - Piso
- ✓ Tratamiento del agua para consumo
- ✓ Actividad productiva

FACTORES DE RIESGO

- ✓ Familias donde alguien fuma
- ✓ Familias donde alguien tiene problemas con el consumo de alcohol
- ✓ Familias donde alguien consume sustancias psicoactivas
- ✓ Niños menores de 5 años con desnutrición crónica
- ✓ Niños menores de 5 años con desnutrición global
- ✓ Menores de 15 años con señales de maltrato

Gráfica 2. Proceso censo SICAPS



Fuente: Anexo Técnico de la Estrategia de Atención Primaria en Salud Puerta a Puerta del Departamento del Huila

Actividades de la atención integral. La atención integral se relaciona con la inclusión de servicios de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad, en todos y cada uno de los integrantes de la familia según sus necesidades.

ARTICULO 1. DEMANDA INDUCIDA. Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.

Régimen de referencia y contrarreferencia. Es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente el servicio de salud, al usuario, según el NIVEL DE ATENCIÓN, EL GRADO DE COMPLEJIDAD Y LOS

RECURSOS DISPONIBLES en los organismos de salud; con la debida oportunidad y eficacia.

Demanda inducida y Vigilancia de Enfermedades de Interés en Salud Pública (EISP). Se da cuando las atenciones en los programas de DT y PE no se pueden asistir directamente por el médico(a), el enfermero(a) y el higienista oral del equipo. Se encontraron dificultades de tipo operativo que impidieron a los EBS asistir actividades de DT y PE como por ejemplo el impedimento en algunos municipios para el manejo de los biológicos, la falta del personal medico en algunos municipios, la ausencia de las personas en el momento de la visita por motivos laborales entre otros.

CUARTO MOMENTO: Participación de la familia y la comunidad

Actividades colectivas. Las actividades colectivas constituyen el componente de educación en salud dirigido a la comunidad, que pretende facilitar a las personas la búsqueda de alternativas de un mejor estar de vida en un continuo desarrollo. Para que este proceso se articule con el ciclo vital humano, en donde van cambiando día a día las necesidades de cada persona y de cada comunidad, es necesario ordenarlo y activarlo siempre desde las necesidades presentes y futuras de los sujetos.

Se definieron algunas líneas de capacitaciones dirigidas a la comunidad que por su importancia siempre han estado presentes a lo largo del desarrollo de la Estrategia.

Capacitaciones AIEPI. La estrategia AIEPI (Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) concebida por la OMS y la UNICEF y presentada en 1996, pretende la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil en niños menores de 5 años. De los tres componentes que la conforman (clínico, institucional y comunitario), el tercer componente, el comunitario, dirigido a mejorar las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención de la niñez, es el que se pretende fortalecer por medio de las capacitaciones brindadas a la comunidad en general y principalmente a madres y padres de familia, líderes de la comunidad, profesores(as) de jardines y guarderías infantiles y aquellas personas que tienen bajo su responsabilidad el cuidado de niños (madres comunitarias, voluntarios(as) de las UROCS-UAIRACS).

Los componentes temáticos de la Estrategia AIEPI son los siguientes:

- Infección Respiratoria Aguda (IRA)
- Diarrea
- Desnutrición / Crecimiento/Componente nutricional complementario
- Parasitosis

- Inmunoprevenibles
- Malaria / Dengue / Problemas que cursan con fiebre
- Oído (otitis) / Garganta
- Desarrollo
- Maltrato

Para el desarrollo y fortalecimiento de la capacitación AIEPI se debe promover:

- El apoyo institucional (con la ESE o UAE local).
- El apoyo intersectorial (con la alcaldía, escuela, etc.)

Este apoyo fue fundamental porque permitió ampliar el poder de convocatoria, generar integración, compromiso y facilitar la logística necesaria para el desarrollo de la actividad.

Teniendo en cuenta la integralidad de la Estrategia AIEPI con sus tres componentes, clínico, institucional y comunitario, se hace necesario aunar esfuerzos entre los diferentes actores del SGSSS para la implementación y/o fortalecimiento de las componentes institucional y clínico a nivel municipal, y a su vez, continuar el fortalecimiento de la implementación del componente comunitario, con el propósito de generar la red interinstitucional responsable del cuidado y la protección de los niños, y en especial de los niños menores de 5 años, considerando su mayor vulnerabilidad, dentro del marco de políticas nacionales y departamentales de salud.

Capacitaciones concertadas. Estas capacitaciones tienen como objetivo permitir la participación de la familia y la comunidad en la selección de los temas para la educación en salud que sean identificados como prioritarios o importantes según sus necesidades y expectativas.

Se han propuesto los siguientes temas como orientadores para el desarrollo de las capacitaciones:

- Hábitos de vida saludable
- Hábitos alimentarios
- Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMI)
- Viviendas Saludable
- Derechos de la infancia y de la mujer
- Formas de participación comunitaria
- Derechos y deberes de los usuarios
- Maltrato infantil*
- Maltrato a la mujer*

- Violencia intrafamiliar*
- Embarazo en adolescentes*

* Estos temas son obligatorios considerando su importancia sociofamiliar y corresponde a la propuesta realizar mínimo una capacitación en cualquiera de estos temas en cada una de las veredas intervenidas.

COVECOM.

Los Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitarios son espacios con participación comunitaria y orientación de los profesionales del EBS cuyo propósito es realizar vigilancia de los eventos o enfermedades de interés en salud pública que se presenten en la comunidad. (RES 4288/96)

Para su conformación se cuenta lo siguiente:

- Conformación del Equipo Básico de Salud EBS.
- Socialización y convocatoria en la comunidad intervenida en donde se explique su propósito y funciones.
- Capacitación en los principales eventos o enfermedades de interés en salud pública.
- Resaltar la importancia de las gestantes y los niños menores de 5 años como población vulnerable y con prioridad de protección en la comunidad.
- Conformarse mínimo con dos voluntarios de la comunidad.
- La función principal de los voluntarios es la información oportuna al EBS o a la ESE o UAE local de los eventos de interés en salud pública identificados.
- El EBS debe estar dispuesto a prestar la colaboración necesaria para el adecuado cumplimiento de las funciones del comité.
- La periodicidad de las reuniones fue de acuerdo a las necesidades de la comunidad y por medio de convocatoria que pueden realizar los voluntarios o el EBS en cabeza de sus responsables.
- Los COVECOM deben ser parte de SIVIGILA municipal, del cual es responsable el alcalde municipal en cabeza de la Dirección Local de Salud.

UROCS-UAIRACS

Las UROCS-UAIRACS siglas de las Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias y Unidades de Atención de Infecciones Respiratoria Agudas Comunitarias son lugares en la comunidad en donde se atienden niños menores de 5 años con Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) e Infección Respiratoria Aguda (IRA), por medio de un voluntario(a), quien ha recibido capacitación básica que le permite establecer un riesgo y tomar medidas de acuerdo al riesgo identificado para el niño. Su implementación permite que enfermedades como la EDA y la IRA sean atendidas de manera rápida, evitando complicaciones gracias a la atención oportuna.

La implementación de la UROC-UAIRAC comprende:

- Selección de la comunidad
- Convocatoria de los voluntarios
- Capacitación
- Evaluación
- Dotación
- Seguimiento

Se definen a continuación los criterios para la instalación en la comunidad intervenida:

- Comunidades marginales urbanas o rurales, de riesgo para EDA o IRA.
- Comunidades donde la EDA o la IRA tienen una ocurrencia del 5% o sea, donde uno de cada 20 niños presentan EDA-IRA en cualquier día del año.
- Comunidades con limitaciones en servicios de salud o de difícil acceso.
- Comunidades preparadas para implementar esta estrategia y dispuestas a participar activamente.
- La sede debe tener una ubicación estratégica, de fácil acceso para la comunidad, que tenga un adecuado saneamiento básico.
- El número de niños en el área de influencia de la UROC-UAIRAC no deber ser mayor de 50 menores de 5 años.
- Registro de los niños menores de 5 años y de sus familiares.

Se dotó de los equipos y elementos necesarios para cada UROC-UAIRAC implementada según los requerimientos legales. Fué necesario la articulación de esfuerzos de la ESE o UAE local y el PAB, para garantizar la permanente dotación de los elementos necesarios para el funcionamiento de las Unidades.

Planes de acción y mejoramiento familiar y veredal.

Plan de acción y mejoramiento familiar. El plan de acción y mejoramiento familiar es el conjunto de acciones a seguir, concertadas con la familia, para modificar los factores de riesgo o para implementar las medidas necesarias para corregir una situación identificada como adversa.

Plan de acción veredal. El plan de acción veredal es resultado del análisis del diagnóstico comunitario de la vereda tomando los aspectos sociodemográficos y de saneamiento básico más críticos.

Intersectorialidad. Para propiciar la intersectorialidad en el desarrollo de la Estrategia se cuenta con el espacio de las reuniones de concertación con los diferentes actores del desarrollo de la comunidad, las cuales deben ser realizadas de forma bimensual o de forma extraordinaria si se hace necesaria una toma de decisiones de manera prioritaria y deben ser lideradas por el gerente de la ESE o UAE local con el apoyo de la coordinación municipal de la Estrategia.

Además de la intersectorialidad, es indispensable para el adecuado desarrollo de la Estrategia la "intrasectorialidad" definida como esa articulación de acciones con las instituciones de salud y muy especialmente con la ESE o UAE local, para lo cual se hace necesaria la coordinación de las actividades del equipo extramural con las actividades de la institución de salud local, fundamentalmente en lo relacionado con los programas de promoción y prevención y la vigilancia epidemiológica, además de todas las actividades en donde la suma de esfuerzos permitan resultados más eficientes y eficaces, teniendo siempre en cuenta que **"la salud para todos y por todos es un compromiso ético irrenunciable"** (tomado de "Fundamentos de Salud Pública. Tomo I: Salud Pública". CIB. Medellín. Colombia 2005).

SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y CONTROL

El proceso de seguimiento en la ejecución de la Estrategia APSEF-SPP hace referencia al acompañamiento para la continuidad de las actividades realizadas a nivel individual, familiar y comunitario, de acuerdo a lo requerido o lo pactado.

En las actividades colectivas el seguimiento se realizó específicamente en:

- UROCS-UAIRACS
- COVECOM
- Planes de acción y mejoramiento familiar y veredal

Para las UROCS-UAIRACS y COVECOM la periodicidad de los seguimientos quedó descrita anteriormente, resaltando el hecho de que para el COVECOM esta periodicidad de acuerdo a las necesidades de la comunidad o del EBS, sin embargo se recomendó definir espacios y tiempos de reunión con los voluntarios del COVECOM para acompañar sus labores.

Los planes de acción familiar y veredal se programó seguimiento de acuerdo a lo pactado con la familia o con los responsables de los compromisos de los planes definidos en las reuniones de concertación, de tal forma que se pueda evaluar el estado de avance de estos compromisos y las dificultades o inconvenientes que puedan estar presentándose para la ejecución del plan.

5.3 EFICACIA

Evaluar la eficacia relacionada con el grado de cumplimiento del objetivo específico y de los resultados (según los indicadores y cronograma programados en la matriz de planificación del proyecto). La eficacia es una medida del grado o nivel de alcance del objetivo y resultados de una actividad en una población beneficiaria y en un periodo temporal determinado, sin considerar los costes en los que se incurre para obtenerlos.¹⁹

La información necesaria para medir la eficacia en cuanto a los resultados fueron los informes de seguimiento y de finalización de la actividad, aunque en ciertas ocasiones se preciso realizar una comprobación adicional sobre el terreno.

¹⁹ LUIS JORGE GARAY S. En torno a la economía política de la exclusión social en Colombia. 2003. Bogotá. D.C Universidad externado de Colombia. 25p.

6. MARCO LEGAL

Ley 100 de 1993 que comprende las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública dirigidas a la colectividad, Plan de Atención Básica (PAB) y el Plan Obligatorio de Salud (POS) de los diferentes actores del Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS).

Resolución 4288 de 1996, establece las acciones que obligatoriamente deben cumplir los Departamentos y Municipios en materia de promoción de la salud pública y control de riesgos.

Resolución 412 y 3384 de 2000 define las diferentes actividades establecidas en los programas de Protección específica y Detección temprana, con el fin de obtener coberturas útiles del 95%.

Decreto 2309 del 2002 que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y las demás normas vigentes al respecto (Resolución 1439 y sus anexos, Resolución 1891, Resolución 489, Circular 015, etc.), específicamente por cada equipo conformado. Modificado por el decreto 1011 de 2006 y Resolución 1043 y 1545 de 2006.

Declaración de Alma Ata. 1978.

Resolución 018 de 18 de febrero del 2004, expedida por el Ministerio de Protección Social, a través de la cual se determinan los lineamientos para la ejecución de los recursos asignados a la salud pública a partir del año 2004.

La Ley 715 del 2003 establece la responsabilidad de las Direcciones Departamentales en la VIGILANCIA y CONTROL de las acciones de Salud Pública.

El Decreto 2759 de 1991; Por la cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia.

Constitución Política de Colombia de 1991, obligatoriedad del control interno y establecimiento de las directrices para su aplicación.

Congreso de la República Ley 1122 de 9 de enero de 2007 Por la cual se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Conpes Social 104. Distribución del Sistema General de Participación para la Vigencia 2007.

Ley 1151 de 2007. Plan Nacional de Desarrollo.

Ley 1176 de 2007. Por la cual se reglamenta los artículos 356 y 357 Constitución Política.

Ley 152 del 15 de julio de 1994. Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.

Conpes Social 091 de 1991, Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, 2005.

Decreto 3090 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública.

Decreto 028 de 2008. Monitoreo, seguimiento y control del gasto del Sistema General de Participación (SGP).

Resolución 425 de 2008. Plan de Salud Territorial y Plan de Intervenciones Colectivas.

7. METODOLOGÍA

La evaluación de la Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar Salud Puerta a Puerta se presentó como un proceso de búsqueda de elementos que permitieron emitir valor cualitativo y cuantitativo sobre las actividades realizadas específicamente de los elementos contenidos en la Renovación de la Atención Primaria. Requirió de un riguroso proceso de compilación de la información necesaria para conformar un criterio lo más cercano posible de cada uno de las variables, con relación a lo que se debía lograr o ser. La evaluación, se dio más como un proceso de análisis e investigación dirigido a estimar el valor y la contribución de los programas a la mejora de la salud individual y colectiva.

La investigación científica en la APS es una forma de conocimiento de la realidad caracterizada por su objetividad, precisión y poder predictivo; que reconoce la realidad sin la apreciación subjetiva que distorsiona los hechos o fenómenos, evitando satisfacer ideas preconcebidas o intereses individuales, es decir tal y como ocurren en la realidad, describe y explica los hechos de la manera más próxima a como ocurren en la realidad, permitiendo prepararse para la ocurrencia de los diferentes hechos o fenómenos a partir del conocimiento de eventos similares.

Además se espera que la investigación sirva de herramienta para apoyar actividades de planeación, coordinación, capacitación y evaluación de programas de salud para el Departamento, será un proceso dirigido a identificar los problemas su ejecución y resolver los problemas futuros a los programas venideros, igualmente incrementar la **efectividad** de los programas, acciones o intervenciones y contribuir a desarrollar un pensamiento de búsqueda e innovación permanente en la práctica de la APS.

7.1 ETAPA: PREPARACIÓN DEL PROCESO EVALUATIVO

1. Selección de las actividades evaluables "trazadores" de la efectividad de la ESPP, apoyados en la siguiente información:

Revisión documental de:

- Documentos de análisis de la APS.
- Documentos informes de Interventoría de los períodos 2006 y 2007.
- Información derivada del Sistema de Información de APS SICAPS. La información suministrada en las bases de datos de EPIINFO permite evaluar las actividades de detección temprana y protección específica (contempladas en la

resolución 412 de 2000) realizadas por los equipos extramurales en la población sujeto de intervención. Y la información de la ficha SICAPS que aporta la información para la elaboración del diagnóstico comunitario al igual que permiten la identificación de los grupos de riesgo en la población como por ejemplo las gestantes y los niños menores de 1 año, facilitando a la Interventoría realizar la evaluación y el seguimiento correspondiente.

- Evaluaciones de la salud en diferentes niveles.
Documentación sobre metodología de la investigación.
- Revisión de textos (diarios, boletines, normas, declaraciones, artículos de diarios, propaganda, páginas web, presentaciones institucionales);
- Encuestas realizadas por la interventoría, la consolidación de información y cruce de datos para realizar la interpretación. Se utilizará el formato *Evaluación de indicadores* en Excel para el aspecto cuantitativo complementado por una descripción cualitativa de los elementos.

2. Definición de las dimensiones de la evaluación. Esta definición, dependerá de:

Variables de investigación. Es una característica o parámetro de una persona, objeto o fenómeno que puede adoptar diversos valores. Es necesario **conceptualizar** y **operacionalizar** las variables, para que cada persona, en este caso investigador, puede utilizar un criterio preciso y uniforme sobre las mismas, pudiendo obtener datos confiables y válidos.

- Las variables de resultado se definen en términos efectividad de la Atención Primaria que no posee mecanismos de control que permitan observar la mejora en la salud de sus pacientes, y además es difícil aislar dicha mejora de los otros factores que contribuyen a incrementar el bienestar (edad, hábitos de vida, condiciones físicas del paciente). Por ello, una buena estructura y proceso deben llevar a un mejor resultado. En otras palabras, estimar la calidad del producto de atención primaria exclusivamente mediante el proceso y la estructura, mientras no sea posible valorarla en términos de resultados en salud.

En general, no se deben evaluar demasiadas dimensiones en un sólo proceso, y su número dependerá de la complejidad de los que se seleccionen y la prioridad que tengan para el objeto de la evaluación. Igualmente no todos los elementos de la Atención Primaria en Salud permiten ser evaluados con la información disponible. El incluir las diferentes dimensiones en más de un proceso evaluativo, permite que la mejora de la calidad en el programa que se diseñe, sea paulatina, lo que lo hace más alcanzable.

3. Determinación de criterios, indicadores y estándares a utilizar en la evaluación. En esta determinación, se debe tener en cuenta los criterios de estructura, proceso y resultados.

4. Selección de métodos evaluativos a utilizar y confección de instrumentos evaluativos.

De acuerdo con los criterios seleccionados, los métodos evaluativos a utilizar son:

- Observación.
- Análisis de la información.
- Estandarización de la Información.

Para la aplicación de cada método evaluativo se confeccionarán los instrumentos correspondientes: guías, cuestionarios, tablas de vaciamiento, entre otras.

7.2 ETAPA: EJECUCION DEL PROCESO EVALUATIVO

1. Aplicación de los instrumentos diseñados para evaluar los criterios seleccionados.
2. Determinación de las desviaciones existentes en relación con los estándares preestablecidos.
3. Análisis de las desviaciones

Con el objeto de contar una lectura más comprensiva y confrontar las distintas fuentes, se aplicará técnica de triangulación de datos y fuentes. Esta técnica permite la combinación y cruzamiento de múltiples puntos de vista.

Para el procesamiento de datos cuantitativos se realizarán tablas con Microsoft Excel, en base al relevamiento documental y el análisis de fuentes secundarias.

Se relacionará la especificidad de la fuente, la lista de varias palabras clave, se categorizará la información, se establecerá áreas o dominios y compararán frecuencias ocurridas en cada categoría diferente. Finalmente, se utilizará técnicas descriptivas que aportarán al proyecto en la parte organizativa.

8. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

La experiencia de los últimos 27 años demuestra que un Sistema de Salud que asume los principios de la APS alcanza mejores resultados en salud e incrementa la eficiencia del conjunto del Sistema.

Un Sistema de Salud basado en la APS orienta sus estructuras y funciones hacia los valores esenciales del derecho a alcanzar el nivel de salud más alto posible, la equidad y la solidaridad social. Este concepto va más allá de nivel de atención o programa específico y permite la adaptación a todos los niveles de desarrollo socioeconómico y a la pluralidad de contextos históricos, políticos y socioculturales.

Los principios que sustentan un Sistema de Salud basado en la APS requieren un proceso de renovación e incluyen la responsabilidad y rendición de cuentas de los Gobiernos, así como la capacidad de los Sistemas para dar respuesta, en forma justa y sostenible, a las necesidades de salud de los ciudadanos mediante la participación, la orientación hacia la calidad y la intersectorialidad.²⁰

Existen varias etapas en el manejo del proceso de renovación de la APS. El primero de ellos es el trabajo para lograr el cambio de la percepción del problema y las soluciones entre todas las partes interesadas. La renovación de la APS debe estar enmarcada en términos de sus objetivos generales – un sistema de salud más eficiente y efectivo, mejoramiento de la salud y la equidad, aumento del nivel de desarrollo humano y su contribución al crecimiento económico sostenible – y de forma explícita, en el logro de estos objetivos. El proceso en curso de consulta regional de la OPS y las consultas de país han comenzado a sensibilizar a las partes interesadas en la importancia de la renovación de la APS.

La APS es un elemento esencial para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio por su papel de abogacía hacia la visión del sistema de salud como una institución social que refleja los valores de la sociedad y provee los medios para hacer efectivo el derecho a la salud. Así como la APS se esfuerza por reorientar las prioridades del sector salud, la Declaración del Milenio puede proporcionar un marco más amplio para el desarrollo, el cual, a la vez que acelerará el mejoramiento de la salud, se soportará sobre el buen desempeño del sector salud.

Así mismo, la aceptación de un sistema de salud basado en la APS por parte de quienes lo utilizarán, será fundamental para la labor de abogacía. Todos los ciudadanos del mundo están exigiendo sistemas y servicios de salud efectivos, de

²⁰ OPS Borrador Declaración de las Américas sobre renovación de la APS. USA. PAHO 2003

buena calidad y confiables; educarlos sobre los beneficios de un sistema basado en la APS fortalecerá su capacidad de exigir compromisos específicos de los gobiernos.

En consecuencia, es necesario que la evidencia acerca de la efectividad de la APS sea puesta a disposición de los miembros de la comunidad y pueda ser analizada y discutida.

El objetivo fue la identificación de puntos de acuerdo y desacuerdo, así como de las posibles áreas en las cuales es posible lograr consenso, dejando de lado y aislando las áreas no negociables. La negociación fue un medio útil de resolución de asuntos técnicos relacionados con la implantación y manejo de programas. Por el contrario, las diferencias ideológicas no suelen resolverse a través de la negociación, aunque podrían encontrarse algunas áreas de interés común.

En la medida en que nuestra comprensión de la salud se ha ampliado, también lo ha hecho la conciencia sobre las limitaciones de lo que tradicionalmente hemos entendido por servicios de salud para responder a todas las necesidades de salud de la población. Para muchas personas de la región "la salud es un fenómeno con implicaciones políticas, económicas y sociales y, sobre todo, un derecho humano fundamental. La desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia están entre las causas más importantes de la mala salud y de la muerte de la gente pobre y marginada".

La investigación reciente ha dilucidado las complejas relaciones que existen entre los determinantes sociales, económicos, políticos y ambientales de la salud y sobre su distribución. Ahora se sabe que cualquier enfoque para mejorar la salud debe estar articulado dentro de un contexto económico, social y político más amplio, y debe posibilitar el trabajo con múltiples actores y sectores.²¹

En muchos de los países se han realizado reformas de los Sistemas de Salud en los últimos treinta años. Entre las razones que propiciaron estas reformas se encuentran: la tendencia a la elevación de los costos de los servicios de salud, el desempeño ineficiente y de mala calidad de los mismos, las restricciones en los presupuestos públicos y el desarrollo de nuevas tecnologías, todo ello como respuesta a los cambios del papel del Estado. A pesar de las enormes inversiones, los resultados de las reformas han sido limitados, mixtos o incluso negativos en términos de mejora de salud y equidad.²²

²¹ PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las enseñanzas Extraídas a lo Largo de 25 Años y los Retos Futuros. Washington, DC: PAHO, 2003.

²² PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Revisión de las políticas de Atención Primaria de salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: PAHO, 2003.

En desarrollo del Proyecto “Programa para la reducción de la pobreza y seguimiento a las metas del milenio en el Departamento del Huila”, se realizó un diagnóstico inicial de la situación social del Departamento en cada uno de los sectores sociales: Salud, Educación, Bienestar Social, Medio ambiente y Hábitat ligados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y a las Metas e Indicadores nacionales del CONPES Social 91 de 2005.

El objetivo general del diagnóstico y programación es a partir de un proceso de priorización de necesidades, de manera participativa, concertada con autoridades municipales, organizaciones comunitarias, universidades, entidades del nivel departamental, entidades nacionales, cámaras de comercio, entre otras para construir un Plan de Acción para desarrollar estrategias encaminadas hacia la disminución de la pobreza en el territorio huilense focalizando la acción en los municipios.²³

Se crearon programas como La salud de los huilenses. Con ampliación de la cobertura del régimen subsidiado. En la atención a la infancia y la adolescencia, donde actúa el Consejo Departamental de política Social, se trabajaron programas como la reducción de las enfermedades inmuno-prevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil, Implementación de la Estrategia AIEPI: estrategia de atención primaria con enfoque familiar “salud puerta a puerta”, disminución de la desnutrición.

Igualmente tuvieron relevancia los programas de Prevención sexual y reproductiva del departamento, salud materna, Atención VIH Sida, Violencia doméstica y sexual, prevención y control de enfermedades producidas por vectores, Salud ambiental, promoción de estilos de vida saludable, prevención y control de la tuberculosis y la lepra, vigilancia en salud pública y laboratorio en salud pública y salud mental.

8.1 DESCRIPCIÓN VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

Se toma como variables de la investigación los elementos de la Atención Primaria en salud que permiten mediante una compilación de la información evaluar la efectividad del proceso de ejecución de la Estrategia Puerta a Puerta en el Departamento del Huila.

²³ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACION. Neiva Informe de Gestión a Noviembre de 2006 del plan de desarrollo Huila Unido para Construir Futuro. Documento no oficial.

Tabla 2. Descripción variable de investigación

No	ELEMENTO	INDICADOR
1	Accesibilidad	Coberturas Veredal Coberturas Familiar Cobertura Poblacional
2	Aceptabilidad	Satisfacción del usuario
3	Primer Contacto	Demanda Inducida por Programas
4	Integralidad	Atención integral
5	Enfoque poblacional	Información en Salud Publica Enfoque Familiar Enfoque Comunitario
6	Promoción y prevención	Coberturas programas
7	Atención Apropiaada	Efectividad
8	Recursos Humanos apropiados	Aprestamiento Evaluación en Sistemas de Información Conformación
9	Integración FESP	Registro ESP Capacitación implementación y operativización
10	Intersectorialidad	Reuniones de Concertación Planes de Acción Familiar Planes de Acción Veredal
11	Mecanismo de Participación Activa	UROC Y UAIRAC COVECOM IIAMI Y AIEPI

La calificación corresponderá a la misma utilizada por la interventoría en el desarrollo de la estrategia, dando un valor a las coberturas correspondiente al factor de medición determinando una calificación máxima de 100 puntos y cuyo valor corresponda a la equivalencia de los resultados medidos en el proceso de interventoria. Esta puntuación tendrá una calificación de acuerdo al rango porcentual.

- **ÓPTIMA:** Mayor o igual 90% del puntaje
- **ADECUADA:** Entre 80% y 89% del puntaje
- **DEFICIENTE:** Menor del 80%

8.1.1 Accesibilidad. Es el fundamento de un sistema de salud equitativo. Implica la ausencia de barreras de atención, geográficas, financieras y organizacionales; por eso, un sistema de salud basado en la APS debe organizar la ubicación, operación y financiamiento de todos los servicios de cada uno de sus niveles de atención teniendo en cuenta este elemento.

Tabla 3. Indicador de accesibilidad

ACCESIBILIDAD Coberturas	
1. INDICADOR	Numero de familias, Veredas, o personas atendidas de veredas dispersas, pobres y vulnerables, con difíciles condiciones de accesibilidad.
A. NUMERADOR	Número de Familias, Veredas o Población atendidas de unidades dispersas. m
B. DENOMINADOR	Número Familias, Veredas o Personas programadas.
2. FACTOR MEDICION	El resultado se expresa en números enteros y en porcentaje
3. ORIGEN Y FUENTE PRIMARIA	Informes de interventoría
4. ESTANDAR META	100%

La accesibilidad en la Estrategia de APS en el departamento se realizo mediante una selección de las zonas a intervenir con la participación de la ESE o UAE local y con la alcaldía municipal (Dirección Local de Salud) garantizando el cumplimiento de los criterios selectivos que se basaron en:

- Dificultades de accesibilidad a los servicios de salud.
- Indicadores materno e infantiles críticos que afecten el cumplimiento de las metas departamentales.
- Coberturas deficientes en los programas de DT y PE.
- Poblaciones pobres y vulnerables.

Se conformaron los Equipos Básicos de Salud para cada zona seleccionada y la distribución de familias por equipo se presento de la siguiente manera:

- Zona rural dispersa: 600 a 700 familias.
- Zona rural concentrada: 700 a 800 familias.
- Zona urbana marginal: 800 a 1000 familias.

Para medir la accesibilidad se hace un análisis cuantitativo del cumplimiento de las coberturas teniendo como base las actividades programadas y las ejecutadas.

En la siguiente gráfica con su correspondiente tabla se muestra las coberturas de las familias, veredas y personas de acuerdo con los valores programados y atendidos.

Gráfica 3. Coberturas

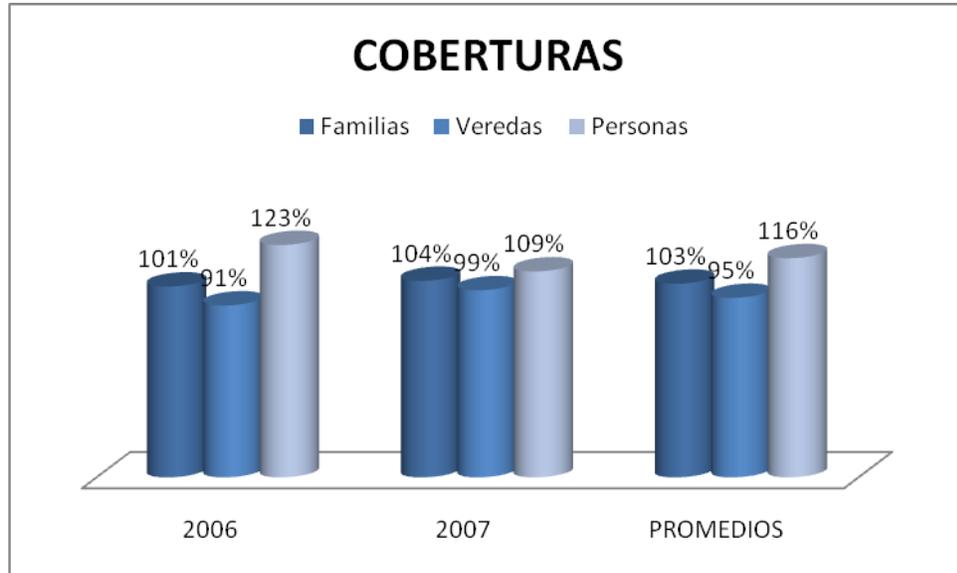


Tabla 4. Coberturas poblacionales

	FAMILIAS		VEREDAS		PERSONAS	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Programado	43.168	50.322	889	983	136.000	204.000
Atendidas	43.483	52.326	808	976	167.026	198.407
Promedio	101%	104%	91%	99%	123%	109%

Fuente: APS Huila 2005-2007

Las coberturas fueron definidas contractualmente, el resultado cuantitativo demuestra que las coberturas mejoraron de un período a otro en la atención de las familias y las veredas, pero se atendieron más personas en el primer periodo; A expensas de que el tercer momento de intervención familiar y comunitaria en el año 2006 fue más amplio que en el 2007 por motivos administrativos (demora en la contratación). (ver tabla 5.).

Tabla 5. Tiempos determinados para cada momento de la estrategia

MOMENTO	ACTIVIDAD	SUBACTIVIDAD	AÑO			
			2006		2007	
1er Momento	Conformación y organización de los EBS		Feb Mar	2	Abr May	1
2do Momento	Aprestamiento y dotación del equipo					
3er Momento	Acción nivel familiar y comunitario	Diagnostico comunitario	Mayo Junio	2	Junio Julio	2
		Intervención familiar y comunitaria	Julio Nov	0	Agosto Nov	4
4to Momento	Participación de la familia y comunidad		Ago Nov	0	Sep Nov	4

Fuente. Información de Anexo Técnico SPP

Un mecanismo para demostrar el estado de vulnerabilidad de las zonas seleccionadas es analizando los indicadores de calidad de vida. Teniendo en cuenta el censo DANE, Huila tiene 250.911 hogares en total y 95. 070 hogares en la zona rural y 115.841 hogares de la zona urbana. Durante la Estrategia se atendieron en el 2006 un total del 17,3% de las familias representado en el 20,5% del total de familias huilenses en el 2007 para un total de 51.422 familias. Para el Departamento la intervención en el 48.7% de las familias ubicadas en las zonas rurales, teniendo en cuenta que estas fueron seleccionadas como zonas pobres vulnerables, es trascendental en la búsqueda de los objetivos propuestos en el mejoramiento de la calidad de vida de los huilenses. Para ello se muestran los siguientes indicadores sociales del departamento.

Tabla 6. Alcances Logrados en Indicadores Departamentales

	FAMILIAS	COBERTURA 2006	COBERTURA 2007
URBANOS	155,841	1,642 1,05%	5,120 3,3%
RURALES	95,070	41,828 44,0%	46,317 48,7%
	250,911	43,470 17,3%	51,437 20,5%

INDICADORES	2002	2007
NBI	40.49%	32.6%
POBREZA	74.9%	54.8%
ICV	72.21%	77.51%

Fuente: Informe de Gestión 2004-2007 Gobernación del Huila se construye la tabla

La incidencia de pobreza para el año 2007 en el Departamento alcanzó una disminución de 20 puntos porcentuales llegando a 54,8% teniendo en cuenta que en la zona rural se concentra la población más pobre (65%), que en las zonas urbanas (35%), entre muchas acciones del gobierno departamental para superar los objetivos, la decisión de implementar la Estrategia en Atención Primaria en Salud se considera un elemento significativo en el alcance de los resultados.

La metodología de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) busca determinar, con ayuda de algunos indicadores simples, si las necesidades básicas de la población se encuentran cubiertas. Los grupos que no alcancen un umbral mínimo fijado, son clasificados como pobres.

Los indicadores simples seleccionados, son: Viviendas inadecuadas, viviendas con hacinamiento crítico, viviendas con servicios inadecuados, hogares con alta dependencia económica y hogares con niños en edad escolar que no asisten a la escuela, todos utilizados en el diagnóstico de la Estrategia.

Una de las razones que demuestra la condición social de vulnerabilidad de la zona intervenida son los porcentajes en NBI de la población asistida en los dos períodos analizados, encontrando incidencia de necesidades registradas en el diagnóstico realizado en aspectos de saneamiento básico en servicios públicos para más de la mitad de la población, con inadecuado suministro de agua potable, inadecuado manejo de excretas, de basuras y hacinamiento crítico, reflejado en los valores porcentuales descritos en la tabla, a lo que se suma la falta de tratamiento casero del agua por parte de las familias. (Ver tabla 7).

Tabla 7. Porcentajes condiciones de habitabilidad población asistida

ACTIVIDAD	2006	2007
TOTAL DE VIVIENDAS HABITADAS	38.124	0
TOTAL DE VEREDAS	0	976
TOTAL DE FAMILIAS	43.483	52.326
Flías HACINAMIENTO CRÍTICO	37%	0
flías SIN TRATAMIENTO CASERO DEL AGUA	54%	0
viv. SIN UN MEDIO ADECUADO DE DISPOSICIÓN DE EXCRETAS	42%	0
viv. SIN UN MEDIO DE DISPOSICIÓN ADECUADO DE BASURAS	79%	0

Fuente: Informes Interventoría 2006 - 2007

El departamento del Huila presenta una población en hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas según Censo 2005 de 28.8%, para la población urbana de 20,4% y población rural de 41.4%. La tabla muestra que el indicador que

arrojó el diagnóstico para las zonas intervenidas promediando los porcentajes fue superior al del DANE; encontrándose en un porcentaje de 53%. Con esto se demuestra que las zonas a intervenir sí se encontraban en condiciones de vulnerabilidad.

Tabla 8. Resultado indicador de accesibilidad

No	ELEMENTO	INDICADOR	PROMEDIO	TOTAL	CALIFICACIÓN
1	ACCESIBILIDAD	Cobertura Veredal	95%	98%	OPTIMA
		Cobertura Familiar	100%		
		Cobertura Poblacional	100%		

Los promedios en las coberturas familiar y poblacional que excedían los promedios máximos, se registran en 100% explicando el cumplimiento de las metas.

8.1.2 Aceptabilidad. Requiere que el desarrollo de las entradas y procesos del sistema de salud tenga en cuenta las necesidades de salud, las preferencias, la cultura y los valores. La aceptabilidad determina si las personas usarán los servicios y si estos son accesibles. También influyen las percepciones sobre el sistema de salud, en la satisfacción de las personas con los servicios ofrecidos, en su nivel de confianza en los proveedores y en su grado de comprensión de los consejos brindados por el equipo de salud.

Durante el desarrollo de la Estrategia el equipo de profesionales de la interventoría del Convenio entre la Secretaría de Salud Departamental y la gobernación del Huila, realizaron visitas de campo en los 35 municipios a excepción de Saladoblanco y Gigante que no entraron a la Estrategia en el 2007, donde se llevaba a cabo para aplicar los formatos de "ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIOS APS PUERTA A PUERTA" 1 y 2 realizadas en el año 2007, durante el año 2006 no se realizó, y se considera irrelevante realizar encuesta actual para evaluar lo pasado.

La ficha técnica utilizada se presenta a continuación:

Tabla 9. Ficha técnica

“ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIOS APS PUERTA A PUERTA NUMERO 2”	
OBJETIVOS:	Determinar la satisfacción de la comunidad respecto a la estrategia salud puerta a puerta.
POBLACIÓN OBJETO:	Usuarios de la estrategia de los 35 municipios.
MUESTRA	261 encuestados
DISTRIBUCIÓN POR REGIONAL:	Norte: 93 encuestados Centro: 59 encuestados Occidente: 39 encuestados Sur: 70 encuestados
PROMEDIO ENCUESTA POR MUNICIPIO:	7,45
VEREDAS DE APLICACIÓN:	67 VEREDAS
PROMEDIO ENCUESTA POR VEREDA	3,9
DISEÑO Y ELABORACION	Equipo de Interventoría de la USCO

Las preguntas de la encuesta, se respondieron dando diferentes alternativas. En la primera encuesta las cinco primeras preguntas se contestaban con las alternativas SI, NO o SR; para las seis restantes existían diferentes alternativas entre las que estaban excelente, bueno, regular, malo o no responde variando de pregunta a pregunta las opciones. En la pregunta número diez se calificó no aplica, variante que no se tuvo en cuenta para medir la aceptabilidad de la comunidad a la Estrategia. Igualmente se encontró que en las preguntas 6, 7, 8, 9 y 10 no se realizaron las encuestas en la totalidad de la muestra, solo se elaboró a las personas a quienes aplicaba la pregunta.

Por lo tanto se hace uso de los datos estadísticos para medir la aceptabilidad de los usuarios al programa, teniendo en cuenta que, en las respuestas registradas como Si, Excelente o Bueno, se tomarán como de aceptación positiva, y en las respuestas registradas como No, Regular o Malo, se tomarán como de aceptación negativa.

Tabla 10. Indicador de aceptabilidad

ACEPTABILIDAD Satisfacción de Usuarios	
1. INDICADOR	Calificación de la aceptabilidad de las Personas asistidas
A. NUMERADOR	Grado de calificación de las personas asistidas para cada variable.
B. DENOMINADOR	Número de Personas asistidas
2. FACTOR MEDICION	Porcentaje. El resultado se multiplica por 100.
3. ORIGEN Y FUENTE PRIMARIA	Informes de interventoría. Encuestas realizadas año 2007
4. ESTANDAR META	100%.

Tabla 11. Encuestas 1 y 2

No	PREGUNTAS PRIMERA ENCUESTA
1	Ha recibido información sobre que es la estrategia De SPP.
2	Los integrantes de los EBS residieron en la vereda?
3	Asistió a alguna de las charlas dictadas por los EBS?
4	Los integrantes de las familias aplican las recomendaciones dadas por los EBS?
5	Los EBS dieron algunas recomendaciones para solucionar algunas dificultades que presenta su vereda?
6	Califique las charlas dictadas por los integrantes EBS en la vereda?
7	Califique los temas tratados en la solución de los problemas que presenta su vereda?
8	Califique los temas tratados en la solución de los problemas que presenta la familia?
9	Califique la interacción de las familias con los integrantes de los EBS?
10	Califique la atención brindada a las gestantes por el médico o enfermera del EBS?
11	Como considera la atención brindada, a todas las personas por los integrantes de los EBS?
No	PREGUNTAS SEGUNDA ENCUESTA
1	De los siguientes Ítems Considere cuál ha sido la actividad con mayor importancia realizada por los equipos?
2	Para usted la Estrategia de APS SPP es
3	Le han orientado acerca de los cuidados de las maternas en su familia?
4	Le han enseñado la importancia de la vacunación para sus hijos?
5	Le han enseñado como actuar frente a las enfermedades más comunes de su familia?
6	Conoce la existencia y función de los UAIRACS y UROCS?
7	Conoce la existencia y función de los COVECOM?
8	Considera que el tiempo que le dedico el personal de salud durante la atención fue el adecuado?
9	Le pareció que la atención por parte del personal da salud fue adecuado?

Para el análisis de las preguntas encuestadas se elaboran unas tablas que se diferencian por el tipo de respuesta en la primera tabla se relacionan las contestadas si, no o no responde y en la segunda tabla se relacionan las contestadas excelente, bueno, regular, malo o no responde. (Ver tabla No 11). En la segunda tabla las preguntas no siempre tuvieron la misma opción de respuesta, demostrándose con el espacio en blanco en la tabla. Las preguntas contestadas como regular no se tuvieron en cuenta por no encontrarse un patrón de relación con las respuestas de la tabla anterior.

Para su análisis se tabuló la información y utilizando los valores porcentuales se promediaron las respuestas, manejando los valores referenciados en la encuesta que se encontraban por regionales.

Al final de la tabla en la última columna se presentan el total de los promedios ponderados para la verificación de la operación.

Por último en las graficas elaboradas se consolidan los promedios de cada uno de las respuestas en todo el departamento.

Tabla 12. Porcentajes preguntas encuestas de satisfacción usuarios APS "Salud Puerta a Puerta" realizada por la USCO

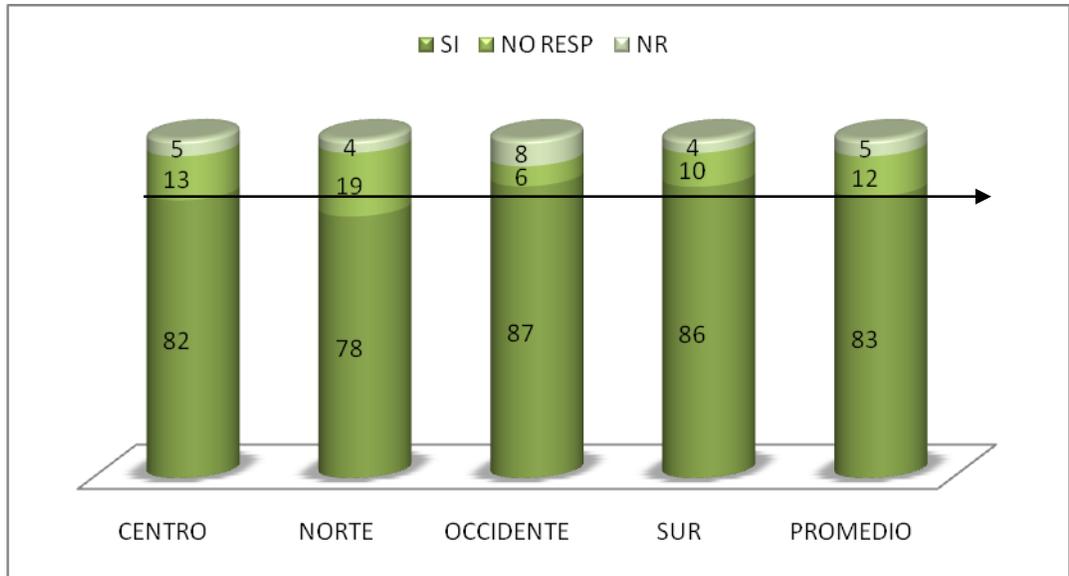
No	CENTRO			NORTE			OCCIDENTE			SUR			PROMEDIO			
	SI	NO	NR	SI	NO	NR	SI	NO	NR	SI	NO	NR	SI	NO	NR	
1	86%	14%	0%	95%	3%	1%	78%	22%	0%	97%	3%	0%	89%	11%	0%	100%
3	73%	27%	0%	66%	32%	2%	69%	8%	24%	82%	13%	6%	72%	20%	8%	100%
4	82%	16%	2%	86%	11%	2%	90%	2%	8%	97%	0%	3%	89%	7%	4%	100%
5	51%	20%	29%	47%	38%	15%	82%	2%	16%	77%	10%	13%	64%	18%	18%	100%
8	100%	0%	0%	79%	20%	1%	100%	0%	0%	90%	10%	0%	83%	12%	5%	100%
9	100%	0%	0%	92%	7%	1%	100%	0%	0%	74%	25%	1%	91%	8%	1%	100%
Promedio	73%	19%	8%	74%	21%	5%	80%	8%	12%	88%	6%	6%	79%	14%	7%	100%

* El Ítem No de pregunta 8 y 9 corresponden a la segunda encuesta.

La pregunta No. 2 referente a la residencia o no de los EBS en las zonas a intervenir, no se tuvo en cuenta para la evaluación. Existen motivos expuestos que varían el resultado considerablemente ya que en el momento en el que se realizaron las encuestas coincidió con los días previos a la jornada electoral del

mes de octubre lo cual incidió sobre el resultado; claro está los EBS no residieron en las zonas básicas de salud argumentando problemas de orden público por autorización expresa de la cooperativas de trabajo.

Gráfica 4. Promedio respuestas encuestas de satisfacción usuarios APS "Salud Puerta a Puerta" realizadas por la USCO



El grado de aceptabilidad al contestar afirmativamente las preguntas de la 1ª a la 5ª es de 79% en promedio. Las regiones Centro y Norte se encuentran por debajo del Promedio.

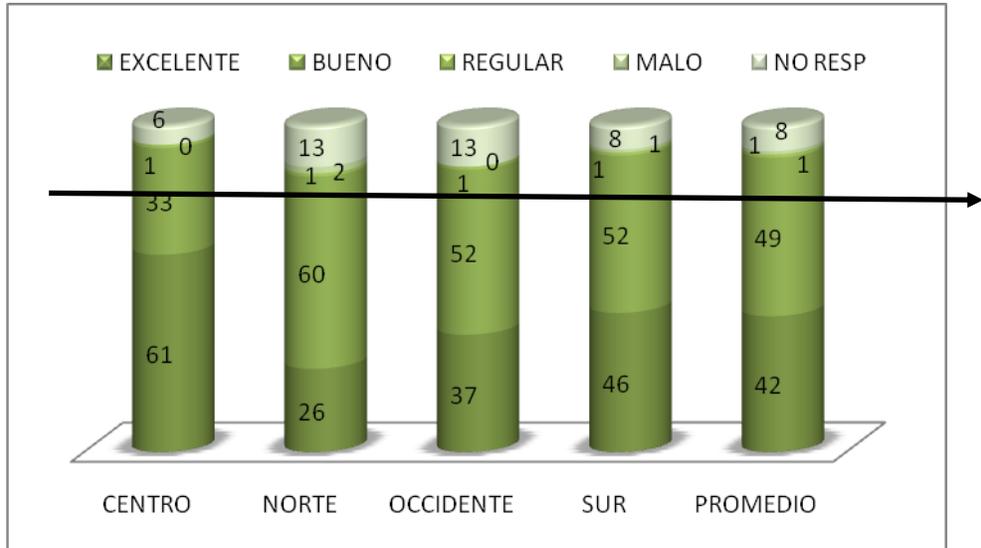
Tabla 13. Porcentaje preguntas encuestas de satisfacción usuarios APS Salud Puerta a Puerta realizada por la USCO

Pregunta	CENTRO					NORTE					OCCIDENTE					SUR					TOTAL				
	E	B	R	M	NR	E	B	R	M	NR	E	B	R	M	NR	E	B	R	M	NR	E	B	R	M	NR
6	42	47	0		11	16	63	0		21	46	34	0	0	20	66	31	3		0	42	44	1		13
7	39	36	3	0	22	9	44	0	1	46	23	57	0	0	20	7	93	0	0	0	19	58	1	0	22
8	61	33	0		6	14	81	0		5	29	63	0		9	52	47	2		0	39	56	0	0	5
9	81	19	0		0	28	72			0	34	63			3	40	60			0	46	54	0	0	1
10	83	17		0		41	55		4		31	69		0		53	47		0		52	47			1
11	63	35	2	0	0	29	60	2	2	5	4	69	0	0	27	63	35	0	0	1	40	50	1	1	8
2	58	42	0		0	44	48	2		5	90	8	3		0	43	50	7		0	59	37	3	0	1
Tot	61	31	1	0	8	23	62	1	2	14	28	59	0	0	14	47	52	1	0	0	40	51	1	1	9

*El último ítem No 2 corresponde a la pregunta No2 de la 2 Encuesta.

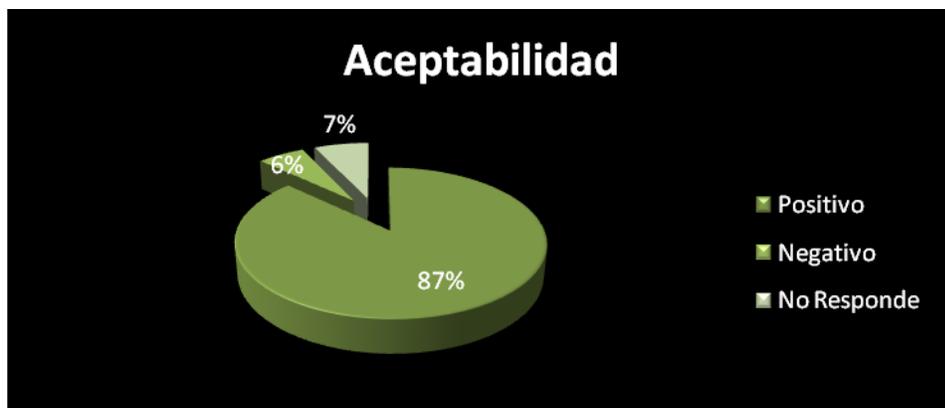
Para cuantificar la aceptabilidad en las preguntas de la 6^a a la 11^a las opciones de respuesta variaron de pregunta a pregunta (excelente, bueno, regular, mala o no responde). Los espacios en blanco significan la no aplicabilidad. Por lo tanto, la diferenciación en el tamaño de la muestra se tuvo en cuenta para promediar los totales. En la Pregunta número 10 se había cuantificado la población con respuestas no aplica, estos valores se eliminaron en la evaluación de la aceptabilidad. Los resultados del estudio se muestran en la siguiente Gráfica.

Gráfica 5. Porcentajes preguntas encuestas de satisfacción usuarios APS puerta a puerta realizadas por la USCO



Para cuantificar la aceptabilidad de las preguntas tabuladas se suman los valores correspondientes a las respuestas como excelentes y buenas dando como resultado una aceptabilidad de 91% positiva y en los ítems contestados como malos indicaran una aceptabilidad negativa siendo esta del 1%.

Gráfica 6. Promedio de aceptabilidad



En el gráfico se observan los datos resultantes de promediar las dos encuestas, como positivo se calculan los datos de las respuestas si, excelente y bueno; como negativo las respuestas no y malo y como no responde las correspondientes en los ítems de las respuestas. Cabe a notar que los términos medios no se tuvieron en cuenta como regular. Como resultado se determina un promedio final de 87%

de aceptabilidad en las respuestas de las Encuesta de Satisfacción de Usuarios de la Estrategia SPP realizado por la USCO.

Tabla 14. Resultado indicador de aceptabilidad

No	ELEMENTO	INDICADOR	PROMEDIO	CALIFICACIÓN
2	ACEPTABILIDAD	Satisfacción del Usuario	87%	Aceptable

8.1.3 Primer Contacto. Quiere decir que la atención primaria debe servir como puerta de entrada principal al sistema de servicios sociales y de salud para la consulta de todos aquellos problemas nuevos de salud. Mediante esta función la APS se convierte en el fundamento del sistema de salud y, en la mayoría de los casos, en la interfase entre el sistema de servicios sociales y de salud y la población.

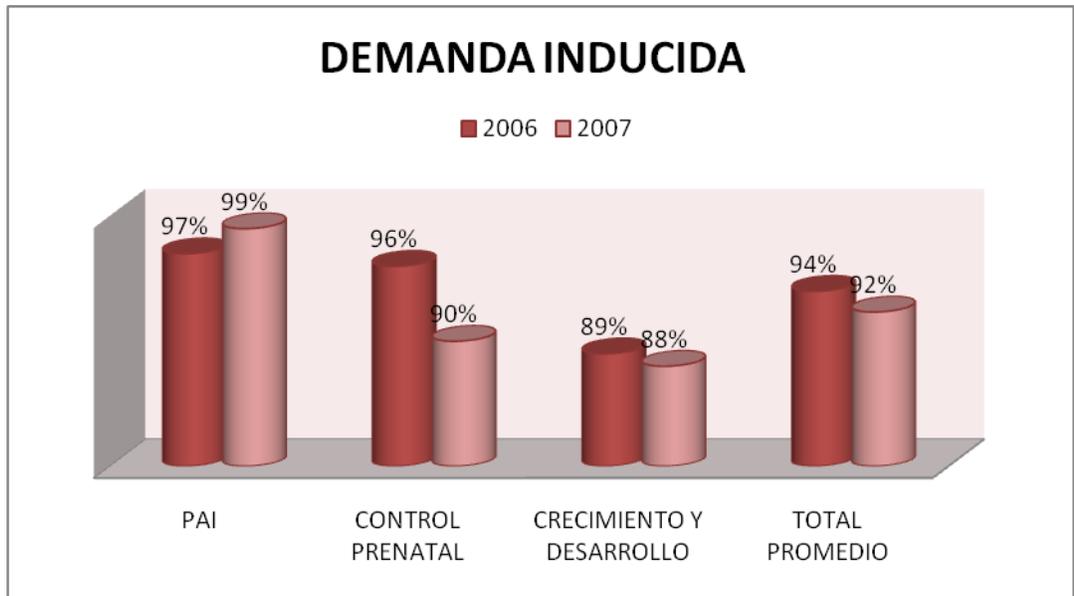
Tabla 15. Indicador primer contacto

PRIMER CONTACTO	
Demanda Inducida por programas	
1. INDICADOR	Determinar el porcentaje de demanda inducida realizada en los programas de detección temprana de alteraciones del embarazo, detección de alteraciones de crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años y PAI
A. NUMERADOR	Número de atenciones inducidas por programas
B. DENOMINADOR	Número de personas que requerían demanda inducida.
2. FACTOR MEDICION	Porcentaje. El resultado se multiplica por 100
3. ORIGEN Y FUENTE PRIMARIA	Bases de datos EPIINFO. Registros de demanda inducida
5. ESTANDAR META	SI.

ARTICULO 2. La Demanda Inducida son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.

En las actividades de PE la Atención del Parto y la Atención del Recién Nacido, el EBS, realizó la demanda inducida efectiva para que estas atenciones se realizaran de manera institucional y solamente se asistían por parte del Equipo en situaciones excepcionales de urgencia. (Ver gráfica 7).

Gráfica 7. Demanda inducida



A todas las actividades realizadas por el EBS se hizo seguimiento para garantizar sus objetivos, lo cual implica la continuidad de los controles periódicos, el conocimiento de los resultados de los exámenes de laboratorio y complementar con la conducta médica de acuerdo a los resultados, el conocimiento de los resultados de la toma de citología garantizando la continuidad de la intervención de acuerdo al reporte, etc.

Tabla 16. Resultado indicador primer contacto

No	ELEMENTO	INDICADOR	PROMEDIO	CALIFICACIÓN
3	PRIMER CONTACTO	Demanda Inducida	93%	OPTIMO

Otro factor para evaluar en el elemento primer contacto, es el seguimiento a las actividades de la demanda inducida. Este proceso no se llevo a cabo durante el desarrollo de la estrategia, soportados en la falta de continuidad limitando los momentos de intervención y consecuentemente el procedimiento de seguimiento a las actividades descritas. Por lo tanto no será tomado como variable a evaluar.

8.1.4 Integralidad. Significa que todas las partes del sistema de salud trabajan juntas para maximizar la salud. Con respecto a los individuos incluye su referencia y contrarreferencia, a lo largo de todos los niveles del sistema de salud y a otros servicios sociales, cuando se requiera. Al nivel del sistema, la atención integrada demanda información apropiada y gestión de sistemas así como de adecuados incentivos, políticas y procedimientos. La atención integrada es complementaria de la integralidad en la medida en que es un medio para asegurar que todas las necesidades de salud sean satisfechas.

La atención integral se relaciona con la inclusión de servicios de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad, en todos y cada uno de los integrantes de la familia según sus necesidades.

Régimen de referencia y contrarreferencia. Es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente el servicio de salud, al usuario, según el nivel de atención, el grado de complejidad y los recursos disponibles en los organismos de salud; con la debida oportunidad y eficacia.

Tiene como finalidad facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requiera y propender por una racional utilización de los recursos institucionales.

Referencia: Se entiende por referencia el envío del usuario o solicitudes de ayuda diagnóstica por parte de una IPS a otra, para atención o complementación diagnóstica de acuerdo con el grado de complejidad, dando respuesta a las necesidades de salud del paciente.

Contrarreferencia: Se entiende por contrarreferencia, las respuestas que las IPS receptoras de la referencia le dan a la entidad remitente. La respuesta puede ser la devolución del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente información sobre la Atención recibida, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

El proceso de seguimiento en la ejecución de la Estrategia APSEF-SPP hace referencia al acompañamiento para la continuidad de las actividades realizadas a nivel individual, familiar y comunitario, de acuerdo a lo requerido o lo pactado.

En las actividades de los programas de detección temprana y protección específica, el seguimiento implica la realización periódica de los controles necesarios de acuerdo a la norma técnica de la resolución 412 de 2000. Estas atenciones periódicas debían ser garantizadas por el EBS ya sea realizando de manera directa la atención o mediante una adecuada y efectiva demanda inducida. Igualmente, el seguimiento implica, el conocimiento de los resultados de los exámenes paraclínicos solicitados o procedimiento realizados (para el caso de

la toma de citología) para definir la conducta a seguir con el usuario de acuerdo al reporte y de igual manera si alguna de las atenciones realizadas ha generado una referencia, es responsabilidad del personal profesional o técnico que haya realizado esta referencia (médico(a), enfermero(a), higienista oral), el conocimiento de la contrarreferencia de tal forma que se pueda tener claridad del proceso de atención iniciado con el usuario por el equipo de atención primaria y evaluado en niveles superiores de atención y/o complejidad

Tabla 17. Indicador de integralidad

INTEGRALIDAD	
1. INDICADOR	Determinar el cumplimiento de atención integrada mediante la referencia y la contrarreferencia en los programas de protección específica y detección temprana.
A. NUMERADOR	Cumplimiento de las actividades de referencia y contrarreferencia en los programas PE y DE
B. DENOMINADOR	NO APLICA
2. FACTOR MEDICION	Número de personas que requerían demanda inducida.
3. ORIGEN Y FUENTE PRIMARIA	Informes de interventoría, Anexo técnico
4. ESTANDAR META	100%.

El manejo operativo de la estrategia, involucra las actividades de referencia y contrarreferencia, lo mismo que contempla todas las actividades de los programas de protección específica y detección temprana (Resolución 412 del 2000), la vigilancia de eventos de interés en salud pública y atención de consulta externa prioritaria, de acuerdo a las necesidades identificadas por el EBS a las familias pobres no aseguradas y/o nivel I y II del área rural y/o zona urbana marginal de los municipios.

Los datos documentales demuestran que se brinda atención integral demandando información apropiada y gestión de sistemas así como de adecuados incentivos, políticas y procedimientos, asegurando que todas las necesidades de salud fuesen satisfechas.

En la intervención del EBS a nivel familiar, para complementar la integralidad de la atención, se incluyó la atención médica de urgencias o de consulta externa prioritaria de acuerdo a las necesidades y eventualidades encontradas durante la intervención.

Desafortunadamente para el proceso de investigación es inaplicable determinar un valor cuantitativo de la integralidad, ya que no existen documentalmente valores correspondientes a los estados de referencia y contrarreferencia, y es claro que existieron dificultades para el seguimiento o acompañamiento para la continuidad de las actividades realizadas a nivel individual y familiar. Sin embargo, para determinar el indicador se tuvo en cuenta, mas en sentido cualitativo en cuanto a la aplicación de su estructura metodológica que comprendió los principios de integralidad y prácticamente se realizaron actividades que no aplican para la medición.

Tabla 18. Resultado indicador de integralidad

No	ELEMENTO	INDICADOR	PROMEDIO	CALIFICACIÓN
4	INTEGRALIDAD	Atención integrada	100%	OPTIMO

8.1.5 Enfoque poblacional. El enfoque poblacional significa que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva clínica o individual. Por el contrario, emplea los lentes de la salud pública para hacer uso de información comunitaria que permita valorar los riesgos y priorizar las intervenciones. La orientación hacia la población le permite a la APS organizar y proveer servicios preventivos y curativos relevantes, que toman en cuenta el contexto familiar y comunitario; y, cuando sea necesario, desarrollar acciones que fortalezcan la capacidad y habilidad de la población para cuidar de sí misma y de los miembros de su familia en forma efectiva.

Tabla 19. Enfoque poblacional

ENFOQUE POBLACIONAL	
1. INDICADOR	Enfoque con información en salud pública, prever servicios con un contexto familiar y realización de acciones comunitarias para cuidar en forma efectiva la familia y la comunidad.
A. NUMERADOR	Cumplimiento de las actividades realizadas con información en salud pública, con el enfoque familiar y comunitario.
B. DENOMINADOR	SI O NO
2. FACTOR MEDICION	Porcentaje. El resultado se multiplica por 100.
3. ORIGEN Y FUENTE PRIMARIA	Anexo Técnico
4. ESTANDAR META	100%.

La Estrategia APSEF-SPP en el Departamento del Huila tiene como característica fundamental el Enfoque de Salud Familiar, donde la familia y su entorno se constituyen en la Unidad Básica de las acciones integrales para el mantenimiento y mejoramiento de su estado de salud.

El diligenciamiento de la tarjeta SICAPS, se constituye en una herramienta fundamental que facilita el análisis de la información, el ordenamiento de los datos, obtención de indicadores predeterminados para la realización del diagnóstico comunitario, la elaboración de planes de acción familiar y veredal, la planeación y programación de actividades de protección específica y detección temprana realizados por los EBS y la elaboración de los informes mensuales.

Por último las actividades colectivas constituyen el componente de educación en salud dirigido a la comunidad, que pretende facilitar a las personas la búsqueda de alternativas de un mejor estar de vida en un continuo desarrollo. Para que este proceso se articule con el ciclo vital humano, en donde van cambiando día a día las necesidades de cada persona y de cada comunidad.

- Las variables de resultado se definen en términos efectividad de la Atención Primaria que no posee mecanismos de control que permitan observar la mejora en la salud de sus pacientes, y además es difícil aislar dicha mejora de los otros factores que contribuyen a incrementar el bienestar (edad, hábitos de vida, condiciones físicas del paciente). Por ello, se propone suponer que una buena estructura y proceso lleven a un mejor resultado que en caso contrario. En otras palabras, estimar la calidad del producto de atención primaria exclusivamente mediante el proceso y la estructura, mientras no sea posible valorarla en términos de resultados en salud.
- Por lo anterior, el parámetro para adoptar el valor del indicador analizado, no permite dar precisión cuantitativa de cada unidad a evaluar. Por lo tanto, se estimaran la observancia de los componentes del enfoque poblacional para dar el porcentaje de cumplimiento.

Tabla 20. Resultado indicador enfoque poblacional

No	ELEMENTO	INDICADOR	PROMEDIO	CALIFICACIÓN
5	ENFOQUE POBLACIONAL	<p>Información en salud pública</p> <p>Enfoque Familiar</p> <p>Enfoque Comunitario</p>	100%	OPTIMO

8.1.6 Promoción y Prevención. Un sistema de salud basado en la APS hace énfasis en la prevención y en la promoción porque estas intervenciones son costo-efectivas, éticas, empoderan a las comunidades y a los individuos para ejercer mayor control sobre su salud, y porque son esenciales para enfrentar los principales determinantes sociales de la salud. Estas intervenciones deben incluir educación en salud y consejería clínica individual, enfoques reguladores, fundamentados en políticas que mejoren los ambientes de trabajo y de vida de la población, y estrategias de promoción de la salud poblacionales que puedan llevarse a cabo con otros componentes del sistema de salud o con otros actores.

ARTICULO 3. Protección Específica. Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad. Son:

1. Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
2. Atención Preventiva en Salud Bucal.
3. Atención del Parto.
4. Atención al Recién Nacido.
5. Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres

ARTICULO 4. Detección Temprana. Es el conjunto 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. Son:

1. Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años).
2. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años).
3. Detección temprana de las alteraciones del embarazo.
4. Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años).
5. Detección temprana del cáncer de cuello uterino.
6. Detección temprana del cáncer de seno.
7. Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.

Tabla 21. Indicador promoción y prevención

PROMOCION Y PREVENCION	
1. INDICADOR	Atención a las familias pobres no aseguradas y/o niveles I y II del área rural y marginal de los municipios de acuerdo a las diferentes actividades establecidas en los programas de protección específica y detección temprana y enfermedades de interés en salud pública, con el fin de obtener coberturas útiles del 95% (resolución 412/3384).
A. NUMERADOR	Número de actividades realizadas con acciones de Protección específica (PE) y Detección Temprana (DT).
B. DENOMINADOR	Número de actividades programadas para intervención.
2. FACTOR MEDICION	Porcentaje. El resultado se multiplica por 100.
3. ORIGEN Y FUENTE PRIMARIA	Informes enviados por ESE departamental. Bases de datos SICAPS y EPI-INFO.
4. ESTANDAR META	100%.

Las coberturas se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 22. Coberturas de PE y DT

ACTIVIDADES DE PE Y DT	MUNICIPIOS	2006	2007	%
PAI	% COBERTURA BCG <1	97%	92%	95%
	% COBERTURA ANTI HB<1	60%	48%	54%
	% COBERTURA DPT <1	60%	52%	56%
	% COBERTURA VOP <1	58%	49%	54%
	% COBERTURA HMOPHIL<1	60%	51%	56%
	% COBERTURA TRIPLE VIRAL	86%	79%	83%
	% COBERTURA AMARILICA	82%	86%	84%
	% COBERTURA TD O TT	60%	54%	57%
SALUD ORAL	% COBERTURA TOTAL SALUD ORAL	66%	60%	63%
	% COBERTURA SELLANTES	65%	45%	55%
	% COBERTURA DETARTRAJE	39%	26%	33%
	COBERTURA CONTROL DE PLACA	59%	43%	51%
Atención de parto	% COBERTURA FLUOR	71%	43%	57%
	% Partos institucional	45%	31%	38%
	% Partos domiciliarios	4%	6%	3%

Atención del RN	% COBERTURA RN	25%	19%	22%
CPF	% COBERTURA CPF	57%	54%	56%
	% COBERTURA CPF 10 A 14	6%	6%	6%
C Y D ACTIVIDADES DE PE Y DT	% COBERTURA TOTAL <10	86%	81%	84%
	% COBERTURA <1	97%	89%	93%
	% COBERTURA 1 a 4	93%	90%	92%
	% COBERTURA 5 A 9	79%	72%	76%
JOVEN	% COBERTURA JOVEN	70%	59%	65%
	% COBERTURA CPN TOTAL	99%	101%	100%
CPN	Atención gestantes adolescentes <18	105%	101%	103%
	% Atención gestantes mayor 35 años	99%	91%	95%
ADULTOS	% COBERTURA ADULTO	63%	65%	64%
CCU	% COBERTURA CCU 10 A 24	47%	58%	53%
	% COBERTURA 25 A 69	75%	73%	74%
SENO	% COBERTURA SENO	57%	41%	49%
AGUDEZA VISUAL	% COBERTURA AGUDEZA VISUAL	63%	49%	56%

El promedio de todas las actividades de protección específica y detección temprana es de 62% sin embargo se realiza otra variable para medir el grado de cobertura de las actividades esenciales para el cumplimiento de los objetivos y metas fundamentales de la estrategia cuyo principio principal es la disminución de la morbi-mortalidad especialmente en las mujeres embarazadas y niños menores de un año. Es por eso que a continuación se presenta un análisis del desempeño en las coberturas de las actividades en donde se dio una mayor prioridad, para ajustarse al objetivo principal en atención integral de las gestantes, parto, posparto y puerperio, la aplicación de biológicos del Plan ampliado de Inmunización, la Atención en Planificación Familiar y la Detección de Alteraciones del menor de 10 años y Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino.

Tabla 23. Promedio actividades de protección específica y detección temprana de enfermedades

PROGRAMA	PROCEDIMIENTO	2006	2007	PROMEDIO
PAI	CONTRA (DPT)	60%	52%	56%
	CONTRA TRIPLE VIRAL	86%	79%	83%
CPF	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	57%	54%	56%
CYD	C. MEDICA	89%	83%	86%

JOVEN	CONSULTA 1º VEZ MEDICINA GENERAL	70%	59%	65%
PROGRAMA	PROCEDIMIENTO	2006	2007	PROMEDIO
CPN	CONSULTA 1A VEZ MEDICINA	99%	97%	98%
CCU	CITOLOGIA CERVICOUTERINO	61%	66%	64%

El promedio de las actividades prioritarias es de 73%. Las actividades de Planificación familiar en los rangos de 10 a 14 años no se tuvieron en cuenta, por inconvenientes de tipo cultural que no permitieron un desarrollo normal.

En el programa de Detección Temprana de Alteraciones del Embarazo se encuentra una cobertura del 90% igual que la meta establecida.

En el programa de Detección Temprana de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en menor de 10 años se encuentra una cobertura del 86% inferior a la meta establecida que es del 90%.

Para el cumplimiento de algunas coberturas se presentaron situaciones ajenas al compromiso y la voluntad de los EBS, que impidieron la ejecución de algunas actividades programadas. En el cumplimiento durante el año 2006 se considera importante para tener en cuenta la inclusión de los municipios nuevos al programa.

Es de resaltar que los EBS no se completaron en su totalidad por falta de personal médico y enfermeras, que a pesar de realizar convocatorias nacionales y publicidad por diferentes medios escritos, no se logró el objetivo de tener el Recurso Humano requerido, convirtiéndose en un factor determinante para no lograr las coberturas de atención que están directamente relacionadas con el personal ausente.

Salud oral:

- Municipios con fuentes hídricas para el consumo de agua con alto contenido de flúor.
- Menores con índices de fluorosis
- Dificultad que representa en las zonas intervenidas realizar actividades por concentración, debido a la labor agrícola y del hogar del habitante rural.
- En algunos municipios por la falta de personal técnico. (Higienistas)

- Existen limitantes en el sistema de información para identificar la población, se utilizan los datos reportados por los municipios.

Planificación familiar:

- En el rango de edad de 10 a 14 años la mayoría de la población no ha iniciado vida sexual activa.
- Condiciones de tipo cultural y religioso para los dos rangos

PAI:

- Poca colaboración desde los encargados del PAI en las ESE-UAE del primer nivel.
- En algunos municipios no se les permitió a los EBS de la Estrategia aplicar los biológicos, se les indicó la realización de la demanda inducida.

Detección de Cáncer Cervicouterino

- Se reportan bajas coberturas debido a que la población de 10 a 24 años no ha iniciado vida sexual activa.

Atención del parto y Atención del recién nacido.

- La información relacionada ha tenido deficiencia de reporte por los municipios y regionales por tal razón las coberturas presentadas no son las más óptimas. Aunque la atención de partos no es una actividad propia de los EBS, estos deben reportarse como parte del seguimiento y control que ellos realizan a las gestantes.

A nivel departamental el programa de cobertura óptima, en coherencia con los consolidados regionales, es el programa de *detección temprana de alteraciones del embarazo* y la segunda mejor cobertura se observa en el *programa de detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años* que alcanza el 86%, acordes con los principales objetivos de la Estrategia como son los de contribuir a disminuir la mortalidad materna-perinatal e infantil a nivel departamental.

Una de las principales dificultades presentadas para alcanzar coberturas más adecuadas son la constante movilización de la población joven de la zona rural (desplazamientos entre veredas o fincas por la época de cosecha), el constante cambio y la falta de personal en los EBS de los municipios y para las regionales que acogieron nuevos municipios a partir de septiembre, la falta de tiempo para la realización de las actividades.

En cifras absolutas los 85 EBS del departamento realizaron 69404 atenciones en los programas de detección temprana, 73658 atenciones en salud bucal, 4863 atenciones en planificación familiar y se aplicaron 2992 vacunas.

Como resultado esencial para destacar es la no presencia de muertes maternas en las Zonas Básicas de Salud de los municipios que implementan la Estrategia, se incrementó el parto institucional del 59,04% (fuente bases SICAPS) al 93% (fuente Interventoría USCO 2007).

Tabla 24. Indicadores en mortalidad materna

DEPARTAMENTO	Razón x 100.000 NV				
	2003	2004	2005	2006	2007
	87,5	64,6	38,3	42,1	47,9

Fuente: Estadísticas Vitales DANE. Secretaría de Salud Departamental – SIVIGILA

Se observa una reducción significativa de este indicador en el último cuatrienio alcanzando un 47,9 x 100.000 con una reducción del 45,3%.

Tabla 25. Indicadores en mortalidad infantil

TOTAL DEPARTAMENTO RURAL DISPERSO	Razón x 1.000 NV				
	2003	2004	2005	2006	2007
	16,5	12,6	15,5	12,5	6,2
	16,8	11,1	15,6	10,5	SD

Tabla 26. Indicadores de mortalidad infantil en zonas básicas de salud

DEPARTAMENTO	Razón x 1000 NV	
	2005	2006
	2,6	2,4

Se observa una reducción de este indicador en el último cuatrienio alcanzando a septiembre de 2007 una razón de 6,6 x 1.000 NV.

Por otra parte los indicadores de mortalidad infantil en las EBS intervenidas por los EBS de la Estrategia SPP son significativamente menores a los indicadores departamentales y de la zona rural dispersa, pudiendo concluir que se ha contribuido a la disminución de la mortalidad infantil.

Tabla 27. Resultado indicador promoción y prevención

No	ELEMENTO	INDICADOR	PROMEDIO	CALIFICACIÓN
6	Promoción y Prevención	Coberturas de los programas	62%	DEFICIENTE
		Coberturas Programas Prioritarios	73%	

8.1.7 Atención apropiada y efectiva. Son dos componentes de un mismo principio que buscan asegurar que la atención que se provee se justifique en términos de los beneficios que se espera produzca en la salud de la población. Que la atención sea apropiada significa que el sistema de salud basado en la APS no esté orientado al órgano o a la enfermedad. En lugar de ello, debe enfocarse a la persona como un todo y a sus necesidades sociales y de salud, a la proyección de respuestas a la comunidad local y a su entorno, al tiempo que garantiza que la gente no sufra daños o perjuicios de ningún tipo. **La efectividad** es una guía que ayuda a que la selección de las estrategias de prevención y curación se haga maximizando el impacto que pueda lograrse con los recursos disponibles. Requiere que toda la atención se provea basada en la mejor evidencia disponible y que la asignación de los esfuerzos sea sopesada con relación a consideraciones de eficiencia y equidad.

Tabla 28. Indicador atención apropiada y efectiva

ATENCIÓN APROPIADA Y EFECTIVA	
1. INDICADOR	Enfoque de la salud donde la persona es un todo y a su entorno y que las actividades se haga maximizando el impacto con los recursos disponibles.
A. NUMERADOR	Enfoque apropiado y actividades efectivas.
B. DENOMINADOR	No aplica
3. ORIGEN Y FUENTE PRIMARIA	Informes de interventoría.
4. ESTANDAR META	SI NO 100%

En los países europeos, en particular, las evidencias disponibles sugieren que los sistemas de salud basados en la APS también pueden favorecer la eficiencia y la efectividad. Los estudios sobre hospitalización por “condiciones susceptibles de atención ambulatoria” – condiciones que han sido tratadas en los hospitales y que habrían podido ser resueltas en la atención primaria – muestran que los sistemas de APS, que aseguran acceso y primer contacto, pueden mejorar los resultados de salud y beneficiar a otros niveles del sistema de salud. Como se evidencia en el cumplimiento de las funciones prioritarias e la Estrategia de APS Salud Puerta a Puerta.

También es indiscutible que se reduce las tasas globales de ocupación de los hospitales para condiciones tales como angina de pecho, neumonía, infecciones del tracto urinario, enfermedad obstructiva crónica pulmonar, paro cardíaco e infecciones de los oídos, de la nariz y de la garganta, entre otras. Para la mayoría de las necesidades de atención de salud, los individuos que tienen una fuente regular de atención primaria en el tiempo, comparados con aquellos que no la tienen, han mostrado mejoría en la satisfacción, mejor adhesión, muy pocas hospitalizaciones y menor uso de cuartos de emergencia

Durante los procesos de proyección financiera de la Estrategia en el Departamento del Huila se garantizó el cumplimiento del objeto de las metas propuestas, respondiendo a los principios de eficiencia y equidad. Por tal razón, el indicador se promediara al máximo a expensas de que la investigación no incluya la evaluación financiera de la estrategia.

Tabla 29. Resultado indicador de atención apropiada

No	ELEMENTO	INDICADOR	PROMEDIO	CALIFICACIÓN
7	Atención Apropiada	Apropiada Efectiva	100%	ÓPTIMO

Recursos humanos apropiados. Quienes proveen los servicios, a los trabajadores comunitarios, a los gerentes y al personal administrativo, deben tener una combinación correcta de habilidades y conocimientos, observar los estándares éticos y tratar a todas las personas con dignidad y respeto. Lograr la disponibilidad de este tipo de recurso humano demanda planeación estratégica e inversión de largo plazo en capacitación, empleo, formas de retención del personal y en la elevación y fortalecimiento de los conocimientos y de las habilidades de que disponen los trabajadores de la salud.

Tabla 30. Recursos humanos apropiados - Evaluación de los responsables del sistema de información

RECURSOS HUMANOS APROPIADOS EVALUACIÓN DE LOS RESPONSABLES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN	
1. INDICADOR	Valor dado a la evaluación del personal responsable de la calidad en los registros de los sistemas de información SICAPS y Epi Info
A. NUMERADOR	Valor promedio de las calificaciones
B. DENOMINADOR	No de Evaluaciones realizadas
2. FACTOR MEDICION	Porcentaje. El resultado se multiplica por 100.
3. ORIGEN Y FUENTE PRIMARIA	Informe de interventoría
4. ESTANDAR META	100%.

La evaluación a los coordinadores con respecto al manejo de los sistemas de información se realizó por solicitud de la consultoría de la secretaría de salud departamental para lo cual fue diseñado un formato de evaluación que valora de forma general las aptitudes de los coordinadores frente al manejo de los sistemas de información, los resultados de la misma se encuentran en la tabla 32 en la descripción del proceso de evaluación

Es importante tener en cuenta que la calidad de la información dependen de los conocimientos claros del manejo correspondiente.

Tabla 31. Evaluación SICAPS

EVALUACION SICAPS	
NORTE	91
CENTRO	95
OCCIDENTE	89
SUR	95
TOTAL	92,5

Los datos presentados corresponden a información del 2006, durante el periodo 2007 no se realizó la evaluación al personal ni era obligación contractual de la

interventoría para realizarlo, por lo tanto, solo se tendrá en cuenta para la evaluación los datos del primer periodo.

Equipo extramural y Equipo Básico de Salud (EBS). El equipo extramural e interdisciplinario para la implementación de la Estrategia APSEF-SPP es el encargado de ejecutar las actividades a nivel municipal en la zona seleccionada para intervención. Los EBS se conformaron de la siguiente manera:

EQUIPO EXTRAMURAL E INTERDISCIPLINARIO

- 1 Coordinador Municipal
- 1 Digitador
- 1 Medico
- 1 Enfermero
- 1 Auxiliar de Enfermería
- 1 Higienista Oral
- 3 Agentes Comunitarios

La distribución del número de EBSs por regional y municipios es la siguiente:

Tabla 32. Distribución de EBSs regional

REGIONAL	No EBS
CENTRO	17
NORTE	35
OCCIDENTE	11
SUR	22
TOTAL	85

Tabla 33. Indicador de recursos humanos apropiados

RECURSOS HUMANOS APROPIADOS Conformación de EBS	
1. INDICADOR	Conformación de los equipos extramurales integrados cada uno por 1 medico, 1 enfermera, 1 auxiliar de enfermería, 1 higienista oral y 3 agentes comunitarios.
A. NUMERADOR	Número de equipos básicos de salud (EBS) conformados completamente.

B. DENOMINADOR	Número de equipos básicos de salud asignados.
2. FACTOR MEDICION	Porcentaje. El resultado se multiplica por 100.
3. ORIGEN Y FUENTE PRIMARIA	IPS municipal-coordinación municipal. Informe enviado a ESE departamental. Relación de nómina y contratos de personal.
4. ESTANDAR META	100% ÓPTIMO.

Tabla 34. Conformación equipos básicos en salud

CONFORMACION DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD				
MUNICIPIO	No EBS	2006	2007	%
NORTE	35	74%	57%	66%
CENTRO	17	71%	59%	65%
OCCIDENTE	11	64%	82%	73%
SUR	22	59%	68%	64%
TOTAL	85	67%	67%	67%

El cumplimiento de las metas establecidas durante el desarrollo de la estrategia se afectó por la falta de profesionales, especialmente médicos, enfermeras e higienistas orales. La regularidad de la permanencia del personal en la Estrategia fue de aproximadamente un 80% del tiempo de ejecución.

Tabla 35. Resultado indicador de recursos humanos apropiados

No	ELEMENTO	INDICADOR	PROMEDIO	CALIFICACIÓN
8	RECURSOS HUMANOS APROPIADOS	Evaluación en sistema de Información	93%	ACEPTABLE
		Conformación de los EBS	67%	

8.1.8 Integración con las FESP. Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) se integra con otros aspectos del sistema de salud, también se enlaza con las estrategias y programas de promoción de la salud. Al vincularse con las FESP, la APS es informada por las acciones de vigilancia epidemiológica,

investigación y evaluación, garantía de calidad y por otras actividades de desarrollo institucional a lo largo del sistema de salud.

La vigilancia de las Enfermedades de Interés en Salud Pública para la Estrategia se ajusto a la normatividad del CNSSS en el acuerdo 117 de 1998, el cual define a las siguientes condiciones patológicas como objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables:

- Bajo peso al nacer
- Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad)
- Infección Respiratoria Aguda (menores de cinco años)
Alta: Otitis media, Faringitis estreptocócica, laringotraqueitis.
Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía.
- Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera
- Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar
- Meningitis Meningocócica
- Asma Bronquial
- Síndrome convulsivo
- Fiebre reumática
- Vicios de refracción, Estrabismo, Cataratas.
- Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica, Sífilis, VIH)
- Hipertensión arterial
- Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo
- Menor y Mujer Maltratados
- Diabetes Juvenil y del Adulto
- Lesiones preneoplasicas de cuello uterino
- Lepra
- Malaria
- Dengue
- Leishmaniasis cutánea y visceral
- Fiebre Amarilla

Tabla 36. Indicador de integración con las FESP

INTEGRACIÓN CON LAS FESP	
1. INDICADOR	Realización Vigilancia epidemiológica de las enfermedades de interés en salud pública
A. NUMERADOR	Registro mensual de enfermedades de interés en salud pública. Capacitación en COVECOM e implementación y operativización de COVECOM
B. DENOMINADOR	Numero de veredas Intervenidas
2. FACTOR MEDICION	PORCENTUAL
3. ORIGEN Y FUENTE PRIMARIA	Informes de interventoría.
5. ESTANDAR META	100.

Dentro de la obligación contractual las actividades a realizar en la variable vigilancia epidemiológica comprendía lo siguiente: Realizar vigilancia epidemiológica de las enfermedades de interés en salud pública, en los municipios e implementar y operativizar los COVECOM en las veredas intervenidas. Incluye capacitación en vigilancia de eventos en salud pública. Anexar listado de asistencia, horas y relación de temas.

Los equipo extramurales reportaron copiosamente, los casos identificados, integrando el manejo de la información con la ESE o UAE local, así como los resultados de la búsqueda de sintomáticos respiratorios, de piel y de sistema nervioso periférico.

Todos los municipios del departamento realizaron el reporte de las enfermedades de interés en salud pública y de los indicadores centinela, tomando como referencia los datos suministrados por la ESE o UAE municipal y reportando los casos correspondientes a cada una de las respectivas zonas intervenidas notificando el 100% de los casos presentados. Se realizo por parte del EBS la inscripción a los programas de control de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, etc.) a cargo de la ESE o UAE local.

Sin embargo, los valores resultantes del indicador demostraron las falencias que se presentaron en las capacitaciones en vigilancia de eventos de salud pública a la comunidad y la implementación y operativización de los COVECOM. En la mayoría de los casos no obedeció a incumplimiento de los EBS, si no, a las fallas operativas y técnicas del programa como la poca participación de la comunidad a

las actividades de participación comunitaria, a la dificultad de acceso a ciertos territorios, no contar con el servicio de transporte entre otros.

Tabla 37. Porcentaje de cumplimiento de Integración con las FESP

	2006	2007	TOTAL
OCCIDENTE	94%	95%	95%
CENTRO	99%	57%	78%
NORTE	59%	60%	60%
SUR	78%	57%	68%
TOTAL	83%	67%	75%

Tabla 38. Resultado indicador de integración con las FESP

No	ELEMENTO	INDICADOR	PROMEDIO	CALIFICACIÓN
8	INTEGRACION CON LAS FESP	Registro ESP Capacitación implementación y operativización	75%	DEFICIENTE

8.1.9 Intersectorialidad. *Acciones intersectoriales* se necesitan para tratar con los determinantes fundamentales de la salud de la población y para crear relaciones sinérgicas con otros actores y sectores. El grado en el cual estas acciones sean implementadas sólo por el sistema de salud o en compañía de otros factores dependerá de las características del estado de desarrollo de cada país (y de sus comunidades) y de las ventajas comparativas de cada uno de los actores y de los sectores involucrados.

Se define la intersectorialidad como la participación no sólo del sector sanitario sino también de los otros actores del desarrollo social necesarios para garantizar un mejoramiento de las condiciones de vida de la población y por ende de la situación de salud, acorde con un enfoque holístico de la salud.

Para propiciar la intersectorialidad en el desarrollo de la Estrategia se conto con el espacio de las reuniones de concertación con los diferentes actores del desarrollo de la comunidad, realizadas de forma bimensual lideradas por el gerente de la ESE o UAE local con el apoyo de la coordinación municipal de la Estrategia.

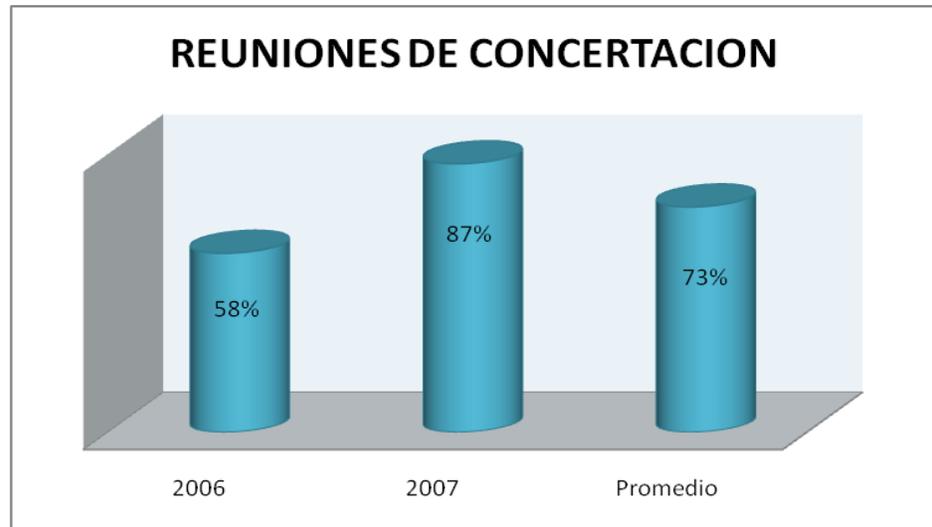
Para procurar los mejores resultados de estas reuniones se recomendó:

- ✓ Amplia socialización de los objetivos, actividades y resultados de la Estrategia.
- ✓ Convocatoria a las reuniones donde se describan las temáticas a tratar y donde se resalte la importancia de la participación de cada uno de los diferentes invitados para el planteamiento de soluciones de los problemas de las comunidades intervenidas.
- ✓ Involucrar a los diferentes actores del desarrollo social en la toma de decisiones de las problemáticas identificadas.
- ✓ Socializar el diagnóstico comunitario de las veredas intervenidas con la propuesta del plan de acción.
- ✓ Socializar no sólo problemáticas sino también logros, aciertos y beneficios alcanzados para la comunidad en el desarrollo de la Estrategia.
- ✓ Invitar a las reuniones a los líderes de las comunidades intervenidas (presidentes de juntas de acción comunal, madres comunitarias, etc.).
- ✓ Disposición de colaboración con los diferentes proyectos que se lleven a cabo en el municipio y a los cuales sea invitado a participar el equipo extramural.

Tabla 39. Indicador de intersectorialidad

INTERSECTORIALIDAD Reuniones de Concertación	
1. INDICADOR	Reunión de concertación bimensual liderada por el Gerente de la institución y con el apoyo de la coordinación de la Estrategia de Salud Puerta a Puerta de cada municipio con los diferentes actores del SGSSS en los Municipios beneficiados para articular todas las acciones que permitan garantizar la integralidad de la estrategia.
A. NUMERADOR	Número de reuniones realizadas al año.
B. DENOMINADOR	Número de reuniones programadas en el año.
2. FACTOR MEDICION	Porcentaje. El resultado se multiplica por 100.
3. ORIGEN Y FUENTE PRIMARIA	Informe enviado a ESE departamental. Bases de datos SICAPS.
5. ESTANDAR META	100%.

Gráfica 8. Porcentaje cumplimiento reuniones de concertación



Las reuniones de concertación fueron los espacios planificados para concertar a nivel municipal con: Alcaldía, Curia, Policía Nacional, Registraduría, Personería, Educación, I.C.B.F., A.R.S., EPS, ONGs y la Comunidad, las acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población intervenida. Las acciones provenían de los planes de acción veredal, resultado del análisis del diagnóstico comunitario de la vereda tomando los aspectos sociodemográficos y de saneamiento básico más críticos.

La formulación de los planes de acción veredal; contaron con la participación de la comunidad y sus líderes, una vez expuesto; las necesidades derivadas del diagnóstico comunitario y llevado a las reuniones de concertación para formular compromisos entorno a soluciones de las problemáticas identificadas, uno de los objetivos ante los compromisos adquiridos en las reuniones era realizar el seguimiento para evaluar y verificar su avance y cumplimiento, de acuerdo a la periodicidad definida en las reuniones de concertación.

Los temas tratados como problemática se encuentran a continuación:

1. Personas sin seguridad social
2. Personas sin identificación
3. Analfabetismo y/o baja asistencia escolar de los niños y adolescentes.
4. Condiciones de saneamiento básico deficientes en infraestructura de viviendas y en servicios públicos.
5. Desnutrición infantil
6. Violencia intrafamiliar
7. Animales sin vacunar

8. Otros problemas identificados que no están incluidos en la información del censo SICAPS (por ejemplo, riesgos de deslizamientos, contaminación de fuentes hídricas, etc.).

El plan de acción y mejoramiento familiar es el conjunto de acciones a seguir, concertadas con la familia, para modificar los factores de riesgo o para implementar las medidas necesarias para corregir una situación identificada como adversa.

Los factores de riesgo familiar se enlistan a continuación:

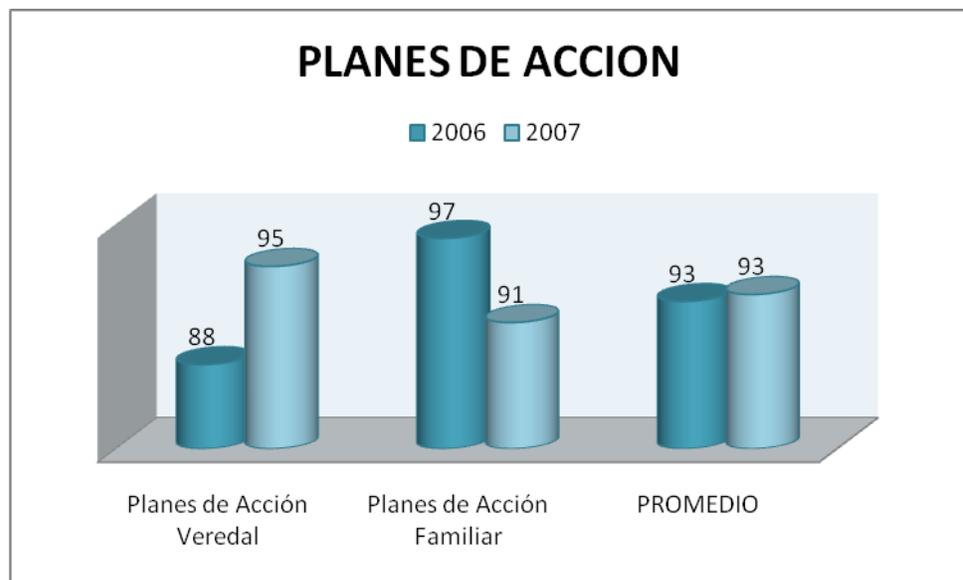
1. Personas sin Identificación
2. Personas sin participación al SGSSS
3. Medio Inadecuado de Excretas
4. Hacinamiento crítico
5. Animales sin vacunar dentro de la vivienda
6. No tratamiento casero del agua
7. Humo dentro de la vivienda
8. Alumbrado (Vela, Petróleo)
9. Iluminación y ventilación inadecuada
10. Presencia de Roedores
11. Reservorios de Agua
12. Niño sin C y D
13. Menor de 5 años con Esquema PAI incompleto
14. Menor de 5 años con Desnutrición
15. Mujer embarazada sin control prenatal
16. Persona con enfermedad crónica sin tratamiento
17. Niño menor con IRA
18. Niño menor con EDA
19. Menor de 14 años víctima Maltrato
20. Consumo de bebidas alcohólicas, psicoactivas, tabaco

Se estableció implementar como mínimo el 10% de las familias de la vereda.

Tabla 40. Indicador planes de acción veredal y familiar

INTERSECTORIALIDAD Planes de Acción Veredal y Familiar	
1. INDICADOR	Plan de acción por cada vereda o familia teniendo en cuenta las diferentes acciones a realizar según las diferentes disciplinas de salud.
A. NUMERADOR	Número de planes de acción veredal o familiar realizadas
B. DENOMINADOR	Número de veredas o familias diagnosticadas.
2. FACTOR MEDICION	Porcentaje. El resultado se multiplica por 100.
3. ORIGEN Y FUENTE PRIMARIA	Informe enviado a ESE departamental. Bases de datos SICAPS.
5. ESTANDAR META	100%.

Gráfica 9. Planes de acción



Los planes de acción veredal se apoyan en el diagnóstico comunitario para identificar las necesidades y problemas en las comunidades intervenidas, los cuales son socializadas en las reuniones de concertación con los diferentes actores del sistema con el fin de generar acciones intersectoriales que den alternativas de solución.

El grado en el cual las acciones fueron implementadas no era obligación contractual de las EBS su responsabilidad era generar inquietudes en las

reuniones de concertación para que desde allí se dieran soluciones con el equipo participante tomadores de decisión para las soluciones a las necesidades.

Hay que decir que la ejecución de estos planes de acción no fue integral debido a la poca participación de los diversos actores y fuerzas cívicas de los municipios aún cuando se realizaba la convocatoria por los equipos básicos de salud en cada uno de estos municipios.

- Mediante el trabajo intersectorial se ha logrado:
 - ✓ Identificación de población vulnerable (gestantes y menores de un año) para gestionar afiliación al régimen subsidiado.
 - ✓ Jornadas de las registradurías municipales para la generación de documentos de identificación en indocumentados.
 - ✓ Jornadas de vacunación canina y felina.
 - ✓ Inscripción en proyectos municipales de mejoramiento de vivienda para familias caracterizadas con viviendas improvisadas.
 - ✓ Articulación con el programa de Salud Mental para la intervención de casos identificados de violencia intrafamiliar.
 - ✓ Articulación con la coordinación del PAB municipal en actividades de participación comunitaria.

Tabla 41. Resultado indicador intersectorialidad

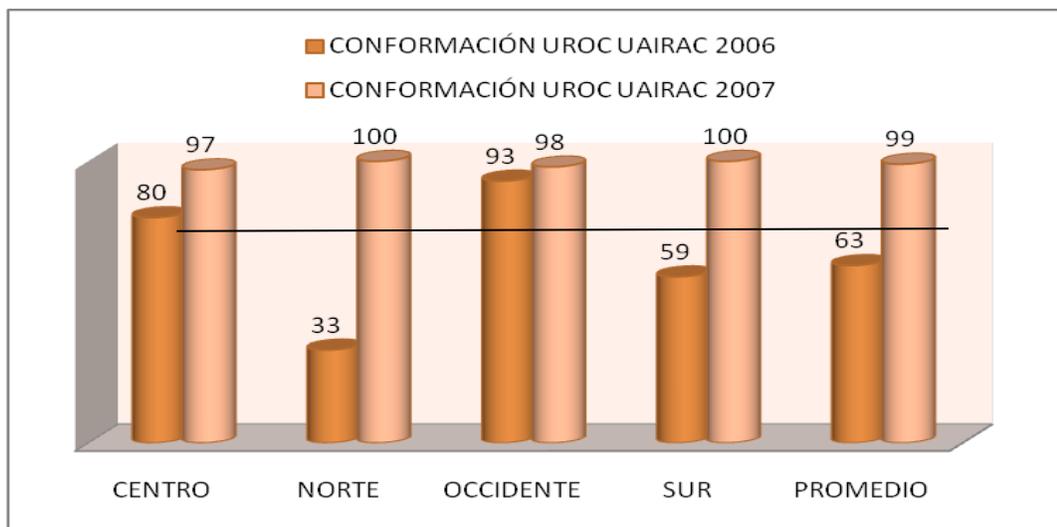
No	ELEMENTO	INDICADOR	PROMEDIO	TOTAL	CALIFICACIÓN
9	INTERSECTORIALIDAD	Reuniones de Concertación	73%	86%	ACEPTABLE
		Planes de acción familiar	93%		
		Planes de acción veredal	93%		

8.1.10 Mecanismos de participación activa. *Mecanismos de participación activa* que garanticen transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles, que estimulen la capacidad y habilidad de las comunidades y de los individuos para comprometerse con el autocuidado de la salud, y que desarrollen las condiciones necesarias para promover estilos de vida saludables.

Tabla 42. Indicador mecanismos de participación activa UROC y UAIRAC

MECANISMOS DE PARTICIPACION ACTIVA UROC Y UAIRAC	
1. INDICADOR	Conformar 1 UROC y UAIRAC en cada una de las veredas intervenidas en las diferentes zonas.
A. NUMERADOR	Número UROCS Y UAIRAS conformadas.
B. DENOMINADOR	Número de veredas diagnosticadas.
2. FACTOR MEDICION	Porcentaje. El resultado se multiplica por 100.
3. ORIGEN Y FUENTE PRIMARIA	Informe enviado a ESE departamental. Bases de datos SICAPS.
5. ESTANDAR META	100%.

Gráfica 10. Conformación de UROCS – UAIRAC

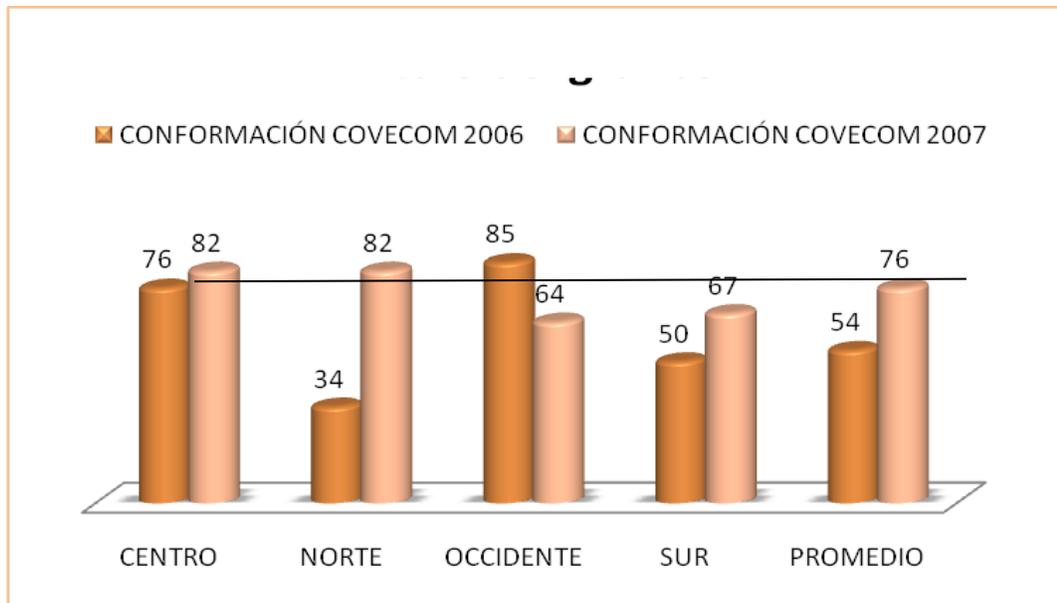


El cumplimiento en la conformación de las unidades de rehidratación oral y de las infecciones respiratorias agudas fue en el período 2006 fue bajo con respecto al 2007, sin embargo se presenta un valor promedio de 81% entre los dos períodos, reflejados. Las regionales de occidente y centro fueron las de mejor comportamiento.

Tabla 43. Indicador mecanismos de participación activa COVECOM

MECANISMOS DE PARTICIPACION ACTIVA COVECOM	
1. INDICADOR	Conformar 1 Comité de Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades de interés en salud pública, en las Veredas intervenidas.
A. NUMERADOR	Número de COVECOM conformados.
B. DENOMINADOR	Número de veredas diagnosticadas.
2. FACTOR MEDICION	Porcentaje. El resultado se multiplica por 100.
3. ORIGEN Y FUENTE PRIMARIA	Informe enviado a ESE departamental. Bases de datos SICAPS.
5. ESTANDAR META	100%.

Gráfica 11. Conformación COVECOM 2006 – 2007



Con respecto a la conformación de los Comités De Vigilancia Epidemiológica Comunitaria COVECOM solamente se registra los valores correspondientes a la conformación de los Comités, puesto que en el indicador de la Integración con las FESP, se evaluó junto con otros componentes relacionados con la vigilancia epidemiológica; En esta variable evaluamos los mecanismos de participación activa para lo cual se considero relevante cuantificar los valores.

En la grafica 11 se observa que la regional Occidente y Centro son las que más han conformado, y en menor proporción la regional norte y sur. A pesar de que el comportamiento por período se puede presentar en aumento a excepción de la regional occidente que disminuyó las actividades.

El cumplimiento en la conformación COVECOM a nivel departamental alcanzó un cumplimiento del 65%.

Tabla 44. Indicador mecanismos de participación activa IIAMI y AIEPI

MECANISMOS DE PARTICIPACION ACTIVA IIAMI Y AIEPI	
1. INDICADOR	Implementación de la estrategia de AIEPI COMUNITARIO,– dirigida a los agentes comunitarios, lideres, madres comunitarias, cuidadores de niños, hogares de bienestar, de diferentes veredas de los municipios, población en general.
A. NUMERADOR	Número de Estrategias IIAMI Y AIEPI implementadas.
B. DENOMINADOR	Número de veredas diagnosticadas.
2. FACTOR MEDICION	Porcentaje. El resultado se multiplica por 100.
3. ORIGEN Y FUENTE PRIMARIA	Informe enviado a ESE departamental. Bases de datos SICAPS.
5. ESTANDAR META	100%.

Tabla 45. Programas de participación activa

PROGRAMA	2006	2007	TOTAL
UROC UAIRAC	63	99	81
IAMI AIEPI	69	85	77
COVECOM	54	76	65

Tabla 46. Resultado indicador de participación activa

No	ELEMENTO	INDICADOR	PROMEDIO	TOTAL	CALIFICACIÓN
9	PARTICIPACION ACTIVA	UROC UAIRAC	81%	77%	DEFICIENTE
		IAMI AIEPI	77%		
		COVECOM	65%		

Tabla 47. Calificación indicadores

No	ELEMENTO	INDICADOR	%	CALIFICACION
1	Accesibilidad	Coberturas Veredal	98%	OPTIMO
		Coberturas Familiar		
		Cobertura Poblacional		
2	Aceptabilidad	Satisfacción del usuario	87%	ACEPTABLE
3	Primer Contacto	Demanda Inducida por Programas	93%	OPTIMO
4	Integralidad	Atención integral	100%	OPTIMO
5	Enfoque poblacional	Información en Salud Publica	100%	OPTIMO
		Enfoque Familiar		
		Enfoque Comunitario		
6	Promoción y prevención	Coberturas programas	68%	DEFICIENTE
7	Atención Apropriada	Efectividad	100%	OPTIMO
8	Recursos Humanos apropiados	Aprestamiento	80%	ACEPTABLE
		Evaluación en Sistemas de Información		
		Conformación		
9	Integración FESP	Registro ESP Capacitación implementación y operativización	75%	DEFICIENTE
10	Intersectorialidad	Reuniones de Concertación	86%	ACEPTABLE
		Planes de Acción Familiar		
		Planes de Acción Veredal		
11	Mecanismo de Participación Activa	UROC Y UAIRAC	77%	DEFICIENTE
		COVECOM		
		IIAMI Y AIEPI		
	TOTAL		88%	ACEPTABLE

La evaluación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar en el Departamento del Huila "Salud Puerta a Puerta" durante los periodos 2006 y 2007, según la investigación nos arroja un porcentaje promedio de 88% lo que corresponde a una calificación de ACEPTABLE, demostrando grandes debilidades en variables como la Promoción y la Prevención y en los mecanismos de participación activa, elementos relevantes de la Atención Primaria en Salud, igualmente, se presentan en condiciones aceptables las variables de aceptabilidad, recursos humanos apropiados y la intersectorialidad.

Las variables calificadas como optimo son accesibilidad, demanda inducida, integralidad, primer contacto, enfoque poblacional atención apropiada e integración FESP, todas excepto accesibilidad y primer contacto fueron evaluadas

cualitativamente ya que para el proceso de investigación es inaplicable determinar un valor cuantitativo, y no existen documentalmente los valores correspondientes. Para determinar el indicador se tuvo en cuenta, mas en sentido cualitativo en cuanto a la aplicación de la estructura metodológica que comprendió los principios de cada variable.

9. LECCIONES APRENDIDAS

9.1 ACCESIBILIDAD

- El modelo de Atención Primaria en Salud inicio en el año 1978 mediante la Declaración de Alma Ata, se adopto a nivel mundial con el fin de lograr mejoras en el ámbito de la salud, sobre todo en lo que atañe a las poblaciones más desfavorecidas, como resultado la situación sanitaria a nivel de países cambio considerablemente. Fue renovado por la Asamblea de la Salud (1998), en donde se reafirmó el propósito de asegurar la disponibilidad de los elementos esenciales de la atención primaria de salud definidos en la Declaración de Alma-Ata y desarrollados en la política de salud para todos en el siglo XXI., surgieron tendencias hacia modelos de atención más integrados y un mayor pluralismo en la financiación y organización de los sistemas de salud. Los gobiernos siguen redefiniendo sus funciones y responsabilidades en relación con la salud de la población y la organización y prestación de la atención de salud, como es el caso de Cuba que lleva mas de 40 anos de su aplicación y aun entraña cambios en el contexto en que se enmarcan la elaboración y puesta en práctica la política sanitaria.

Para el Departamento del Huila es trascendental haber tomado la decisión aun después de 30 anos de su adopción, logrado a través de la visita al hogar y a la comunidad en las zonas más distantes y vulnerables de la geografía Departamental, un efecto positivo sobre la salud de los huilenses.

- Indudablemente la estrategia de APS con enfoque familiar SPP ha brindado a las comunidades rurales la posibilidad de acceder a servicios de salud de calidad y recibir el acompañamiento permanente y activo de un equipo multidisciplinario de salud, lo cual ha generado un ambiente favorable para impulsar el desarrollo comunitario a través de la salud como eje central, es un instrumento, un proceso social más que articula y fortalece la Política Departamental. Incluso ha llegado a zonas de difícil acceso en donde no hay cubrimiento con ningún sistema de salud (Promotoras, brigadas, Campanas, salidas rurales, entre otros);
- En el desarrollo de la Estrategia se determinaron estadísticamente datos de indicadores específicos provenientes del Sistema de Información SICAPS, determinantes de los mayores flagelos del departamento como son, La Pobreza y la Violencia.

- La incidencia de pobreza para el año 2007 en el Departamento alcanzó una disminución de 20 puntos porcentuales llegando a 54,9% teniendo en cuenta que en la zona rural se concentra la población más pobre (65%), que en las zonas urbanas (35%), entre muchas acciones del gobierno departamental para superar los objetivos, las inversiones en la Estrategia en Atención Primaria en Salud se consideró como causal influyente.
- Se justificó claramente la necesidad de la implementación de una Estrategia de APS en el departamento que cuenta con una población rural de un 41% y donde se concentra un porcentaje mayoritario de patologías prioritarias para la salud pública.
- Definitivamente la política de seguridad social fue factor determinante del buen desarrollo de la estrategia, a pesar de contar con espacios de difícil desplazamiento a las zonas a intervenir como los periodos electorales; El orden público permitió la accesibilidad de los Equipos de profesionales a todo el territorio departamental.

9.2 ACEPTABILIDAD

- “Salud Puerta a Puerta” ha permitido empezar a tender lazos más fuertes entre la comunidad (resultante del indicador de aceptabilidad de 87%) y las distintas IPS de los municipios no solo para lograr coberturas satisfactorias en las actividades de Promoción y Prevención sino también en la generación de una conciencia del auto- cuidado y la educación como pilares fundamentales del bienestar social y familiar, modificando el paradigma frente a los servicios de salud orientados en la atención curativa.
- Se identificaron algunos factores determinantes en el grado de aceptabilidad de las comunidades a la estrategia que se reflejan a continuación.
 - ✓ Cultura y religión: Determinó la aceptación o no de algunos procedimientos, como por ejemplo la aplicación de biológicos, los procedimientos de planificación familiar por creencias religiosas, confianza hacia alternativas caseras aplicadas por las mismas personas o por personas curanderas sin título y las prácticas que estos últimos realizan.
 - ✓ Grado de educación, como el desconocimiento en los conceptos de carácter curativo a preventivo.
 - ✓ Experiencias negativas anteriores como fallas en la atención, incumplimiento de los compromisos adquiridos en la atención o en la solución a la problemática social de las comunidades o cumplimiento parcial de dichos compromisos.

- ✓ Características ocupacionales propias de la región como cosechas de productos agrícolas de café que generan desplazamientos de campesinos adultos jóvenes o niños de ambos sexos a zonas aledañas, convirtiéndose en parte importante de fuente de ingresos para las familias campesinas.
- La continuidad del programa que se vio interrumpida en los primeros meses del año, afectó el grado de aceptabilidad pues se generaron unos compromisos que no se cumplieron, causando falta de credibilidad en la estrategia.

9.3 PRIMER CONTACTO

- La programación de actividades se realizan bajo el principio de la planificación mediante un plan de acción veredal y familiar que determina un mecanismo de previsión en la atención como ningún otro programa asistencial en salud rural.
- Las características de la población permite alta rotación de la comunidad rural, bien sea por desplazamientos forzosos o por razones laborales en donde el territorio departamental predominan las prácticas agrícolas cafeteras, generando traslados masivos de población femenina y masculina hacia las zonas donde se presentan las cosechas.
- La vinculación de las ESEs departamentales permitió fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia, entre los niveles de mediana y baja complejidad, especialmente en la atención a las gestantes.

9.4 INTEGRALIDAD

- “Salud Puerta a Puerta” permitió empezar a tender lazos más fuertes entre la Comunidad de zonas distantes y las distintas IPS de los municipios en donde anteriormente no llegaba atención alguna, permitiendo coberturas satisfactorias en las actividades de Promoción y Prevención y la generación de una conciencia del auto- cuidado y la educación como pilares fundamentales del bienestar social y familiar.

9.5 ENFOQUE POBLACIONAL

- Se realizó un diagnóstico comunitario, resultado del análisis de la información compilada en la base de datos, producto de la digitación depurada del diligenciamiento de las tarjetas SICAPS. Esta permite conocer las condiciones más relevantes de la comunidad, contiene variables socio-demográficas, condiciones de habitabilidad como la infraestructura de la vivienda, acceso a los servicios públicos, condiciones ambientales, actividades productivas, acceso a la educación, factores de riesgo para la construcción de un perfil epidemiológico.

Por lo tanto el sistema de información contiene datos relevantes de las condiciones de calidad de vida de las zonas intervenidas consideradas las más vulnerables de las localidades. El Diagnóstico de la situación de las comunidades es un norte para el desarrollo de las mismas, pues identifica y focaliza las necesidades de inversión en acciones puntuales y de seguimiento y evaluación de programas integrales de manera automatizada.

9.6 ENFOQUE POBLACIONAL

- Aunque se han realizado esfuerzos por parte de la Secretaria de Salud y de los equipos municipales para la concertación y participación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud – principalmente con EPS´s y ARS´s- con la Estrategia de “Salud Puerta a Puerta”, se evidencian deficiencias en este proceso que se manifiestan, por ejemplo, en dificultades para el adecuado desarrollo de las diferentes actividades de detección temprana y protección específica a personas con seguridad social en salud de otros municipios (población flotante), atención a personas “vinculadas” (pobres y vulnerables no cubiertos con servicios del subsidio a la demanda) y atención a las personas sin ningún tipo de seguridad social en salud, ocasionando dificultades para reportar el 100% de las actividades realizadas en la población asignada y lograr las coberturas establecidas en el contrato (para las actividades de protección específica y detección temprana).
- Se han presentado avances importantes en el manejo de los sistemas de información para el desarrollo de la Estrategia, sin embargo se siguen presentando dificultades con los datos obtenidos por que no suministran en su totalidad la información requerida para el desarrollo de la Estrategia y su evaluación.

9.7 ATENCION APROPIADA

- Es evidente los logros en términos de beneficios en la salud de la población, de enfocar la atención a la persona como un todo y a sus necesidades sociales y de salud; a proyectar las respuestas a la comunidad local y a su entorno, como ningún otro sistema. Y que para ello durante el proceso de estructuración de la estrategia se garantizo que la atención fuera efectiva al lograrse una proyección financiera de los recursos necesarios y lo mas importante se logro el compromiso gubernamental en la disposición de los mismos.

9.8 RECURSOS HUMANOS

- La amenaza mas relevante del programa se dio en los cambios frecuentes en el personal profesional de los EBS, por diferentes motivos, como la falta de

adaptación a la dinámica laboral en el difícil medio rural, las demoras en los pagos mensuales y la inestabilidad laboral por la discontinuidad del programa y las amenazas de tipo político que dificultaron la implementación y el desarrollo de la Estrategia, afectaron el suministro, la rendición de informes, retrasando la implementación del Sistema de Información, redujeron los tiempos asistenciales por los procesos de inducción en metodologías adoptadas y lo más importante, afectaron el cumplimiento de las coberturas.

- Se presentó falta de personal profesional en las áreas de medicina y enfermería en el Departamento del Huila, un número considerable de personal se desplazó desde otras regiones para suplir las necesidades y sin embargo, a pesar de realizar convocatorias nacionales por diferentes medios, no se contó con la cantidad suficiente para la conformación de los Equipos.
- La capacitación del personal contratado para conformar los equipos básicos en Salud evidenció deficiencias en temas conceptuales básicos de Atención Primaria en Salud, conceptos de medicina familiar, elaboración de planes de acción veredal y planes de mejoramiento familiar, IIAMI, implementación de estrategia AIEPI, conformación de COVECOM, como temas más sobresalientes, lo cual se ha manifestado en la dificultad para el adecuado cumplimiento de algunas de las obligaciones contempladas en el desarrollo de la Estrategia.
- No se organizó una capacitación a los coordinadores de los municipios para conocer las políticas públicas encaminadas a solucionar las necesidades de los pobladores representadas en los planes de acción veredal y facilitar los procesos de convocatoria para direccionar el planteamiento del desarrollo de las comunidades y fortalecimiento de la intersectorialidad.
- La cátedra de las áreas de los perfiles que conforman los EBS contiene el estudio de las normas de protección específica y detección temprana de la enfermedad en donde se establecen guías, protocolos y manuales de procedimientos claros de manejo de la atención, conceptos de Atención Primaria en Salud, programas estatales de salud pública entre otros. Dentro de la estrategia se establecieron momentos en donde el aprestamiento o capacitación de los integrantes de los EBS, dedicó gran parte del tiempo de ejecución de la estrategia, tiempo que hubiera podido dedicarse a la atención mejorando las coberturas a expensas de la preparación de los profesionales en el manejo de los conceptos básicos y la capacitación se basó en los temas específicos como el diligenciamiento de la ficha SICAPS y el software aplicativo.
- En el departamento pocos profesionales cuentan con la preparación en salud familiar, con énfasis en Atención primaria en salud, manejo integral de la salud con los factores determinantes que la afectan; se debe reconocer que las experiencias

y adquisición de conocimientos para casi 700 personas en el manejo de la estrategia permitirá tener una visión hacia una atención preventiva diferente a los conceptos de formación académica que practican hoy los profesionales de la salud.

- Los tiempos dedicados para la conformación, organización, equipamiento, aprestamiento y dotación al iniciar los periodos anuales, dedicaron tiempo representativo de la ejecución de la estrategia; Si el proceso fuera continuo y los profesionales estables se disminuirían los tiempos anteriores dándole mayor espacio a la intervención y por ende a los resultados.

9.9 INTEGRACION FESP

- El seguimiento es un aspecto trascendental para el desarrollo de la Estrategia APSEF-SPP en el cumplimiento de sus objetivos, durante la ejecución de los momentos se observaron dificultades en los tiempos cortos de intervención que dificultaron la realización del seguimiento adecuado especialmente en el control las enfermedades de salud pública después de realizar el procedimiento de demanda inducida.
- El grado de acoplamiento entre las entidades de salud especialmente los de primer nivel y los Equipos de la estrategia, no fue el esperado durante el desarrollo de la misma. No se puede desconocer el aporte considerable la Estrategia de APS ofreció el cumplimiento de las metas de las entidades, en la atención en protección específica y detección temprana con la identificación de enfermedades de interés público y su correspondiente referencia, y por lo tanto, se constituyo en un factor fundamental en el mejoramiento de la calidad de vida de los huilenses.
- A pesar de contar con un equipo de profesionales directamente responsables de la estrategia en la Secretaria de Salud Departamental, no existió un enlace entre los programas de salud liderados por dicha entidad y la estrategia.

9.10 INTERSECTORIALIDAD

- Con el nuevo enfoque de la Atención Primaria en Salud renovada, y como se estructuró la Estrategia de Salud Puerta a Puerta, se partió del reconocimiento de la salud como una capacidad humana básica, un requisito para que los individuos realicen sus proyectos de vida, un elemento indispensable en la construcción de las sociedades democráticas y un derecho humano. Estas relaciones que existen entre los determinantes sociales, económicos, políticos y ambientales de la salud y su distribución en la sociedad, son complejas ya que para mejorar la salud debe articularse en un contexto socio-económico y político más amplio, con

múltiples sectores y actores, además de un amplio rango de resultados que sobrepasan la responsabilidad directa del sistema de salud. Razones por las que la estructura, organización, coordinación y ejecución debería construirse a partir de un equipo de personas que manejen la multi-dimensionalidad y dirigido desde un espacio en donde converjan cada una de las dimensiones. (Planeación Departamental)

- La Estrategia de APS se instituyó como una oportunidad para el desarrollo de la vida social y económicamente productiva de los Huilenses; como fuente de alternativas para un mejor bienestar, como un proyecto de vida colectivo para la construcción conjunta de nuestra sociedad; a partir de una participación, organización, empoderamiento, y autogestión social, comunitaria, y gubernamental considerados actores determinantes de la salud. Sin embargo, aún cuando el planeamiento está bien definido. Se presentaron dificultades para el adecuado desarrollo de la intersectorialidad destacando la poca participación y la falta de compromiso por parte de los diferentes entes institucionales y no institucionales, desconociendo el propósito mismo de la propuesta.
- Se conoce que los coordinadores, supervisores ni los directores manejaban un concepto general de las políticas públicas sociales encaminadas a mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos. Al presentar un diagnóstico de las necesidades en un plan de acción veredal se debe conocer quienes son los responsables directos de las soluciones, que tengan autoridad en la toma de decisiones para garantizar el cumplimiento de los compromisos adquiridos dentro de los espacios de las reuniones de concertación.
- Aunque se han realizado esfuerzos por parte de la Secretaría de Salud y de los Equipos Básicos de Salud para la concertación y participación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud – principalmente con EPS' y EPS's con la Estrategia de "Salud Puerta a Puerta", se observa falta de articulación de los equipos básicos de salud, con el personal de las ESE's y UAEs y gobiernos municipales lo que impide la vinculación de los demás actores determinantes de la salud.
- En el informe se demuestra que los espacios de discusión entre los diversos actores que intervienen en la Estrategia y los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, no han logrado una adecuada funcionalidad, dificultando el propósito de intersectorialidad para la solución de los problemas identificados en las comunidades intervenidas. Y reiteran que esta es una de las áreas a fortalecer en la Estrategia para el cumplimiento de los objetivos de la misma, además la necesidad de integrarla a los diferentes programas de la Secretaría de Salud Departamental y de cada municipio para armonizar su desarrollo y no duplicar esfuerzos.

9.11 MECANISMOS DE PARTICIPACION ACTIVA

- Los Equipos Básicos de Salud, promovieron la participación activa de voluntarios y líderes en la comunidad, logrando en general una adecuada receptividad de las comunidades a las actividades desarrolladas por los EBS y además generando empoderamiento y continuidad de la estrategia
- Se presentaron algunas dificultades en la receptividad de las actividades de capacitación a la comunidad debido al incremento de actividades, reuniones, charlas, jornadas, de adiestramiento de diferentes programas realizados por las aseguradoras; hacen que las comunidades cada día disminuyan el interés de participación.
- Igualmente se observó desestimulo a la participación comunitaria de los que lideran las actividades comunitarias por falta de continuidad en las acciones y el seguimiento respectivo.
- Falta de fortalecimiento interinstitucional tanto a nivel central como municipal, que apoye las organizaciones comunitarias y direccionen todos los programas sociales del estado y las regiones.
- El aspecto cultural fue factor determinante en las acciones realizadas, existen creencias erradas contra los sistemas de salud, la no aceptación de tecnologías avanzadas, enfoques de salud más curativo que preventivo (aunque en un porcentaje bajo de las comunidades), además de creencias religiosas que afectan en cierta medida la atención de los usuarios.

Las reformas de salud implican cambios fundamentales en procesos políticos y de poder. Por esta razón, los defensores de los sistemas de salud basados en APS requieren atender las dimensiones técnicas y políticas de la reforma, así como de los actores comprometidos en estos procesos. Cada uno de ellos está interesado en que la APS tenga cada vez un mayor apoyo, a la vez que ejerce presión activa hacia el cambio y la puesta en marcha de la renovación de la APS, al menos en los aspectos técnicos.

En estas actividades es evidente que la atención a la gestante y al menor de 10 años fue exitosa en cuanto a población inscrita en estos programas lo cual contribuyó a la disminución de patologías en esta población y la reducción en forma significativa, la mortalidad de adultos y de niños.

Para ello hay que mejorar el capital humano, el capital físico y el capital social. Creando además conciencia colectiva en la cual cada quién se sienta

comprometido con la comunidad, con una actitud profundamente solidaria. Todo ello, para la legitimación de las instituciones, la educación, la investigación, la aplicación de conocimientos, el capital físico y el humano, el crédito popular y el apoyo al emprendimiento serán los pilares de competitividad que aumenten el ingreso y mejoren su distribución con un conjunto armónico de acciones sociales que deben producir positivos impactos en condiciones de vida.

Lo anterior demuestra que la estrategia ha dado pasos fundamentales en el diagnóstico como parte del proceso, pero aún no se ha logrado la labor de integrar acciones que permitan dar solución y no se cuenta con los mecanismos para intervenir dicha problemática.

Se han logrado avances importantes a favor de la metodología que se deben aprovechar para la elaboración de documentos de base teórico-práctica que constituyan el *Modelo de Atención Primaria en Salud con enfoque familiar "Salud Puerta a Puerta"* ha desarrollar en el departamento, construidos con la participación de los diversos actores de la Estrategia y del Sistema General de Seguridad Social en Salud para que se constituya en un modelo novedoso en el país y en Latinoamérica.

10. RECOMENDACIONES

10.1 ACCESIBILIDAD

- Es claro que como en todos los modelos, se requieren modificaciones o adaptaciones, tanto la esencia como la oportunidad de las reformas son importantes para su éxito final; lo importante para el Departamento del Huila, fue dar un paso adelante en experiencias consideradas apremiantes en la búsqueda del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Es indispensable hacer que los sistemas nacionales de salud sean más *efectivos*, incluyendo más ampliamente a la población con mayores servicios e impactar más eficientemente la salud de las personas y del ambiente.
- Es concluyente la necesidad de la formulación y adopción del diseño de política pública departamental de APS para la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la calidad de vida, bajo estándares de calidad y satisfacción de los usuarios.

10.2 ACEPTABILIDAD

- La no continuidad del programa afecta directamente no solo el grado de aceptabilidad, afecta todos los elementos de la Estrategia, es por ello que se considera mas favorable una propuesta dinámica y permanente que busque una favorabilidad costo – beneficio, toda vez que se incrementarían las coberturas, se disminuiría los tiempos de aprestamiento del talento humano, generaría estabilidad laboral, estimularía los lideres comunitarios, proyectaría los planes de acción teniendo en cuenta que las soluciones se dan en el mediano y largo plazo y entre otras subvenciones; la de poder llevar un seguimiento preciso a todos lo procesos de la Estrategia.
- Diseñar, aplicar y consolidar dentro del anexo técnico o documento técnico de la estrategia el mecanismo y periodicidad de las encuestas sobre satisfacción del usuario, la publicación de los resultados obtenidos y planificar los planes correctivos.

10.3 PRIMER CONTACTO

- Para mejorar la previsión en la programación de las actividades, el diagnostico y plan de acción familiar debería hacerse lo mas pronto posible a la intervención del Equipo de salud (una semana). Para contrarrestar los altos índices de rotación de

la comunidad campesina de las regiones. Por ejemplo a medida que el agente realiza el diagnóstico, inmediatamente se realiza un plan de acción familiar y se concreta con la familia el tipo de intervención y se programa concertadamente con la familia la fecha de realización.

- Se requiere que cada IPS municipal asuma el control estricto desde la programación de actividades, su realización y supervisión de la labor de los EBS y lo incorporen al trabajo diario de su ESE o UAE municipal para todos los efectos administrativos, financieros y de rendición de cuentas que debe presentar cada Gerente en su nivel local, y así tener correspondencia directa con la información que manejan las aseguradoras.

10.4 INTEGRALIDAD

- Para maximizar la salud se requiere que todas las partes del sistema de salud construyan juntos en beneficio de las comunidades. Es necesario lograr que las instituciones confluyan en un solo interés y para ello se debe fundamentar el trabajo en el apoyo que complementa las acciones. Las ESEs Departamentales, Municipales, las UAES y las direcciones de la unidad central de salud y unidades locales Las EPS y EPS subsidiadas y demás actores sociales en salud concierten a lo largo de todos los niveles del sistema de salud y a otros servicios sociales, cuando se requiera, que se demande información apropiada y gestión de sistemas así como de adecuados incentivos, políticas y procedimientos para que la atención integrada sea complementaria de la integralidad y finalmente se convierta en un medio para asegurar que todas las necesidades de salud sean satisfechas.
- Se sugiere retomar la contratación directa con los niveles locales para fortalecer el empoderamiento del nivel de baja complejidad y la incorporación de la estrategia en todos los procesos relacionados con la salud de la población a nivel local

10.5 ENFOQUE POBLACIONAL

- El Diagnóstico de la situación de las comunidades es un gran aporte de la estrategia al Departamento, ya que mantiene actualizada la información de las variables estudiadas y se constituye en una herramienta para determinar las necesidades de inversión social, seguimiento y evaluación de los programas a nivel Municipal o Departamental. Es por ello que se considera que el Sistema de Información de APS SICAPS debería ser insumo de retroalimentación para los demás sistemas de información del departamento.

- A partir del censo SICAPS y su aplicativo, debería construirse un documento que consolide la información con las características de la población y sus variables socio demográficas, vivienda y familia y los factores de riesgo individuales y del entorno; soportado en una realidad actualizada de los indicadores como instrumento para ser aprovechado en la investigación o para la elaboración de documentos de base teórico- práctica.

10.6 PROMOCION Y PREVENCIÓN

- Es necesario para el replanteamiento de la Estrategia lograr la integración de las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención en salud que se desarrollan en el Plan de Salud Pública y en el Plan Obligatorio de Salud (POS).
- Los sistemas de salud en el Departamento, están todavía enfocados principalmente sobre la atención especializada y hospitalaria, las cuales no sólo generan altos costos sino que también, tienden a exacerbar las desigualdades sociales en salud. Existe una urgente necesidad de abordar este problema de manera que lo haga favorable al cambio. Y es precisamente determinar las fortalezas de la Atención Primaria en Salud para ser reforzadas, y a través de sus principios modificar no solo los enfoques en los profesionales de la salud sino en las comunidades.
- Los documentos que soportan el modelo de Atención Primaria en Salud adoptado en el Departamento requieren de mayor conceptualización, pues, si bien, son un aporte a la Estrategia no constituyen en su totalidad las bases teóricas y prácticas que fundamenten la estructura y metodología de la Estrategia.

10.7 ATENCIÓN APROPIADA

- La atención apropiada se relaciona con la Efectividad en donde la prevención y curación se debe realizar con los recursos disponibles, es evidente que con el pasar del tiempo, los recursos destinados para subsidiar los programas de salud se verán afectados y es claro que se deben tomar medidas en la reforma de la Estrategia para que la asignación de los esfuerzos sea sopesada con relación a consideraciones de eficiencia y equidad.
- Una alternativa al iniciar el desmonte gradual de las regalías como fuente de financiación de la Estrategia es ir involucrando a su vez a los diferentes actores del SGSSS en la participación en el mediano y largo plazo; integrando los distintos actores del sector salud, dado que los Equipos Básicos de Salud están

realizando las actividades de atención que le corresponde a la ESPs - IPS, las actividades del 4.01% y las actividades de los programas PAB.

- Hoy se vive una oportunidad política de cambio que debe capitalizarse. Existe interés en la APS, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Organizaciones tan distintas como el Banco Mundial, el Movimiento de Salud de los Pueblos, la OMS y compañías farmacéuticas, han reconocido el fortalecimiento de los sistemas de salud como un prerrequisito para mejorar el crecimiento económico, avanzar hacia la equidad social, mejorar la salud. Es conveniente entonces estructurar proyectos para demostrar que la APS es un espacio apropiado para la colaboración, la inversión y la acción.

10.8 RECURSOS HUMANOS

- Se debería garantizar la estabilidad laboral mediante mecanismos estratégicos (como la continuidad, estímulos, pagos oportunos) para disminuir las amenazas presentadas.
- Los temas conceptuales básicos de Atención Primaria en Salud, aspectos normativos en protección específica y detección temprana, diferentes programas de salud pública, son temas de la cátedra profesional que no deberían dedicar tiempo tan amplio de adiestramiento en la estrategia. Diferente a los temas específicos como el Sistema de Información, políticas públicas encaminadas a solucionar las necesidades básicas de las comunidades.
- Considerando la importancia de la disminución de la mortalidad materno-perinatal como pilar fundamental de la Estrategia y los eventos de interés de salud pública, se recomienda fomentar la actualización y profundización en el manejo integral de las gestantes al personal profesional y de esta manera complementar y fortalecer la formación técnica que ya posee el personal vinculado a la Estrategia.
- Es importante establecer un proceso de inducción y capacitación del personal que se vincula a la estrategia y fijar condiciones y responsabilidades a la hora de salir de esta, con el fin de evitar descompensación y falta de información para la presentación de resultados por parte de los equipos.
- Para establecer los lineamientos oportunos y definir la línea de autoridad con todo el personal de la Estrategia en los municipios por parte de la ESE Regional, se recomienda delegar la coordinación general en una persona con disponibilidad exclusiva y con amplios conocimientos en Atención Primaria en Salud.

- Para contar con personal idóneo y disponible se recomienda implementar un programa académico, técnico y profesional de la APS y salud para el Departamento del Huila.
- En lo referente a atención prenatal, en los registros de las coberturas, no se encontraron las proporciones de gestantes captadas en el primer trimestre del embarazo.

10.9 INTEGRACION FESP

- El monitoreo de la evaluación y seguimiento debe ser constante es un aspecto trascendental para el desarrollo de la Estrategia APSEF-SPP en el cumplimiento de sus objetivos.
- Es indispensable generar mesas de trabajo entre los responsables de la estrategia y cada uno de los coordinadores de las áreas de salud pública de la Secretaría de Salud Departamental para apoyar, avalar o articular las actividades.
- Participación y retroalimentación de los encargados directos de la estrategia en las unidades de análisis locales y departamentales.

10.10 INTERSECTORIALIDAD

- El esquema general de organización y articulación de la Estrategia debería direccionarse desde una gerencia de la política social que garantice el concepto de lo humano que se basa en los valores de la equidad y la solidaridad, regido por un concejo de política social los cuales brindarán los lineamientos para la participación y el control social en la responsabilidad compartida de la comunidad y las instituciones; finalmente complementa y operativiza esta organización la articulación intersectorial como fundamento y garantía para el alcance de los propósitos de la atención primaria en Salud en donde convergen las instancias de gobierno departamental junto con los institutos descentralizados y ONG's de mayor incidencia en el departamento.
- Fortalecen esta ejecución los componentes de capital humano y de infraestructura social, en donde, con criterios concertados, las acciones educativas, saneamiento básico, planes de vivienda, accesibilidad, calidad y cobertura educativa y el mejoramiento de los entornos saludables sean una tarea conjunta de todos los sectores y actores que hacen parte del gobierno departamental hacia el logro de los indicadores en salud anteriormente establecidos y donde los valores del concepto de desarrollo humano, guían los

planes de desarrollo, las metas previstas en objetivos del milenio y enfoque de derechos con que esta comprometido los gobiernos nacional, departamental y municipales. (Red Departamental de Atención Primaria en Salud Articulada con la Red de Política Social Nacional)

- Las condiciones políticas nacionales están dadas, los recursos están disponibles, las políticas públicas sociales en cada una de las dimensiones a intervenir están estructuradas, la comunidad exige una solución multidimensional. Sólo se espera la voluntad política regional para enlazar toda la oferta social en pro de la comunidad.
- El diseño o implementación de un Modelo de Atención Primaria en Salud Renovada, debería ser tomado como un fin social, donde hay una intervención del Estado en lo social y donde se analice la justificación o la legitimación de esa intervención con las modificaciones reales que se requieran. En otras palabras, que se desarrolle una política social que implique no sólo una transferencia o entrega de bienes o de servicios a una población determinada, sino que contempla la posibilidad de una participación activa y continua de esa población, ya que la APS es análoga de todos los planes de desarrollo, cualquiera que sea el color político del momento, los principios fundamentales de la APS son coherentes con cualquier proceso de desarrollo de las regiones.

10.11 MECANISMOS DE PARTICIPACION ACTIVA

- Para el manejo de las actividades de capacitación dirigidas a las comunidades deberían replantearse su estructura, para lograr el efecto esperado en las mismas, involucrando la participación activa, uso de estímulos (mapas de semaforización, reconocimiento del grado de conocimiento superior oral o escrito, dadas, certificados, entre otros) medios audiovisuales atractivos para la atención de los participantes, utilización de metodologías prácticas, cumplimiento en horarios, compromisos adquiridos, monitoreo del aprendizaje práctico y teórico; podrían ser algunas inventivas estratégicas para mejorar los objetivos esperados.
- Para fortalecer la Estrategia se recomienda manejar espacios de comunicación publicitarios masivos para difusión de los cronogramas, campañas de salud, convocatorias, rendición de cuentas, comunicación con la comunidad entre otros.
- Articular la participación de la comunidad con las instituciones municipales responsables del desarrollo social.

- Las reformas más complejas y de largo alcance tienen menor probabilidad de ser exitosas en comparación con las marginales o progresivas, ya que un cambio a gran escala puede estimular a grupos opuestos a la reforma a manifestarse en contra de la iniciativa. Es por ello que la reforma del modelo de APS para el Departamento del Huila debería realizarse de forma gradual y estratégicamente planificada, que incluya el desarrollo de habilidades para gestionar el proceso de transición, conducir el respaldo político y social y cambiar las culturas administrativas.

La descentralización puede incrementar la equidad en la asignación de recursos (de gobiernos centrales a locales), pero puede llevar a inequidades en la provisión del servicio, ya que las distintas unidades administrativas tienen capacidad variable para gestionar los sistemas de salud. Para que la descentralización funcione, se requiere un enfoque explícito sobre la equidad, así como recursos dedicados a la administración y a la capacitación del personal.

La conversión de Sistemas de Salud Liderados por la APS es un proceso de largo plazo y Para que perduren se necesitará que una coalición regional de agencias internacionales, gobiernos, aseguradoras de salud, líderes políticos, legisladores y representantes, organizaciones, proveedoras, profesionales y sociedad civil aboguen por esta innovación.

Existe la necesidad urgente de aumentar la inversión en investigación de sistemas de salud, dirigida a fortalecer sistemas de salud basados en la evidencia. Esto puede hacerse enfatizando la transformación del conocimiento en acción y promoviendo una colaboración más estrecha entre los servicios de salud, los investigadores y los tomadores de decisión.

Los cambios en las percepciones largamente mantenidas sobre relaciones causales son una parte importante del cambio de políticas. La implementación de nuevos modelos requiere un mayor entendimiento acerca de enfoques de políticas alternativas y argumentar cómo la alternativa propuesta conducirá a los resultados esperados (y deseados).

Es probable que existan como mínimo tres retos principales para adelantar la idea de renovar la APS. Primero, comprender el problema y reconocerlo como una prioridad; segundo, presentar una solución que sea factible y políticamente atractiva; y tercero, encontrar o crear una ventana política en la que converjan el problema y la solución, y que esta combinación sea asumida por los tomadores de decisión.

Los planificadores deberán involucrar no sólo el sistema de salud, sino también la capacidad de los actores locales y nacionales para colaborar en el alcance de una

visión integrada y crear una infraestructura colaborativa para desarrollar los Sistemas de Salud Liderados por la APS. Los Sistemas de Salud Liderados por la APS pueden actuar como conductores del sistema de atención a la salud, respondiendo a los problemas comunes de salud, proporcionando un punto focal para la integración de actividades de desarrollo social y económico, y luchando contra la exclusión social, creando vínculos sinérgicos entre los sectores; sin embargo, queda todavía mucho por aprender acerca de cuál es la mejor manera de alcanzar algunos principios y elementos.

11. GLOSARIO

Atención adecuada y efectiva: aplicación de medidas, tecnologías y recursos en la cantidad y calidad suficiente para garantizar el logro de los objetivos propuestos. Los beneficios esperados en salud, como resultado de la realización de un procedimiento, deben superar, por un amplio margen, las consecuencias negativas del mismo.

La efectividad implica que los abordajes para el mejoramiento de la salud tienen el impacto propuesto en la población.

Atención integral: la medida en la cual se proveen, a través de APS, los servicios esenciales necesarios para todos, incluso para necesidades de salud no comunes de la población; aquellos servicios no disponibles se proveen a través del componente de coordinación y referencia de la APS (ver coordinación). La atención incluyente implica la provisión de servicios integrados de promoción, prevención de la enfermedad, cuidado curativo, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social acorde con la mayoría de los problemas de salud en una población dada.

Atención integrada: combina los eventos clínicos y la información de los mismos, que tienen impacto sobre la salud y suceden en diferentes lugares y niveles de atención a lo largo de la vida del paciente⁴¹. Se refiere a la atención en salud en el tiempo prestada por un profesional o por un equipo de profesionales de la salud ("longitudinalidad clínica") y a la comunicación efectiva y oportuna de la información de eventos clínicos, riesgos, asesorías y remisiones de los pacientes a diferentes niveles de profesionales de la salud ("longitudinalidad del registro").

Atención primaria: el nivel de un sistema de salud "que provee la entrada al sistema para todas las nuevas necesidades y problemas, centrado en la atención a la persona y no en la enfermedad y a través del tiempo.

Provee atención para todas las condiciones excepto aquellas menos comunes e inusuales, y coordina o integra la provisión de cuidados en otros lugares o por otros. Se cree que el uso del término Atención Primaria se remonta hacia 1920, cuando el *Informe Dawson* fue divulgado en el Reino Unido. Este reporte menciona los "centros de atención primaria" propuestos como el eje de la regionalización de los servicios en ese país. El término "Atención Primaria Orientada a la Comunidad- APOC" tuvo su origen en 1940 en Sudáfrica. El enfoque de la APOC continúa siendo considerado hoy como uno de los precursores importantes de la concepción de APS de Alma Ata.

Atención Primaria en Salud (APS): En 1978 la Declaración de Alma Ata definió APS como “atención esencial en salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente bien soportadas y aceptables socialmente, asequible a los individuos y las familias en la comunidad, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir para mantenerla.... La APS forma parte integral del sistema de salud de un país, así como del desarrollo económico y social de la comunidad... acercando la atención en salud, tanto como sea posible, al lugar donde la gente vive y trabaja y constituyéndose en el primer elemento de un proceso continuo de salud.”

Capacidad de respuesta a las necesidades en salud de la población: la atención requerida para lograr la salud y la equidad de la población, de acuerdo con el mejor nivel posible en unas condiciones dadas de conocimiento y desarrollo social⁸⁸. Se trata de la atención centrada en la persona más que en los síntomas u órganos específicos y de llevar el concepto de “atención centrada en la gente” a la población y considerar las dimensiones física, mental, emocional y social de las personas. La capacidad de respuesta se define también como atención con las siguientes características: abordaje holístico de las personas; profesionales con conocimiento de las personas; atención y empatía; confianza en los médicos; atención acorde con las necesidades de las y los pacientes; posibilidad de decisiones médicas compartidas entre médicos y pacientes.

Cobertura universal: manejo financiero y organizacional para cubrir las necesidades de toda la población, eliminando la capacidad de pago como barrera de acceso a los servicios de salud.

Coordinación: la actividad por medio de la cual la APS facilita el acceso y la integración a la atención en salud de mayor complejidad, cuando ésta no está disponible en nivel local de APS. Se refiere a la medida en que la atención requerida por una persona es concertada por el personal responsable, a través de la organización y el tiempo y a la relación y el ordenamiento racional entre los servicios, incluyendo los recursos de la comunidad.

Derecho a la salud: la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y los tratados internacionales sobre derechos humanos reconocen el derecho al “más alto grado posible” de salud. El derecho a la salud hace énfasis en la relación entre el estado de salud y la dignidad humana, la no discriminación, la justicia y la participación y comprende la libertad de controlar (p.e. el control de las propias decisiones reproductivas) y la libertad de defender el derecho (p.e. a la atención en salud y a las condiciones saludables de vivienda). El enfoque de derechos supone obligaciones y rendición de cuentas por parte de los actores responsables (p.e. gobiernos) que garanticen a los ciudadanos el ejercicio de sus demandas en salud. El derecho a la salud implica conducta ética y responsabilidad de parte de los proveedores, investigadores y tomadores de decisiones. Los derechos de los

ciudadanos incluyen: el derecho a liberarse de condiciones que interfieren con el máximo nivel de salud posible; a defender su derecho a la atención en salud y a las condiciones saludables de vivienda y trabajo; y a satisfacer sus expectativas en términos de estándares de conducta ética en provisión de servicios e investigación.

Estado, por su parte, entre sus obligaciones tiene la de respetar (evitar interferir con el disfrute de la buena salud), proteger (establecer medidas para prevenir que terceros interfieran con el derecho de los ciudadanos a alcanzar el más alto nivel de salud posible), y garantizar (los estados deben adoptar medidas necesarias, legislativas, administrativas, presupuestales, judiciales, promocionales y otras para satisfacer la realización plena del derecho a la salud).

Desarrollo humano: “es un proceso de ampliación de las opciones de las personas... a través de la expansión de las capacidades y funciones. Las tres condiciones esenciales para el desarrollo humano en todos los niveles de desarrollo son la capacidad de alcanzar una vida larga y saludable, tener acceso al conocimiento y unos estándares aceptables para una vida digna. Pero el campo del desarrollo humano va más allá: las opciones altamente valoradas por las personas van desde las oportunidades sociales, económicas y políticas para ser creativo y productivo, hasta el disfrute de autoestima, sentido de su propio valor y derechos y de pertenencia a una comunidad”. El Índice de Desarrollo Humano es una forma de medir el nivel de desarrollo humano en un país; está compuesto por una medición de los niveles de salud (expectativa de vida), conocimiento (de la educación primaria completa) y estándares de vida (PIB per cápita)

Elemento: parte o condición de un componente que generalmente es básico o esencial

Énfasis en promoción y prevención: atención en salud en el momento de intervención más temprano posible en la cadena de eventos entre el riesgo, los problemas de salud y sus secuelas. Esta atención se presta a nivel individual y comunitario. A nivel individual comprende la educación y promoción en salud, para fortalecer las capacidades de las personas en prevención y autocuidado. A nivel comunitario, la APS coordina con otros sectores la realización de actividades de prevención primaria y esencial (ver prevención e intersectorialidad).

Funciones esenciales en salud pública: incluyen:

1. Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud;
2. Vigilancia en salud pública, investigación y control de riesgos y amenazas para la salud pública;
3. Promoción de la salud;
4. Participación social en salud;

5. Desarrollo de políticas y capacidades institucionales para programar y gerenciar la salud pública;
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional para la regulación, vigilancia y control de la salud pública;
7. Evaluación y promoción del acceso a los servicios de salud requeridos; desarrollo y entrenamiento del recurso humano en salud pública;
8. Garantía de calidad en personal y servicios de salud acorde con las necesidades de la población; x) Investigación en salud pública; y
9. Reducir el impacto de las emergencias y los desastres sobre la salud.

Justicia social: es un concepto ético basado, en gran medida, en las teorías del contrato social. La mayoría de las variaciones sobre el concepto sostienen que los gobiernos fueron instituidos por los pueblos en beneficio de ellos mismos. Aquellos gobiernos que no logran orientarse hacia el bienestar de los ciudadanos están incumpliendo su parte del contrato social y, por lo tanto, son injustos. El concepto incluye generalmente la defensa de los derechos humanos, pero no está limitado a esta, y se emplea también para referirse a la justicia e una sociedad en su conjunto, en sus divisiones y distribuciones de recompensas y obligaciones.

Marco político e institucional sólido: las acciones, actores, procedimientos, sistemas legales y financieros necesarios para permitir que la APS desempeñe sus funciones específicas, para que se articule con otros componentes del sistema de salud y trabaje con otros sectores en el manejo de los determinantes sociales.

Organización y gerencia: incluye la habilidad para anticipar el futuro (planeación estratégica), adaptarse al cambio (gerencia del cambio) y realizar monitoreo y evaluación constante sobre el desempeño del sistema (evaluación de impacto de los cambios y evaluación basada en el desempeño). Incluye la utilización de criterios para asignación de recursos (p.e. equidad, costo-efectividad y oportunidad) y la selección de las estrategias adecuadas para obtener ganancias en salud con equidad.

Orientado a la calidad: la medida en la que los servicios de salud dirigidos a individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son compatibles con el saber profesional actual. Los pilares fundamentales de la calidad son: efectividad; eficiencia; optimización (balance entre los costos de la atención y los efectos de la atención); aceptabilidad; legitimidad; y equidad; este concepto integra la calidad técnica y la satisfacción del usuario con los servicios.

Relevancia: representa la medida en la cual se satisfacen las necesidades comunes de toda la población y de un grupo específico de la misma; así como el grado de adecuación de los servicios a la satisfacción de estas necesidades, basado sobre evidencia objetiva. Esta es una medida mediante la cual se

establecen prioridades, asumiendo que los problemas más importantes deben abordarse primero.

Principio: fundamento, ley, doctrina o fuerza generadora sobre la cual se soportan los demás elementos.

Recursos apropiados a las necesidades: los recursos deben ser suficientes para cubrir las necesidades de la población (prevención, promoción, curación, rehabilitación y acciones intersectoriales), incluyendo los recursos necesarios para elevar el nivel de salud de las personas con mayores desventajas a un ritmo igual o mayor al de la población general. En el nivel local esto requiere instalaciones adecuadas, personal de salud, suministros y presupuestos de funcionamiento.

Recursos humanos adecuados: los trabajadores de la salud competentes tienen los conocimientos y habilidades y están ubicados y distribuidos geográficamente para soportar la APS. Este concepto implica generalmente la disponibilidad de una variedad de profesionales de la salud (medicina, enfermería, farmacia, fisioterapia, trabajo social, administración y gerencia y gestión de base comunitaria), los cuales están relacionados con promoción de la salud, prevención, tratamiento y seguimiento de individuos, familias y comunidades⁸⁸.

Rendición de cuentas: proceso que obliga a los actores a responder por sus actos⁸⁷. En el caso de los gobiernos, incluye la obligación de entregar y divulgar regularmente en forma coherente y detallada, a todas las partes interesadas e involucradas directa e indirectamente, los propósitos, principios, procedimientos, relaciones, resultados, ingresos y gastos de forma tal que puedan ser evaluados por las partes interesadas⁸⁶. Incluye la necesidad de transparencia en el grado de éxito en salud en la población y en la adecuación de los mecanismos para alcanzarlo.

Salud: la OMS define la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de enfermedad” . Bajo este concepto la mayoría de las personas se considerarían no saludables. De ahí que esta definición ha sido criticada por ser irrealista. La salud también se ha definido como un estado dinámico, una forma (o desviación de la misma) de homeostasis y como un continuo con polos positivos y negativos. A nivel poblacional, la salud puede concebirse como un asunto social, económico y político, así como un derecho humano. La Carta de Ottawa para la promoción de la salud definió como prerequisites de ella, la paz, la protección, la educación, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, recursos sustentables, justicia social y equidad.

Sistema de salud: la OMS define el sistema de salud como el ente que “comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acción cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud”. Un

sistema de salud puede caracterizarse también de acuerdo con sus actores principales: el gobierno o los profesionales que estructuran y regulan el sistema; la población, incluidos los pacientes, quienes en su condición individual o colectiva pagan por el sistema de salud (a través de impuestos u otros mecanismos) y reciben los servicios; agentes financieros, quienes recaudan fondos y los asignan a proveedores o compran servicios a nivel nacional y otros niveles inferiores; organizaciones comunitarias y locales (p.e. voluntariados, comités de salud, iniciativas privadas) que colaboran en la organización y apoyo logístico, financian directa e indirectamente y algunas veces prestan servicios; y los proveedores de servicios que a su vez pueden categorizarse de diversas formas. Los sistemas de salud pueden también definirse de acuerdo con sus funciones principales: administración (o vigilancia); financiación (recaudo, banca o compra) y prestación o provisión de servicios.

Sistema de salud basado en APS: es un enfoque de acercamiento a la organización de los sistemas de salud, diseñado para mejorar las condiciones de salud de la población y maximizar la equidad. Bajo este enfoque, el derecho a la salud es un principio rector del sistema de salud, con estructuras y funciones orientadas al logro de la equidad y la solidaridad social y operado a través de un cuerpo central de principios y elementos. Estos a su vez, se relacionan a través del sistema de salud con otros sectores y actores para contribuir al mejoramiento, sostenible y equitativo, del desarrollo humano. Los sistemas de salud orientados hacia la APS responde problemas comunes de salud y se constituyen en un punto focal de integración de actividades de desarrollo social y económico y combaten la exclusión social a través de articulaciones sinérgicas entre los sectores. La carta de Ljubljana para la reforma de salud, adoptada por la Unión Europea en 1996, representa una propuesta pionera de articular los requerimientos de un sistema de atención en salud basado en atención primaria.

Establece que los sistemas de salud deben estar basados en valores (e.g. dignidad humana, equidad, solidaridad, ética profesional), orientados hacia el logro de resultados en salud, centrados en las personas a la vez que fortalecedores de autoestima, dirigidos hacia la calidad, sólidos desde el punto de vista financiero, capaces de responder a las expectativas de los ciudadanos y basados en la evidencia. Los sistemas de salud basados en la APS requieren de coordinación política y de recursos humanos y gerenciales fortalecidos.

Sostenibilidad: la capacidad de satisfacer las necesidades del presente, sin comprometer la facultad de satisfacer las del futuro.

SIGLAS

APS	Atención Primaria en Salud
SPP	Salud Puerta a Puerta
EAPS EF SPP	Estrategia de Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar "Salud Puerta a Puerta"
FESP	Funciones Esenciales de la Salud Pública
USCO	Universidad Surcolombiana
PE y DT	Protección Específica y Detección Temprana
SICAPS	Sistema de Información de Atención Primaria en Salud
EBS	Equipos Básicos de Atención
UROC	Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias
UAIRAC	Unidades de Atención de Infecciones Respiratoria Agudas Comunitarias
COVECOM	Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria
IAMI	Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia
AIEPI	Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
OMS	Organización Mundial de la Salud
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
SPT	Salud para Todos
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
PIB	Producto Interno Bruto
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil

PAC	Programa de Agentes Comunitarios
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
MPS	Ministerio de Protección Social
COSESAM	Corporación Conferencia Nacional de Secretarios Municipales y Distritales de Salud,
ASCOFAME	Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
ACOFAEN	Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería
EPS	Empresas Promotoras de Salud
EPSs	Empresas Promotoras de Salud Subsidiada
ARS	Administradoras Régimen Subsidiado
PAB	Plan de Atención Básica
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
CIMDER	Centro de Investigaciones Multidisciplinarias para el Desarrollo
EISP	Enfermedades de interés de Salud Pública
IRA	Infección Respiratoria Aguda
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
UAE	Unidades de Atención Especial
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
POS	Plan Obligatorio de Salud
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida.
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones

ESE	Empresas Sociales del Estado
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
ONG	Organización no Gubernamental
IPS	Institución Prestadora de Salud

BIBLIOGRAFIA

- 1 DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACION. Plan de Desarrollo Departamental Huila Unido para Construir Futuro 2004-2007. Eje temático. Desarrollo Social. Neiva. Huila. 2004. 107-112p.
- 2 UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA. Primer Modelo Regional de Atención Primaria en Salud con enfoque Familiar "Salud Puerta a Puerta". Neiva. 2006. 5p.
- 3 ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Taller de análisis de la propuesta de renovación de la APS en las Américas: Antecedentes. Lima 14 y 15 de junio de 2005.
- 4 SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. Revitalizando la salud para todos. Lecciones de experiencias en APS Integral. South África. Boletín No2 Agosto 2007
- 5 FRANCISCO ROJAS OCHOA. La salud en las Américas. Edición 1998. Washington, D.C. OP. E vol. Publicación Científica. No 569.
- 6 ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas : Documento de posición de la OPS/OMS Washington, D.C: 2007. Edición ISBN 92 75 12698 4.
- 7 JAVIER SANTACRUZ VARELA La APS viejo compromiso y nuevos retos. Costa Rica OPS/OMS 2002
- 8 COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE: Estudio Económico Santiago. (CEPAL) 2004 en Revista de la CEPAL número extraordinario. Santiago de Chile. [ISBN 92-1-321477-4](#).
- 9 PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Atención Primaria en Salud en Las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo largo de 25 años y Retos Futuros. Washington, D.C. 2003.
- 10 SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA. Modelos de atención basados en APS en el marco del SGSSS descentralizado: Estrategia de garantía del derecho a la salud. Encuentro Nacional de APS Bogotá D C , Mayo 26-28 de 2005

¹¹ JORGE CASTELLANOS ROBAYO. Salud a su Hogar. Un modelo de APS con enfoque familiar y comunitario para garantizar el derecho a la salud. Secretaría Distrital de Salud Bogotá, D.C. Mayo 2005.

¹² DANE. Información Estadística: Proyección de la población municipal por área. 2005-2008. 2006. www.dane.gov.

¹³ ALICE PINEDA WHITAKER. III Curso Internacional sobre el desarrollo del sistema de salud: extensión de cobertura de servicios de salud a través de la APS Renovada. PPT. Managua 12 de septiembre de 2007.

¹⁴ NEBOT C. Condiciones y elementos esenciales para la puesta en práctica de la APS: Memorias Encuentro nacional de renovación de la APS, Bogotá DC, mayo del 2005.

¹⁷ ORGANIZACIÓN ANAMERICANA DE LA SALUD. La renovación de la APS en las Américas: ¿Por qué renovar la APS? Folleto. Washington, D.C. 2003 202–974–32.

¹⁸ SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL- USCO. Primer Modelo Regional de Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar. Salud puerta a Puerta Secretaria de Salud Departamental del Huila. Documento. Neiva febrero 2006.

¹⁹ HOSPITAL DEPARTAMENTAL HERNANDO MONCALEANO, HUILA UNIDO, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL. Salud Puerta a Puerta APS en el Huila Una experiencia de APS en el departamento del Huila. Neiva Huila 2007.

²⁰ LUIS JORGE GARAY S. En torno a la economía política de la exclusión social en Colombia. 2003. Bogotá. D.C Universidad externado de Colombia. 25p.

²¹ OPS Borrador Declaración de las Américas sobre renovación de la APS. USA. PAHO 2003. 1-3p

²² PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las enseñanzas Extraídas a lo Largo de 25 Anos y los Retos Futuros. Washington, DC: PAHO, 2003. 3-5p

²³ PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Revisión de las políticas de Atención Primaria de salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: PAHO, 2003.

- 24 DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACION. Neiva Informe de Gestión a Noviembre de 2006 del plan de desarrollo Huila Unido para Construir Futuro. Documento no oficial.
- 25 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Ginebra. Serie No 2 OMS. 1979. 35, 48,60p
- 26 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 46 Concejo Directivo: Evaluación de mitad de período de la aplicación del Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007. Washington, D.C., 26- 30 de septiembre de 2005.
- 27 JAMES MACINTO. Renovando la Atención Primaria de Salud en Las Américas. Universidad de Nueva York y Organización Panamericana de la Salud (2005)
- 28 CASAS JA. La experiencia de SPT en la región de las Américas: Implantación de los programas. Renovación de salud para todos. Washington, DC: PAHO, 1996.
- 29 UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA Documento Informe de interventoría SPP 2006, Informe de interventoría SPP Neiva. 2007.
- 30 SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA. Documento. Informe de la secretaría de Salud Departamental a la Honorable Asamblea Departamental ante el debate de Salud Puerta a Puerta. Neiva. Marzo de 2007.
- 31 DEPARTAMENTO DE PLANEACION NACIONAL. Plan de desarrollo 2006-2010 "Estado Comunitario: Desarrollo para todo.
- 32 UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA. Plan de Mejoramiento Alimentario y Nutricional Organizado y sostenible Manos del Huila. Neiva. 2006.
- 33 INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. Referencias bibliográficas para normas. 2 ed. Bogotá: ICONTEC, 1996. 6p (NTC 1307).