

**EVALUACIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE QUILISALUD E.S.E. EN SANTANDER
DE QUILICHAO 2007 - 2010**



SONIA MILENA MESÍAS CASTILLO
Trabajo de Investigación para optar al título de
Magíster en Salud Pública

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

CALI – VALLE
2013

**EVALUACIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE QUILISALUD E.S.E. EN SANTANDER
DE QUILICHAO 2007 - 2010**



SONIA MILENA MESÍAS CASTILLO
Trabajo de Investigación para optar al título de
Magíster en Salud Pública

Director de Tesis
Dr. GIOVANNI APRÁEZ IPPOLITO
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA
MAGISTER EN POLÍTICAS PÚBLICAS
DOCTOR EN SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
CALI
2013

Nota de aceptación

Firma del Presidente del Jurado.

Firma del Jurado.

Firma del Jurado.

Santiago de Cali, Abril de 2013

DEDICATORIA

A Gloria Milvia, Santiago, Edwin, Gloria Jazmín, Natalia, Juan Camilo y a Hernán Alonso que son la materia prima para mis sueños y realidades.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar todo mi agradecimiento y gratitud a las personas e Instituciones que me han ayudado a formarme en este valioso proyecto de vida que es la Salud Pública.

Al PHD GIOVANNI APRÁEZ IPPOLITO, Asesor de mi trabajo de investigación y un amigo incondicional, Medico Salubrista Secretaria Departamental de Salud, Profesor Asociado Departamento Salud Publica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional.

Al Doctor Gustavo Adolfo Gómez López, Gerente de QUILISALUD ESE.

Al Equipo de trabajo de QUILISALUD ESE 2007 - 2010 en cabeza de la Od. Lucy Amparo Guzmán Gonzales y a los Médicos, Enfermeras, Odontólogos, Higienistas Orales, Fisioterapeutas, Psicólogos, a la Fonoaudióloga, al Coordinador de Facturación, a los facturadores, a la Aux. de Estadística Amparo Carabalí, una mujer valiosa y de gran apoyo y muy especialmente a los Auxiliares de Salud Publica de la ESE QUILISALUD con quienes se desarrollo el trabajo entre 2007 y 2010 y quienes me dieron grandes lecciones de vida y me ayudaron a formarme como persona y como profesional y que por supuesto ayudaron a implementar el Programa de Atención Primaria en Salud.

A la Secretaria de Salud Municipal, con especial cariño a Jesús Alberto Meléndez, Mónica del Pilar Tejada y Dione Salazar tres personas que me ayudaron a formar desde la crítica y la discusión del contexto real de la salud de Santander de Quilichao.

A la Secretaria Departamental de Salud del Cauca.

Al PHD Hernán Sierra, Profesor Titular de la Universidad del Cauca, Director Científico de la Fundación InnovaGen quien me brindo apoyo en mi proceso de investigación.

CONTENIDO

RESUMEN	X
INTRODUCCIÓN	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2. OBJETIVOS	15
2.1. OBJETIVO GENERAL	15
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3. MARCO TEÓRICO	16
CAPITULO I. HISTORIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.....	16
CAPITULO II. BASES CONCEPTUALES DE LA APS	23
CAPITULO III. EL PROGRAMA DE APS EN SANTANDER DE QUILICHAO.....	28
3.1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA DE QUILISALUD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	28
3.2. PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN SANTANDER DE QUILICHAO....	30
3.3. CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN DEL PROGRAMA DE APS EN SANTANDER DE QUILICHAO.	32
3.3.1. ZONA MORALES DUQUE	33
3.3.2. ZONA NARIÑO	58
3.3.4. ZONA MONDOMO.....	78
3.3.5. INTERVENCIÓN SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN LOS NAP ANTONIO NARIÑO, MORALES DUQUE Y MONDOMO.....	98
CAPITULO IV. MODELO TEÓRICO DE LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD.....	99
4. METODOLOGÍA.....	102
4.1. TIPO DE ESTUDIO	102
4.2. COMPONENTE CUALITATIVO DEL ESTUDIO	103
4.3. COMPONENTE CUANTITATIVO DEL ESTUDIO	108
4.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	112
5. RESULTADOS	115

5.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL PLAN DE ACCIÓN DE APS DESDE EL ELEMENTO DE ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN Y EN LA PREVENCIÓN115

5.1.1.	ATENCIÓN EN SALUD DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE APS	115
5.1.1.1.	ASEGURAMIENTO DE LA POBLACIÓN POR RÉGIMEN Y POR EMPRESA.	115
5.1.1.2.	ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA EN QUILISALUD ESE.	116
5.1.1.3.	MORBILIDAD	117
5.1.2.	EL ANTES Y EL DESPUÉS DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN TRABAJADOS EN EL PLAN DE ACCIÓN DEL PROGRAMA DE APS DE SANTANDER DE QUILICHAO.	120
5.1.3.	LOGROS DE LAS ESTRATEGIAS DE CADA PROGRAMA DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	126
5.1.3.1.	SALUD INFANTIL	126
5.1.3.1.1.	ESTRATEGIA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA AIEPI 128	
5.1.3.1.2.	ESTRATEGIA ESCUELAS SALUDABLES EES.....	139
5.1.3.1.3.	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI	139
5.1.3.2.	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	143
5.1.3.2.1.	ESTRATEGIA MATERNIDAD SEGURA Y LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD	144
5.1.3.2.2.	SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES.....	146
5.1.3.2.3.	PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	147
5.1.3.3.	SALUD ORAL.....	149
5.1.3.4.	SALUD MENTAL	151
5.1.3.5.	ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y LAS DISCAPACIDADES	152
5.1.3.6.	MORTALIDAD	153
5.1.4.	EL ANTES Y EL DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE APS EN SANTANDER DE QUILICHAO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES.	157
5.1.4.1.	RELEVANCIA DEL PROGRAMA DE APS EN SANTANDER DE QUILICHAO	157
5.1.4.2.	VALORES Y PRINCIPIOS DEL PROGRAMA DE APS EN SANTANDER DE QUILICHAO.....	158
5.1.4.3.	RECURSOS DEL PROGRAMA DE APS EN SANTANDER DE QUILICHAO	160
5.1.4.4.	ESTRATEGIAS, ACTIVIDADES Y SERVICIOS DEL PROGRAMA DE APS EN SANTANDER DE QUILICHAO. 161	
5.1.4.5.	FACTORES FACILITADORES Y LIMITANTES DEL PROGRAMA DE APS EN SANTANDER DE QUILICHAO. 162	
5.1.4.6.	COHERENCIA DEL PROGRAMA DE APS EN SANTANDER DE QUILICHAO	164
5.1.4.7.	LOGROS DEL PROGRAMA DE APS EN SANTANDER DE QUILICHAO.	164
5.1.4.8.	CAPACIDAD DEL PROGRAMA DE APS EN SANTANDER DE QUILICHAO	165
6.	DISCUSIÓN.....	167
7.	CONCLUSIONES	187
8.	RECOMENDACIONES.....	189
9.	BIBLIOGRAFÍA	191
	ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	199
	ANEXO 2. INSTRUMENTO ENTREVISTA SEMI - ESTRUCTURADA	201
	ANEXO 3. FICHA SICAPS	203

ANEXO 4. SISTEMA DE INFORMACIÓN DE BASE COMUNITARIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD – LISTA DE INDICADORES PLAN DE ACCIÓN 2008.	204
---	------------

LISTA DE GRAFICAS

GRAFICA 1. Valores, Principios y Elementos Esenciales en un Sistema de Salud Basado en APS.	25
GRAFICA 2. Pirámide Poblacional Zona Morales Duque. Año 2007	52
GRAFICA 3. Pirámide Poblacional Zona Nariño. Año 2007	72
GRAFICA 4. Pirámide Poblacional Zona Mondomo. Año 2007	93
GRAFICA 5. Modelo de Evaluación de Programas Atención Primaria en Salud.....	99
GRAFICA 6. TENDENCIA DE LA MORBILIDAD POR GRUPO DE CAUSA EN SANTANDER DE QUILICHAO 2008-2010.....	119
GRAFICA 7. Índice endémica de E.D.A. Santander de Quilichao. 2010	127
GRAFICA 8. Índice endémico de I.R.A. Santander de Quilichao. 2010	128
GRAFICA 9. Distribución porcentual de la Práctica clave 1. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010.	129
GRAFICA 10. Distribución porcentual de la Práctica clave 2. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010.	129
GRAFICA 11. Distribución porcentual de la Práctica clave 3. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010.	130
GRAFICA 12. Distribución porcentual de la Práctica clave 3. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010	130
GRAFICA 13. Distribución porcentual de la Práctica clave 5. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010	131
GRAFICA 14. Distribución porcentual de la Práctica clave 6. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010	131
GRAFICA 15. Distribución porcentual de la Práctica clave 7. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010	132
GRAFICA 16. Distribución porcentual de la Práctica clave 8. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010	133
GRAFICA 17. Distribución porcentual de la Práctica clave 9. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010	133
GRAFICA 18. Distribución porcentual de la Práctica clave 10. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010	134
GRAFICA 19. Distribución porcentual de la Práctica clave 11. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010.	135

GRAFICA 20. Distribución porcentual de la Práctica clave 12. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010.	135
GRAFICA 21. Distribución porcentual de la Práctica clave 13. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010.	136
GRAFICA 22. Distribución porcentual de la Práctica clave 14. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010.	136
GRAFICA 23. Distribución porcentual de la Práctica clave 15. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010.	138
GRAFICA 24. Distribución porcentual de la Práctica clave 16. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010.	138
GRAFICA 25. Tendencia de la Tercera dosis de vacuna oral de polio virus en menores de un año en Santander de Quilichao. 2010.	139
GRAFICA 26. Tendencia Tercera dosis pentavalente en menores de un año.	140
GRAFICA 27. Tendencia de la Cobertura de triple viral en población de un año de edad en Santander de Quilichao.	141
GRAFICA 28. Tendencia de Cobertura de BCG en recién nacidos.	141
GRAFICA 29. Tendencia de Cobertura con antiamarilica en población de un año de edad.	142
GRAFICA 30. Porcentaje de Distribución de la Población Encuestada en Línea Base de COP, Santander de Quilichao. 2009.	150
GRAFICA 31 Prevalencia de Diagnóstico en Línea Base de COP, Santander de Quilichao. 2009.	150
GRAFICA 32. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR GRUPO DE CAUSA EN SANTANDER DE QUILICHAO 2008-2010.	156
GRAFICA 33. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD DE ACUERDO AL SIVIGILA EN SANTANDER DE QUILICHAO 2007-2009.	156

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Estructura Poblacional Zona Morales Duque. 2007.	51
TABLA 2. Indicadores de Crecimiento y Desarrollo (menores de 14 años)	54
TABLA 3. Indicadores de vacunación (menores de 14 años y en mujeres)	54
TABLA 4. Indicadores de Salud Oral (menores de 14 años).....	55
TABLA 5. Indicadores de Planificación Familiar.....	56
TABLA 6. Indicadores de Prevención de Cáncer.	56
TABLA 7. Estructura Poblacional Zona Nariño Año 2007.	71
TABLA 8. Indicadores de Crecimiento y Desarrollo (menores de 14 años)	74
TABLA 9. Indicadores de vacunación (menores de 14 años y en mujeres)	74
TABLA 10. Indicadores de Salud Oral (menores de 14 años).....	75
TABLA 11. Indicadores de Planificación Familiar.....	76
TABLA 12. Indicadores de Prevención de Cáncer.	76
TABLA 13. Estructura Poblacional Zona Mondomo Año 2007.	92
TABLA 14. Indicadores de Crecimiento y Desarrollo (menores de 14 años).....	94
TABLA 15. Indicadores de vacunación (menores de 14 años y en mujeres)	95
TABLA 16. Indicadores de Salud Oral (menores de 14 años).....	96
TABLA 17. Indicadores de Planificación Familiar.....	96
TABLA 18. Indicadores de Prevención de Cáncer.	96
TABLA 19. Informantes clave en el proceso de investigación en Santander de Quilichao.	104
TABLA 20. Variables en el Proceso de Investigación en Santander de Quilichao.	110
TABLA 21. Coberturas de afiliación al SGSSS. Santander de Quilichao, 2008	115
TABLA 22. Coberturas de afiliación al SGSSS. Santander de Quilichao, 2010	116
TABLA 23. Consulta Externa por Régimen. Santander de Quilichao. 2008.....	116
TABLA 24. Consulta Externa por Régimen. Santander de Quilichao. 2010	117
TABLA 25. Causas de Morbilidad por Grupos. Santander de Quilichao. 2008.	117
TABLA 26. Causas de Morbilidad por Grupos. Santander de Quilichao. 2009.	118
TABLA 27. Causas de Morbilidad por Grupos. Santander de Quilichao. 2010.	119
TABLA 28. Tablas de Contingencia del Ingreso al Programa de C y D antes y después de la implementación de APS en Santander de Quilichao. 2007 - 2010.....	121
TABLA 29. Tablas de Contingencia del Esquema del PAI antes y después de la implementación de APS en Santander de Quilichao. 2007 – 2010.	121
TABLA 30. Tablas de Contingencia del Programa de PF antes y después de la implementación de APS en Santander de Quilichao. 2007 - 2010.....	122

TABLA 31. Tablas de Contingencia del Programa de Detección CCU antes y después de la implementación de APS en Santander de Quilichao. 2007 - 2010.....	122
TABLA 32. Tablas de Contingencia del Programa de CPN antes y después de la implementación de APS en Santander de Quilichao. 2007 - 2010.....	123
TABLA 33. Tablas de Contingencia del Programa de Detección Temprana de Alteraciones del Joven antes y después de la implementación de APS en Santander de Quilichao. 2007 - 2010.....	123
TABLA 34. Tablas de Contingencia del Programa de Salud Oral antes y después de la implementación de APS en Santander de Quilichao. 2007 - 2010.....	124
TABLA 35. Tablas de Contingencia del Programa de Hipertensión Arterial antes y después de la implementación de APS en Santander de Quilichao. 2007 - 2010.....	124
TABLA 36. Tablas de Contingencia del Programa de Diabetes Mellitus antes y después de la implementación de APS en Santander de Quilichao. 2007 - 2010.....	125
TABLA 37. Tablas de Contingencia de las Denuncias por VIF, MI, ASI antes y después de la implementación de APS en Santander de Quilichao. 2007 - 2010.....	125
TABLA 38. Porcentajes de respuesta po NAP de acuerdo a la pregunta 1.....	144
TABLA 39. Porcentajes de respuesta po NAP de acuerdo a la pregunta 2.....	144
TABLA 40. Porcentajes de respuesta po NAP de acuerdo a la pregunta 3.....	144
TABLA 41. Porcentajes de respuesta po NAP de acuerdo a la pregunta 4.....	144
TABLA 42. Porcentajes de respuesta po NAP de acuerdo a la pregunta 5.....	145
TABLA 43. Porcentajes de respuesta po NAP de acuerdo a la pregunta 6.....	145
TABLA 44. Porcentajes de respuesta po NAP de acuerdo a la pregunta 7.....	145
TABLA 45. Porcentajes de respuesta po NAP de acuerdo a la pregunta 8.....	145
TABLA 46. Porcentajes de respuesta po NAP de acuerdo a la pregunta 9.....	146
TABLA 47. Distribución por frecuencia de citologías cervicouterina tomadas según lugar de la toma.	147
TABLA 48 distribución por frecuencia de citología anormal según trimestre del año por lugar de la toma.	148
TABLA 49 Distribución por frecuencia de pacientes con pruebas de diagnóstico según lugar de la toma durante el año 2010.	149
TABLA 50. Veinte Primeras Causas de Mortalidad en Santander de Quilichao. 2008.....	154
TABLA 51. Veinte Primeras Causas de Mortalidad en Santander de Quilichao. 2009.....	154
TABLA 52. Veinte Primeras Causas de Mortalidad en Santander de Quilichao. 2010.....	155
TABLA 53. Eventos SIVIGILA 2007-2009 (Mortalidad Materna-Perinatal, IRA, EDA, Sífilis Congénita y Gestacional)en Santander de Quilichao. 2010	156

LISTA DE MAPAS

MAPA 1. Cartografía Social Barrio Belén, Zona Morales Duque.....	44
MAPA 2 Cartografía Social Vereda la Arrobleda, Zona Morales Duque.....	45
MAPA 3 Cartografía Social Barrio El Arroyo, Zona Morales Duque.	45
MAPA 4 Cartografía Social Barrio Lourdes, Zona Morales Duque.	46
MAPA 5 Cartografía Social Vereda la Palestina, Zona Morales Duque.	46
MAPA 6 Cartografía Social Vereda San Rafael, Zona Morales Duque.	47
MAPA 7 Cartografía Social Veredas Quebrada I y Quebrada II, Zona Morales Duque.	47
MAPA 8 Cartografía Social Barrio Porvenir, Zona Morales Duque.	48
MAPA 9 Cartografía Social Barrio Vida Nueva, Zona Morales Duque.	48
MAPA 10 Cartografía Social Vereda San Antonio, Zona Morales Duque.	49
MAPA 11 Cartografía Social Vereda Taminango, Zona Morales Duque.	49
MAPA 12 Cartografía Social Vereda Lomitas Arriba, Zona Morales Duque.....	50
MAPA 13 Cartografía Social Vereda Lomitas Abajo, Zona Morales Duque.	50
MAPA 14. Cartografía Social Vereda Alegrías, Zona Nariño.	66
MAPA 15 Cartografía Social Vereda Dominguiillo, Zona Nariño.	66
MAPA 16 Cartografía Social Vereda El Palmar, Zona Nariño.	66
MAPA 17 Cartografía Social Vereda Mazamorrero, Zona Nariño.	67
MAPA 18 Cartografía Social Vereda El Tajo, Zona Nariño.	68
MAPA 19 Cartografía Social Barrio Nariño, Zona Nariño.	68
MAPA 20 Cartografía Social Barrio Villa del Sur, Zona Nariño.	69
MAPA 21 Cartografía Social Barrio Bello Horizonte, Zona Nariño.	70
MAPA 22 Cartografía Social Barrio Santa Inés, Zona Nariño.	70
MAPA 23 Cartografía Social Vereda Alto Miraflores, Zona Mondomo.	86
MAPA 24 Cartografía Social Vereda La Alita, Zona Mondomo.	87
MAPA 25 Cartografía Social Corregimiento Mondomo, Zona Mondomo.....	87
MAPA 26 Cartografía Social Vereda La Chapa Alta, Zona Mondomo.	88
MAPA 27 Cartografía Social Vereda La Chapa Baja, Zona Mondomo.	88
MAPA 28 Cartografía Social Vereda Tres Quebradas, Zona Mondomo.	89
MAPA 29 Cartografía Social Vereda Nueva Colombia, Zona Mondomo.	89
MAPA 30 Cartografía Social Vereda Caloteño, Zona Mondomo.	90
MAPA 31 Cartografía Social Vereda Arbolito, Zona Mondomo.	90
MAPA 32 Cartografía Social Vereda El Turco, Zona Mondomo.	91

RESUMEN

Objetivo: evaluar el proceso de implementación del programa de Atención Primaria en Salud en QUILISALUD ESE Santander de Quilichao, Cauca entre 2007 y 2010.

Materiales y métodos: se realizó un estudio evaluativo de los resultados de la implementación del programa de Atención Primaria en Salud en una ESE. Para tal fin, se combinaron métodos cualitativos y cuantitativos. Se analizaron los datos mediante la técnica de análisis narrativo del contenido y los datos cuantitativos con el paquete estadístico SPSS19. **Resultados:** El haber investigado sobre cómo son la coherencia, los factores facilitadores y limitantes en cuanto a valores, y los principios de la APS y los logros del proceso de implementación del programa de Atención Primaria en Salud en Santander de Quilichao entre los años 2007 – 2010, sirvieron para dejar la evidencia de la efectividad de la intervención y de los modelos de salud basados en APS, esto basado en la perspectiva de los actores frente al programa y en la evaluación de los logros que permitió mostrar que en los siete programas medidos el nivel crítico era <0.05 , por lo cual se podía en todos rechazar la Hipótesis nula de *igualdad de proporciones antes – después* y concluir que la proporción de ingresos, pacientes controlados, esquemas completos y denuncias de acuerdo a cada programa antes de la implementación ha cambiado significativamente aumentando tras la implementación de APS.

Conclusiones: Evaluado los impactos a corto plazo se requiere medir los impactos a largo plazo que ha tenido la estrategia y hacerlo en el presente para poder generar planes de mejora y fortalecer el Plan de Acción del Programa y sigan impactando la salud de la comunidad en el municipio.

Palabras clave: Atención Primaria en salud, estrategias, evaluación de programas,

INTRODUCCIÓN

Colombia es un país que ha desarrollado muchas experiencias antes de ALMA ATA, Candelaria, en 1951, mostraba su municipio como un modelo que desarrollo el primer programa de salubridad y educación sanitaria, denominado Proyecto Gorgona que tenía como objetivos “obtener de la comunidad el desarrollo de sus recursos para elevar su estándar de vida, mejorar la salud, y lograr su bienestar”.

Es más, en 1956 el Doctor Héctor Abad Gómez propuso el desarrollo en el país del trabajo desde las promotoras de salud, además las experiencias de Antioquia, Santa fe de Bogotá, Choco, Vaupés, Guaviare, Urabá, Bucaramanga, Valle, y la del Cauca, en Popayán y hoy particularmente la de Santander de Quilichao, donde se inicio desde 1981 con la estructuración de equipos operativos conformados, por médicos, odontólogos y Promotores de Salud, estos últimos personas de la comunidad con formación en salud, que basaban su labor en la educación de los individuos y sus familias con una perspectiva que integraba su entorno, su cultura, sus costumbres, pero aún con una tendencia medicalizada, es por eso que este municipio empieza a nutrir un proceso que hoy requiere evaluar, pues la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) asumida para tal fin desde 2004, suplió las necesidades de las personas, por lo que hay que considerar entonces de manera retrospectiva el tema de acceso y calidad de los servicios de salud, considerando los diversos factores de orden social, económico, técnico, cultural, político y ambiental dados en Santander de Quilichao.

Sin embargo este municipio ha apostado y estructurado su modelo de atención a una óptica basada en la justicia social, para lo que requieren y ven en la APS el mejor referente para alcanzar las metas apoyados en la voluntad política y la apropiación

comunitaria generada por la respuesta que hasta ahora han recibido a sus necesidades.

En resumen la APS fue una estrategia que en Colombia se ha implementado ampliamente desde antes de la ley 100 de 1993 pero que se ha mantenido o retomado en pocos lugares, en el caso del Departamento del Cauca tiene una experiencia para evaluar y mostrar en el Municipio de Santander de Quilichao, en donde se viene realizando progresivamente con la comunidad programas que han ido estructurando y trabajando para ser modelo de atención en la Empresa Social del Estado QUILISALUD, que es un ente municipal descentralizado que atiende la población del régimen subsidiado y población pobre no asegurada del municipio. Trabajo que hoy llena de motivos esta investigación.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En 1978 en el contexto de la Declaración de Alma Ata, se adoptan una serie de recomendaciones y compromisos para que los gobiernos y los sistemas de salud consideren la atención primaria en salud (APS) como una estrategia, para lograr la meta de salud para todos en el año 2000.

Sin embargo, 30 años después la definición ha resultado compleja, pues la pluralidad en sus definiciones ha provocado dificultades operativas para establecer el producto del desarrollo de la estrategia, a la vez, la manera de evaluarla, pues esta estrategia se puede ver desde diferentes ángulos de aplicación.

En consecuencia y teniendo en cuenta que en la Región de América latina las limitaciones frente a la evaluación de los atributos de la APS son también evidentes, la Organización Panamericana de la Salud, en el proceso de renovación propuso un plan de acción, que deja claro que las experiencias desarrollados en diversos países proponen que la APS puede adaptarse a contextos políticos, sociales, culturales y económicos variados, esto ha planteado retos de evaluación para que el limitado uso de los resultados de dichas evaluaciones en los sistemas de salud, o modelos de salud o de estrategias de salud que esté basado en la APS se disminuya y logre su mejor exposición.

En Santander de Quilichao, un municipio ubicado en el norte del departamento del Cauca, con cerca de 85.000 habitantes, de los cuales el 51% viven en zona rural en 102 veredas y el otro 49% distribuidos en 57 barrios, de estrato socioeconómico entre 1 y 5, que cuenta con un aseguramiento en salud del 82 % aproximadamente, población que es atendida por un (1) prestador público y cerca de diez (10) privados que atienden la baja complejidad y un (1) hospital que atiende la mediana

complejidad, se está llevando un proceso de salud basado en la APS que aún no ha sido evaluado.

Por esta razón y sabiendo que los valores, principios y los elementos fundamentan el qué hacer de la APS se propone investigar ¿Cómo es la coherencia, los factores facilitadores, limitantes y los logros del proceso de implementación del programa de Atención Primaria en Salud en Santander de Quilichao entre los años 2007 – 2010?

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el proceso de implementación del programa de Atención Primaria en Salud en QUILISALUD ESE Santander de Quilichao, Cauca entre 2007 y 2010.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1. Determinar la coherencia entre el programa de APS tal como fue planteado y los recursos y estrategias, actividades o servicios que se llevaron a cabo en su implementación.
- 2.2.2. Identificar los factores facilitadores y limitantes para la implementación del programa desde los valores/principios de la APS renovada.
- 2.2.3. Describir los logros del programa percibidos por los actores participantes.
- 2.2.4. Establecer los logros del programa en términos del cumplimiento de sus metas.

3. MARCO TEÓRICO

CAPITULO I. HISTORIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

La precaria situación de salud y la limitada asistencia sanitaria de las comunidades llevo a que desde el siglo XVI científicos como Turnock, Villermé, Engels, Virchow y Snow, iniciaran un análisis e hicieran propuestas sobre qué determinaba en las personas, en las familias y en las comunidades el estado de salud – enfermedad. Encontrando así ambientes contaminados, hacinamiento, bajos ingresos económicos, distancias abrumadoras entre la vivienda y los sitios de trabajo, denotando entonces una realidad mediada por mecanismos sociales, culturales, biológicos y psicológicos que convertían el estado físico y moral en un aspecto relativo e involuntario de los individuos. Investigaciones que se convirtieron en una estructura científica importante para la salud pública, desde entonces hasta ahora, y aunque el concepto de atención primaria en salud ha evolucionado, por las diversas experiencias de los países, la estrategia al igual que las posturas de estos autores sigue siendo más que *“una simple extensión de los servicios básicos de salud; pues abarca factores sociales y de desarrollo y si es aplicada de manera apropiada influirá en el funcionamiento del resto del sistema de salud”*.

Para comenzar una teorización es importante partir del esquema mismo desde donde se inicio a conocer la atención primaria, con lo que encontramos como el Profesor de Administración Sanitaria Milton Romer cita en el documento de Evaluación de los Centros de Salud Publica que en 1920 se presentó al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña por parte del Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines el informe Dawson con “recomendaciones acerca ... de los esquemas

necesarios para proporcionar en forma sistemática aquellos servicios médicos y afines... que deben estar a la disponibilidad de los habitantes de una región dada”.

Puesto que según argumentaba el Consejo la medicina no estaba colocando al alcance de la población y de manera adecuada su conocimiento.

De ahí que se hacía indispensable organizar la profesión médica con el fin de expandir el conocimiento para resolver las necesidades tanto individuales como colectivas. Con condiciones, que desde entonces ya se hacían visibles e indispensables, es decir, considerando que la atención de la salud – enfermedad requiere de distintos niveles de complejidad y tecnología que debe estar puesta al alcance de la comunidad, generando unos costos beneficios que estos puedan cubrir.

Dicho de otro modo la medicina no debe olvidar su objeto: el individuo, su familia, así como el lugar de estos en un entorno y como parte de una cultura, además con necesidades específicas y que cualquier plan de salud que proponga una región también las considere.

Con lo que ayuda a estructurar esta clasificación de los servicios:

- I. Domiciliarios:
- II. Institucionales:
 - a. Centro de Salud
 - b. Hospital docente

En resumen esta estructura es la que se considerara para la evaluación y posteriores recomendaciones en la presente evaluación en Santander de Quilichao.

También en se deben considerar elementos en la historia de la medicina China en donde alrededor de 1949 en gobierno al considerar su insuficiente cuerpo médico, pues en la época tenían una proporción de un médico por cada 35.600 habitantes es decir, 15.000 para una población que alcanzaba los 550 millones de personas. Conduciendo esto a que se planteara programas que permitieran brindar asistencia primaria en los lugares de trabajo y en la vivienda.

Así se forma uno de los pilares fundamentales de la sanidad china los “médicos descalzos”, que son campesinos elegidos por su comunidad, los cuales fueron capacitados en labores sanitarias básicas que les permitían la vigilancia de la higiene en el hogar, la vacunación, los primeros auxilios en caso de accidente y el seguimiento en casa de los enfermos, y sin que por sus funciones abandonaran sus labores agrícolas. Este personal auxiliar de formación primaria llevo a que China contara 1.200.000 médicos descalzos, es decir, uno por cada 750 habitantes quienes además de la capacitación, complementaban sus conocimientos con la asistencia por uno o dos días a los centros sanitarios rurales cercanos a su vivienda.

Para la década de 1940 Sudáfrica experimentaba cambios sociales, económicos y políticos que ponen también de manifiesto su gran experiencia en la salud pública y en un modelo de atención primaria que dejaba lecciones para la salud pública e donde sus profesionales sabían que tenían que “aprender del pasado para planear el futuro”. Y es que entre 1930 y 1940 varios doctores entre los que se encontraban Sidney y Emily KARK evaluaron las prácticas tradicionales de la salud pública llegando a una comprensión holística de las inferencias causales y las raíces de la enfermedad, lo que ha pasado en repetidas ocasiones desapercibido no solo para la salud pública, sino para la epidemiología. Esta experiencia llevada a cabo en Pholela, mostró la necesidad de la coordinación intersectorial en la promoción de la salud y la participación social, así es como el sistema y los trabajadores agrícolas se unieron para trabajar juntos en la reducción de la malnutrición en las personas, los

animales y el suelo. Creando después de la encuesta de Nutrición realizada por Kark y Harding en 1939, en las escuelas, tres unidades de salud sindicales como piloto de su propuesta. Estas unidades contaban con asistentes de salud que eran personas de las comunidades capacitadas y que trabajaban entre otra promoción de la higiene, la salud y la nutrición.

Entre 1955 y 1969, en Costa Rica se construyó el “Hospital sin Paredes”, como un programa que respondiera a las necesidades y a la diversidad de la comunidad, que fuera la puerta de entrada a los servicios, considerando al paciente como un ser con historia, cultura ejes importantes para la producción de salud y bienestar para él y su entorno.

Por esta razón el documento del Hospital proyectado a la comunidad y la comunidad al hospital, implementado en 1971, con el aval del Ministro de Salud José Luis Orlich es un programa que se ha desarrollado en Costa Rica desde entonces.

Hospital sin paredes es un sistema de servicios basados en las necesidades comunitarias y no en la demanda de servicios y su objetivo es crear corresponsabilidad para que la comunidad desarrolle en forma integral conocimiento para el bienestar individual y colectivo.

Así en Costa Rica “se ha establecido un sistema escalonado de atención desde el domicilio hasta el hospital”. Este sistema escalonado considera una puerta de entrada por los puestos de salud los cuales cuentan con un sistema de doble vía uno de referencia y otro de programación comunitaria que son acuerdos realizados a través de las Asociación Regional de Medicina Comunitaria.

En Colombia en el año de 1951 en el departamento del valle, en el municipio de Candelaria, se desarrollo el primer programa de Salubridad y educación sanitaria denominado “Proyecto de la Gorgona” y sus objetivos eran potencializar la

comunidad desde sus propios recursos para lograr una mejor calidad de vida, mejorar su salud y lograr bienestar.

Lo que se desarrollaba en el programa comprendía: “a) Realización de un servicio médico integral en todos los aspectos de medicina preventiva, medicina curativa, medicina ambiental y bienestar social; b) desarrollo de la enseñanza medica extramural; c) organización de cursos de asistencia y educación sanitaria, para hacer conocer a la población temas sobre diferentes aspectos de la salud; d) creación en todos los corregimientos de servicios médicos y odontológicos; e) organización de la comunidad para que esta eleve sus condiciones de vida y adquiriera plena confianza en el desarrollo de sus propias iniciativas y capacidades para la solución de sus problemas; f) desarrollo del Centro de manera que permita servir de sitio de adiestramiento para personal egresado de otras facultades y escuelas; g) investigación periódica de problemas ecológicos, socio antropológicos, etc.; h) evaluación metódica de los conocimientos y experiencias adquiridos durante el proceso de este programa, para analizar y complementar los proyectos que se realicen a futuro. Todo esto basado en un estudio de los principales problemas que afectaban las zonas rurales del municipio y las características socio económicas y ambientales de la población campesina, fomentando así la participación comunitaria pretendiendo alcanzar la integración total del programa y el reconocimiento de los recursos de la comunidad.

Entre tanto la Organización Panamericana de la Salud en 1977 formuló un Plan de Acción que buscaba orientar tanto a los Gobiernos en sus Planes Nacionales de salud, como a las regiones en la formulación de sus programas; y a nivel de la Organización tener “participación como Región en la instrumentación de las estrategias globales de Salud para Todos en el años 2000”.

Este Plan de acción es dinámico y será ajustado a las nuevas situaciones resultado de las experiencias obtenidas, teniendo en cuenta que es un plan sistemático que

incluye monitoria y evaluación de su desarrollo. Para lo cual se plantean fundamentalmente aspectos a considerar como:

Metas

1. Esperanza de vida al nacer
2. Mortalidad de niños de 1 a 4 años
3. Inmunizaciones
4. Agua potable y disposición de excretas
5. Coberturas con servicios de salud

Objetivos

1. Restauración y expansión de los sistemas de servicios de salud para mejorar su equidad, eficacia y eficiencia.
2. Promoción y perfeccionamiento de la articulación y cooperación intersectorial
3. Promoción y mejoramiento de la cooperación regional e interregional

Grupos humanos prioritarios y problemas de salud

Por lo anterior “la explicación de la evolución del proceso requiere la combinación de los enfoques epidemiológico, económico e histórico, y no puede quedar reducida a la simple constatación de diferencias numéricas entre los objetivos propuestos y los resultados obtenidos”.

Así la Organización podrá asegurar su cooperación como Región para el cumplimiento de la meta de Salud para todos.

Por eso cada vez hay mayores y mejores acuerdos entre naciones que tienen condiciones de pobreza y entre los que no las tienen o son denominados países ricos, esto para convergir respecto al tipo de problemas de salud que hay que

resolver. “El desarrollo de una sociedad, ya sea rica o pobre, puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, por cómo se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y por el grado de protección de que gozan las personas afectadas por la enfermedad. En este sentido la Organización Mundial de la Salud en 2005 puso en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, llevando a que se diera una sociedad entre países, formulando con estos políticas y programas que permitieran cubrir toda la población e influir sobre los determinantes sociales de la salud, con un espíritu de de justicia social.

CAPITULO II. BASES CONCEPTUALES DE LA APS

Desde hace muchas décadas se dan esfuerzos por generar en la comunidad acciones que le garanticen su salud. Es por eso, que en 1978, en, que el gobierno de la antigua Unión Repúblicas Socialistas Soviéticas, invito a que en Alma Ata se reunieran expertos de todo el planeta patrocinados por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, para considerar acciones urgentes para proteger y promover la salud de todos los pueblos.

En esta conferencia que reunió a cerca de 134 países, y fijaron unos objetivos luego de los cuales surgió un informe en el cual se definía que “La atención primaria en salud es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad”.

Además en esta la OMS y UNICEF presentaron un informe que recoge todas las herramientas necesarias para que los países implementen la estrategia dentro de sus sistemas de salud, reconociendo que el proceso de este estará sujeto a las dinámicas sociales y económicas de los mismos.

Dentro de este informe se plantean los aspectos operativos de la atención primaria de salud entre lo que se encuentra *la evaluación*, la cual propone que “hay que prever un proceso de evaluación para asegurarse de que la atención primaria de salud funciona adecuadamente y de que la experiencia adquirida se aprovechara

para mejorar el programa”. Y menciona componentes que sirven de referente para el proceso:

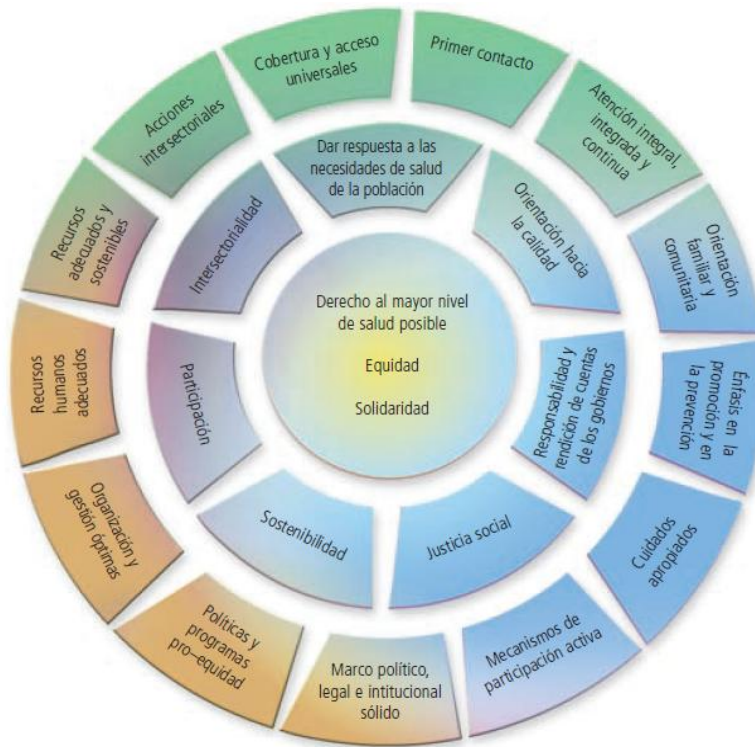
- a. Desarrollo social
- b. Análisis de la eficiencia y la eficacia del programa
- c. Grado de participación y de satisfacción de la comunidad frente al programa.
- d. Impacto socioeconómicos en la comunidad, y plantea además la importancia de realizar en esta evaluación el establecimiento de impactos.

Así mismo define aspectos relevantes para su desarrollo como unos Principios, Características, Áreas Prioritarias y unos Lineamientos para la Evaluación referencia alma ata

El reconocimiento de los esfuerzos y la voluntad por seguir generando estrategias que den a la población una salud considerada con una perspectiva integradora llevan a que en 2008 se dé una posición por parte de la OPS/OMS que justifican la adopción de una estrategia renovación en cuanto a la APS, pues lo considera como una condición esencial no solo para asumir los desafíos epidemiológicos sino los compromisos internacionales ligados al desarrollo del nuevo milenio, como los que se encuentran en la Declaración del Milenio, y también los determinantes sociales de la salud, llegando a alcanzar el nivel de salud más alto posible para todos.

Por todas estas razones la renovación de la APS propone con mayor fuerza un enfoque razonado y basado en la evidencia que permita lograr una atención universal integral e integrada llevando a hacer una propuesta para la construcción de sistemas de salud basados en Atención Primaria en Salud (Grafica No. 1).

GRAFICA 1. Valores, Principios y Elementos Esenciales en un Sistema de Salud Basado en APS.



Fuente: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

De ahí que, la atención primaria ha sido considerada la puerta de entrada al sistema de salud, por lo tanto esa entrada debe tener las mejores garantías para que al pasar por ella los servicios que se encuentran dentro tengan la calidad necesaria. Y para ello autores como Moreno y colaboradores (1998) han propuesto modelos de evaluación de la calidad de la atención primaria en los cuales considera que “la evaluación de la calidad de la atención de los servicios que se brindan en el primer nivel de atención debe ser preocupación permanente tanto del personal de conducción y administración del sistema de salud como del que se desempeña en ese nivel y de la comunidad, ya que la capacidad resolutoria y el adecuado desempeño del mismo, condiciona fuertemente la equidad de todo el sistema”.

Es decir, que la estructura, procesos y resultados de las estrategias de atención que se tengan en los centro de salud, en los que se atienden la baja complejidad, de ser satisfactorios generaría una disminución en la demanda de los servicios de mayor complejidad, desde la consulta ambulatoria, hasta la hospitalización, mostrando beneficios en costos para el sistema de salud en el cual estén inmersos como en calidad de vida de la población que los disfruta.

Incluso, como lo plantea la Organización Panamericana de la Salud, tener un sistema de salud basado en la APS favorece el costos – beneficio en la atención, siendo esta estrategia la que puede regular en el sistema el flujo de información, pues con la Atención Primaria, los servicios no se pueden quedar solo en el primer nivel de atención sino que se le debe garantizar al individuo, a la comunidad una respuesta a sus necesidades. Por tal razón “la integración de los diferentes niveles de atención exige buenos sistemas de información que permita la planificación, el monitoreo y la evaluación del desempeño, mecanismos de financiación correctos que aseguren la continuidad de la atención, y enfoques basados en la evidencia para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.”

De esta manera, y similar a la *dinámica* en la vida de un *individuo*, la *dinámica* con las acciones de *Salud Pública* en Santander de Quilichao están teniendo sus procesos de evolución, evolución que responde a la *Renovación que está teniendo la APS, hoy más necesaria que nunca*, y para que en el municipio siga haciendo sostenible y trabajable el objetivo político y social de mejorar el estado de salud de la población y ayudar en su calidad de vida, debe tener la función esencial de hacer monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud, por eso la necesidad de iniciativas que pretenden evaluar la Atención Primaria en Salud.

Sin embargo autores como Moreno E, Donabedian y Potvin han planteado una perspectiva diferente de los programas de salud y de la manera como evaluarlos como lo que se define en el Modelo de Evaluación de programas de salud (Figura 2)

donde se parte del modelo propuesto por Potvin y se modifica relacionando teniendo que en el modelo a utilizar en esta evaluación las condiciones del ambiente serán tratadas como los valores que se proponen en la APS renovada, y que son más que los aspectos sociales que se implementan en un programa, pues los valores son esenciales como menciona en su documento de posición la OPS, pues con estos se establece las prioridades y la forma de evaluar si los pactos sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la gente, en cuanto a lo que Potvin plantea como los recursos, los sistemas, en modelo modificado se tomara como los principios que son aspectos que siempre dependerán del contexto en los cuales estén ubicados.

CAPITULO III. EL PROGRAMA DE APS EN SANTANDER DE QUILICHAO

3.1. Plataforma Estratégica de QUILISALUD Empresa Social del Estado

MISIÓN

Somos una empresa social del estado de carácter municipal que presta servicios de salud de baja complejidad a la población Quilichagueña, a través de Mecanismos y estrategias que propenden apoderar a la comunidad en conocimientos, prácticas y actitudes saludables; soportados en la filosofía de mejoramiento continuo.

VISIÓN

En el año 2012 ser reconocidos como una empresa de salud que genera comunidades saludables; a través de una modelo de atención participativa.

POLÍTICA DE CALIDAD

Quilisalud es una empresa que promueve la participación efectiva de la comunidad en la selección, aplicación y evaluación conjunta de las herramientas que inciden en los determinantes sociales de la salud y la transformación favorable del entorno, garantizando así, el mejoramiento continuo y control de la salud en los diferentes ciclos de vitales a través de un modelo de atención primaria que articule el enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con la atención, tratamiento y rehabilitación oportuna al individuo y su familia, apoyados en un recurso humano competente, con infraestructura y tecnología adecuada para nuestro nivel de complejidad.

CARTA DE VALORES

Compromiso: cumplir con nuestras labores, con sentido de pertenencia hacia la empresa y a lo que realizamos diariamente

Autocontrol: es evaluar permanentemente nuestro trabajo, procurarnos un sistema que nos facilite tal medición y emprender acciones que permitan mejorar nuestro desempeño.

Trabajo en equipo: apoyar desde nuestra labor individual a la colectiva, encaminado nuestros esfuerzos hacia una atención oportuna y eficiente.

Eficiencia: ser capaces de realizar las actividades laborales con calidad y en el tiempo requerido.

Responsabilidad: actuar de manera coherente frente a la labor asignada y acorde a las políticas de la empresa.

Innovación: ruptura de paradigmas y adaptación a los cambios.

Tolerancia: es respetar la actitud y opinión de los demás; aunque no la compartamos; estableciendo acuerdos que permitan la sana convivencia.

Orden: asumir y ejecutar las actividades de acuerdo a lo planeado al interior de la institución.

PUNTOS DE ATENCIÓN



CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO



CENTRO DE SALUD MORALES DUQUE



CENTRO DE SALUD MONDOMO



CENTRO DE SALUD CENTRO

3.2. Programa de Atención Primaria en Salud en Santander de Quilichao.

En el año 2007 QUILISALUD ESE, la única empresa social del estado de Nivel I del Municipio de Santander de Quilichao que atiende la población del régimen subsidiado y la población pobre no asegurada, decide emprender una propuesta para contribuir a mejorar la calidad de vida de los quilichagueños. De esta manera se asesora de profesionales con una amplia experiencia en el tema de Atención Primaria en Salud (APS) y emprende una decidida tarea por generar una programa que contemplara un plan de acciones construido con la participación de la comunidad, un plan de acción que supliera las necesidades que eran manifiestas por la misma personas en cada una de las zonas.

Es así como después de varias análisis de la dinámica poblacional y de las tendencias en morbilidad y mortalidad del municipio, QUILISALUD planteo unas zonas en donde se iba a generar el programa inicialmente, estas poblaciones presentaban características comunes como la gran vulnerabilidad social de su poblaciones, necesidades básicas insatisfechas, limitado acceso a las servicios de salud, entre otros, que llevaron a los tomadores de decisión a reconocer a estos 33 barrios y veredas como las áreas donde se articularían todos los esfuerzos intersectorial para iniciar el Programa de APS en Santander de Quilichao.

El desarrollo de este programa se inicio con la elaboración del observatorio y la cartografía social, a fin de construir con participación comunitaria un diagnostico social estratégico de la zona asignada, identificando factores de riesgo sociales, necesidades y recursos con que cuenta la comunidad.

De esta manera se da inicio a la estructuración del Programa de APS que fue denominado no como estrategia, como se conoce a la APS, pues en el sentir y la perspectiva de los tomadores de decisión estaba en que un programa abarca una

serie de estrategias y de acciones integrales e integradoras, y eso era para QUILISALUD, el programa de APS, es por esta razón y teniendo en cuenta los documentos construidos por la Institución que este trabajo de investigación se llama evaluación del Programa de APS de QUILISALUD ESE, esto sin dejar de reconocer que la APS es planteada como ESTRATEGIA y que cuenta con su estructura fundamentada en unos valores, principios y elementos que permiten su accionar.

3.2.1. FASES DE DESARROLLO DEL PROGRAMA DE APS EN SANTANDER DE QUILICHAO

1. Sensibilización y motivación a los actores institucionales y comunitarios.
2. Inducción, actualización y formación de los responsables en los diferentes niveles.
3. Planeación de las actividades para la identificación de las problemáticas a intervenir.
4. Caracterización de la población:
 - ✓ COMUNITARIA: elaboración del diagnostico social estratégico participativo: observatorio y cartografía social.

FAMILIAR: SICAPS

5. Formulación de los planes de acción, basados en los programas de:
 - Alteración del C y D.
 - PAI
 - Planificación Familiar.
 - Detección Temprana CCU.
 - Control Prenatal.
 - Joven.
 - Salud Oral
 - Hipertensión Arterial.

- Diabetes.
 - VIF, MI, y Abuso Sexual.
6. Ejecución de las actividades basado en estrategias:
- Escuelas Saludables
 - Maternidad Segura y Feliz
 - IAMI
 - AEIPI
 - ABC (Seguridad Alimentaria)
 - Salud Oral
 - Estilos de Vida Saludable
 - Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes
 - Sistemas Integrados de Tratamiento (APS Mental)
 - COMBI para Dengue (SSDC)
7. Monitoreo y evaluación.

3.3. CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN DEL PROGRAMA DE APS EN SANTANDER DE QUILICHAO¹.



¹ QUILISALUD ESE. Programa de Atención Primaria en Salud: Análisis Situación de Salud y Plan de Acción. Santander de Quilichao Cauca. 2008.

3.3.1. ZONA MORALES DUQUE

ZONA		No. FAMILIAS	AUXILIARES FORJADORES
1	Porvenir	922	Levinia Gutierrez
2	Betania	374	Beatriz Ocoro
	Vida Nueva	230	
3	Rosario	471	Martha Guzmán
	Lourdes	197	
4	Belen	402	Sandra Peña
	Arroyo	184	
	la Arrobleda	440	
5	La Quebrada I	109	Sol Mireya Rodriguez
	La Quebrada II	40	
6	San Rafel	448	
	Palestina	48	
	San Antonio	405	
7	Lomitas arriba	168	Edwin Angulo
	lomitas abajo	200	
	Taminago	181	

Coordinadora NAP: ALEJANDRA ARIAS G – Enfermera.

3.3.1.1. Visitas de observación.

En esta etapa, se realizaron visitas de contacto con la comunidad, identificando los líderes formales e informales, y los demás actores sociales reconocidos por la comunidad.

Posteriormente con la participación de la mayoría de estos líderes identificados, el equipo de atención primaria en salud realizó el reconocimiento del terreno, identificando características generales de la población, riesgos físicos y psicosociales

que puedan afectar no solo la salud sino el bienestar de la población y a su vez los recursos con que cuenta la comunidad.

3.3.1.2. Características Generales de la Zona

Población:

La zona de Morales Duque, cuenta aproximadamente con 16.016 habitantes distribuidos en 5015 familias. Dentro de la población según información de la comunidad predomina la raza afro descendiente, seguida por la de los mestizos y los indígenas.

Actividad Económica:

Según los líderes comunitarios la mayor parte de la población se dedica al comercio informal, siguiendo en su orden la agricultura, el comercio formal, el sector industrial de servicios y por último la pesca.

Cultura Religiosa:

La mayoría de los habitantes de la zona practica la religión católica y el cristianismo, seguidos de una minoría que practican la religión adventista y pentecostal.

Vivienda:

La zona cuenta con 3350 viviendas, construidas en su orden a base de ladrillo, bahareque, tabla y unas pocas en esterilla y cartón. En sus techos predominan materiales como tejas de barro, zinc y planchas de cemento; y entre sus pisos se encuentran las baldosas, cemento o tierra, como se puede apreciar en las fotografías que a continuación se presentan.



Fotografías: Viviendas en esterilla construidas en la zona

Servicios Públicos:

Los habitantes de ésta zona, cuentan en su mayoría con servicios públicos, aunque en las áreas rurales especialmente, hacen falta el mejoramiento de algunos de ellos. La comunidad se ha preocupado por encontrar alternativas que permitan el beneficio y la satisfacción de las condiciones básicas, claro ejemplo de ello, son la construcción y mantenimiento de los acueductos veredales y la solidaridad en la distribución de agua para el suministro diario, como se puede apreciar en las fotografías que a continuación se presentan.

3.3.1.3. Recursos de la comunidad

Aunque en ésta área hay diversas necesidades, hay recursos propios que favorecen el desarrollo del sector, mejorando de algún modo las condiciones de vida y sostenimiento de las familias.

Se encuentra como la actividad económica predominante del sector, la agricultura; es frecuente encontrar cultivos de arroz, yuca, maíz amarillo, caña de azúcar, zapallo,

habichuela, aguacates, plátano, producción de cítricos, cultivos de piña, los frutales como mango, maracuyá, dentro de las diferentes fincas del sector, los cuales se comercializan en la galería del municipio.

Además, se encuentra que las personas laboran en actividades como son:

Zona rural:

- Rayandería
- Piscicultura.
- Vacas de ordeño.
- Ganadería
- Pasto de corte.
- Criaderos de pollos y cerdos.
- Cultivos de guadua
- Venta de minutos.
- Tiendas.
- Servicio de transporte a domicilio
- Bailaderos.
- Lagos para pesca.



Fotografías: Actividades productivas de la zona

Zona urbana:

- Comercio
- formal e informal.
- Empleo domestico
- Ventas de carbón, leña
- Venta de minutos.
- Restaurantes
- Misceláneas y tiendas
- Ventas de dulces como manjar blanco.
- Negocios multinivel.
- Venta de material de construcción.
- Venta de gas.
- Talleres de bicicletas, motos y carros.
- Peluquerías.
- Venta de huevos
- Tiendas.
- Fabrica de velas.
- Criaderos y venta de pollos.
- Venta de helados
- Servicio de transporte a domicilio.

Entre el afán por favorecer el progreso, los habitantes de la zona, recurren a diversas formas de sostenimiento como la creación de negocios independientes.



Fotografías: Actividades de producción de la población de la zona.

Instituciones Educativas:

La población en edad educativa de la zona (niños y adolescentes), se benefician del servicio educativo, con la existencia de diversos centros educativos (escuelas, colegios) y con los hogares del Instituto de Bienestar Familiar, que aunque la comunidad refiere que requieren de un mejoramiento, permiten que esta población, se beneficie del sistema de educación formal.



Fotografías: Instituciones educativas de la zona

Las escuelas del sector o de influencia de la zona de Molaes Duque son:

Zona rural:

- Colegio CDR la Arrobleda, de carácter agropecuario, vereda la Arrobleda.
- Sede Escuela Rural Mixta la Palestina, vereda Palestina.

- Escuela Centro rural mixto Saltanejo, ubicada en Lomitas Abajo.
- Escuela rural mixta lomitas, ubicada en Lomitas Arriba.
- La comunidad de la vereda San Antonio, se beneficia de la escuela Institución educativa de San Antonio y del Colegio Siglo XXI.
- Los habitantes de la Quebrada 2, se benefician de instituciones educativas ubicadas en el municipio de Caloto, la escuela Niña María de Caloto y el colegio Espiñón Jaramillo, esto debido a la falta de un centro educativo dentro de la zona.
- Escuela la Quebrada, ubicada en la vereda Quebrada 1.
- Centro docente San Rafael, ubicado en la vereda San Rafael.
- Escuela, Centro Educativo Taminango, ubicado en la vereda Taminango.
- Hogares infantiles del ICBF, los cuales están distribuidos en la mayoría de las veredas.

Zona urbana:

- Colegio Instituto Técnico, ubicado en el barrio Belén.
- Escuela Centro Docente el Rosario, ubicada en el barrio el Rosario.
- Escuela de enseñanza básica primaria José Vicente Mina y la institución preescolar Manitas Creativas, ubicados en el barrio Betania.
- Escuela la Milagrosa, ubicada en el barrio el Porvenir.
- Hogares del ICBF.

Es necesario reconocer que dentro de la zona, aparte del buen servicio que prestan las escuelas y colegios, la comunidad en muchos de los sectores ya sea urbanos o rurales cuenta con la presencia de veintiséis (26) hogares infantiles del Instituto de Bienestar Familiar. El ICBF ha permitido que la población infantil, se vea beneficiaria de desayunos escolares y de los restaurantes escolares, contando además con la presencia de la Gobernación del Cauca, por medio del programa Panes que hace su

aporte a algunas de las zona, facilitando y aportando una gran ayuda a la mejora de las condiciones básicas.



Servicios de salud:

Según información de la comunidad la mayoría de la población de la zona se encuentra afiliada a empresas promotoras de Salud Régimen Contributivo y Subsidiado como son las siguientes:

- | | | |
|-------------|---------------|--------------|
| ○ Saludcoop | ○ Asmet Salud | ○ Comfenalco |
| ○ Coomeva | ○ Salud Vida | ○ Caprecom |
| ○ I.S.S. | ○ Emssanar | ○ Polinal |
| ○ S.O.S. | ○ Cosmitet | ○ A.I.C. |

Para las alteraciones en salud y problemas básicos, la población en su mayoría, es atendida por la ESE Quilisalud, la cual presta servicios intramurales en el centro de salud, sede Morales Duque, pero también realiza diversas brigadas de salud a nivel extramural.

La comunidad también se hace beneficiaria de los servicios que el Hospital Francisco de Paula Santander presta a los habitantes.

Las instituciones de salud, a las cuales según los líderes comunitarios acude la mayor parte de la población son las siguientes:

- | | |
|---|-----------------|
| ○ QUILISALUD E.S.E. | ○ I.P.S. S.O.S. |
| ○ Hospital Francisco de Paula Santander | ○ Coomeva |
| ○ Centro Médico Centenario | ○ Comfenalco |
| | ○ Saludcoop |

La referencia comunitaria, es que, en general se encuentra muy satisfecha respecto a los servicios en salud que se proporcionan, tanto en los puestos de salud como en las brigadas realizadas por Quilisalud E.S.E.

Sin embargo refieren que también se utilizan servicios de salud alternativos como son las parteras, los curanderos, los homeópatas y un centro de sanación de ojo y susto.

Instituciones públicas, privadas y ONG

La comunidad de la zona Morales Duque refiere que son diversas las organizaciones que benefician a los habitantes con su intervención, entre éstas se encuentran:

- Las JAC.
- Grupos de la tercera edad
- Escuela de baile El Trébol.
- “ASOJUNORCA”, Asociación de Jubilados.
- PANES.
- Asociación comunitaria para el desarrollo de Palestina - ASODEPAL
- VALLENPAZ
- Madres FAMI.
- Madres comunitarias.
- ACUASAN, Asociación de Usuarios del Acueducto de San Antonio.
- RESA, Red de Seguridad Alimentaría
- ASODESI – VISION MUNDIAL
- I.C.B.F
- Iglesias Católicas y Cristianas
- ONG

3.3.1.4. Riesgos identificados en la zona:



Fotografías: de riesgos identificados en la zona.

Riesgos Físicos:

La comunidad refiere que los principales riesgos que presenta la zona son los siguientes:

- Falta de canalización adecuada de aguas negras.
- Vías públicas inadecuadas.
- Falta de señalización de las vías.
- Casas en mal estado.
- Algunas escuelas en mal estado.
- Baterías sanitarias en mal estado.
- El mal manejo de aguas negras.
- Falta de mantenimiento de los aljibes.
- Venta de gasolina, manipulada dentro de las casas.
- Alumbrado público deficiente.
- Polvo y humo.
- Lotes baldíos.
- Falta de reductores de velocidad.
- Falta de alcantarillado.

Riesgos Biológicos.

La comunidad refiere que los principales riesgos que presenta la zona son los siguientes:

- Cría animales inadecuadamente.
- Contaminación por excretas.
- Reservorios de agua.
- Falta mantenimiento de aljibes.
- Letrinas inadecuadas.
- Contaminación por aguas residuales.
- Proliferación de malos olores.
- Establos cercas de las viviendas.
- Contaminación del río.
- Contaminación por gallinaza.
- Deposición de excretas en campo abierto.
- Desbordamiento de caño de aguas negras.
- Aguas estancadas.
- Contaminación por fungicidas.
- Presencia de brotes en la piel por uso del agua del río.
- Fumigaciones aéreas inadecuadas.

Riesgos Psicosociales.

La comunidad refiere que los principales riesgos que presenta la zona son los siguientes:

- Violencia intrafamiliar.
- Maltrato infantil.
- Hacinamiento crítico.
- Consumo de sustancias psicoactivas.
- Desempleo.
- Delincuencia común.
- Pandillas.
- Embarazo en adolescentes.
- Deserción escolar.

- Ausentismo escolar.

3.3.1.5. Necesidades Referidas Por La Comunidad.

La comunidad refiere que las principales necesidades de la zona son las siguientes:

- Mejoramiento de los puestos rurales de salud.
- Salones comunales.
- Agua potable para todos los barrios de la zona.
- Cobertura total recolección de basuras.
- Reductores de velocidad.
- Adecuación de las instalaciones donde se presta el servicio de restaurante escolar.
- Mejora de batería sanitarias.
- Señalización y ampliación de las vías principales.
- Mantenimiento de lotes.
- Mejoramiento de escuelas.
- Mejoramiento de los espacios recreativos como las canchas de fútbol.
- Extender alcantarillado a todos los barrios de la zona.
- Vigilancia y seguridad.
- Aplicación del SISBEN en toda la zona.
- Programas de capacitación, salud y recreación para diferentes grupos de edad.
- Mejoramiento de criaderos de animales.
- Educación para el mantenimiento de los aljibes.
- Manejo adecuado de residuos sólidos.
- Mantenimiento periódico de los acueductos rurales.
- Terminación de los acueductos veredales.

3.3.1.6. Percepción de los Problemas de Salud en la Zona.

Los principales problemas de salud percibidos y manifestados por los líderes en esta comunidad son:

- Enfermedades respiratorias y gripas producidas por la contaminación ambiental debido al polvo que produce el mal estado de las vías.
- Enfermedad Diarreica Aguda EDA, debido al no tratamiento del agua en algunas zonas que deben consumir aguas subterráneas.
- Brotes en la piel, producidas por la contaminación del río.
- Enfermedades crónicas como HTA y Diabetes.

3.3.1.7. CARTOGRAFÍA SOCIAL

El equipo APS de la zona, en una construcción conjunta con representantes de organizaciones sociales y comunitarias; y teniendo en cuenta los resultados del

observatorio social, establecieron la distribución espacial de los principales riesgos, necesidades y recursos en las siguientes etapas:

- En la primera, el grupo identificó puntos de referencia, ubicando vías públicas, elementos del medio ambiente como quebradas, cañadas, bosques, lomas, nacimientos.
- En la segunda etapa elaboraron el MAPA DE NECESIDADES, señalando las áreas más vulnerables de la zona.
- En la tercera, elaboraron el MAPA DE RIESGOS, ubicando los sitios con mayores problemas que requieren atención por parte de la comunidad y las instituciones.
- En la cuarta, elaboraron el MAPA DE RECURSOS ubicando los sitios donde se encuentran ubicadas instituciones o centros de apoyo público o privada con los que cuenta la comunidad para atender los problemas.

A continuación se puede observar una ilustración con los diferentes mapas que fueron construidos para la zona.

MAPA 1. Cartografía Social Barrio Belén, Zona Morales Duque.



MAPA 2 Cartografía Social Vereda la Arroblada, Zona Morales Duque.



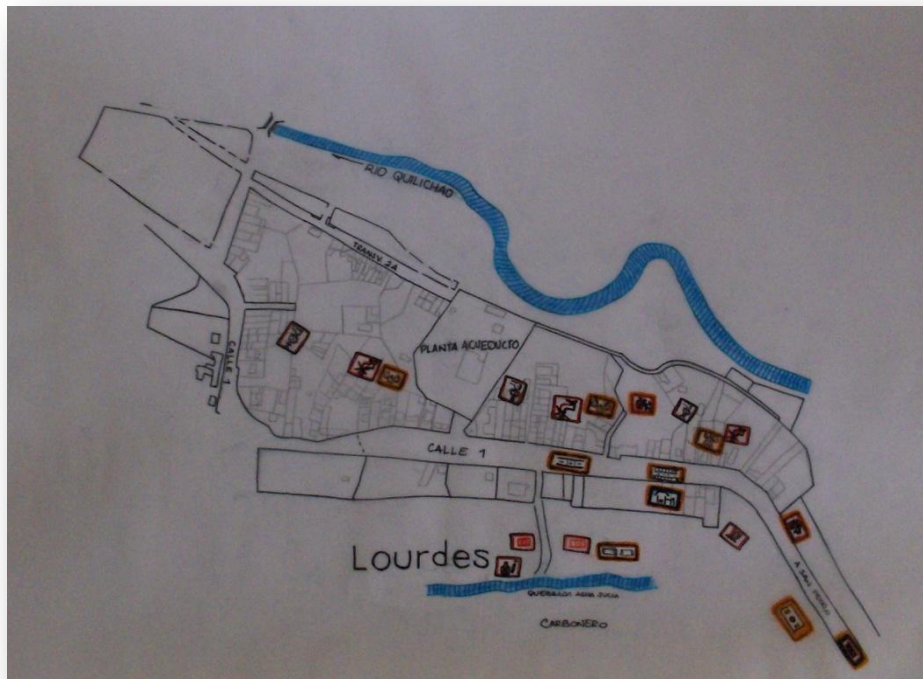
MAPA 3 Cartografía Social Barrio El Arroyo, Zona Morales Duque.



MAPA 4 Cartografía Social Barrio Lourdes, Zona Morales Duque.



MAPA 5 Cartografía Social Vereda la Palestina, Zona Morales Duque.



MAPA 8 Cartografía Social Barrio Porvenir, Zona Morales Duque.



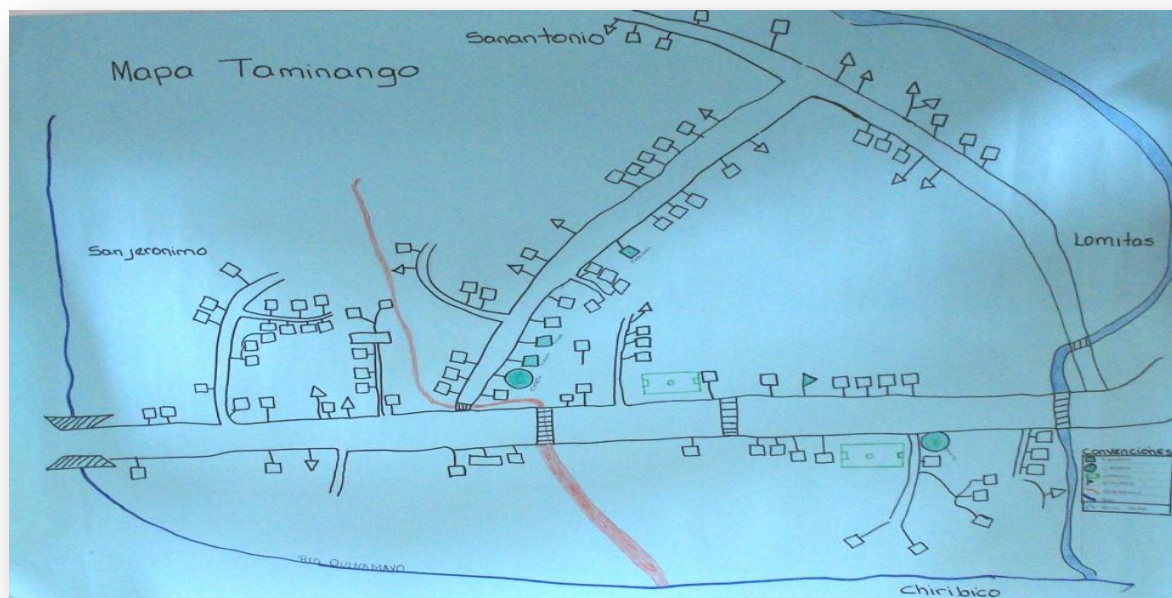
MAPA 9 Cartografía Social Barrio Vida Nueva, Zona Morales Duque.



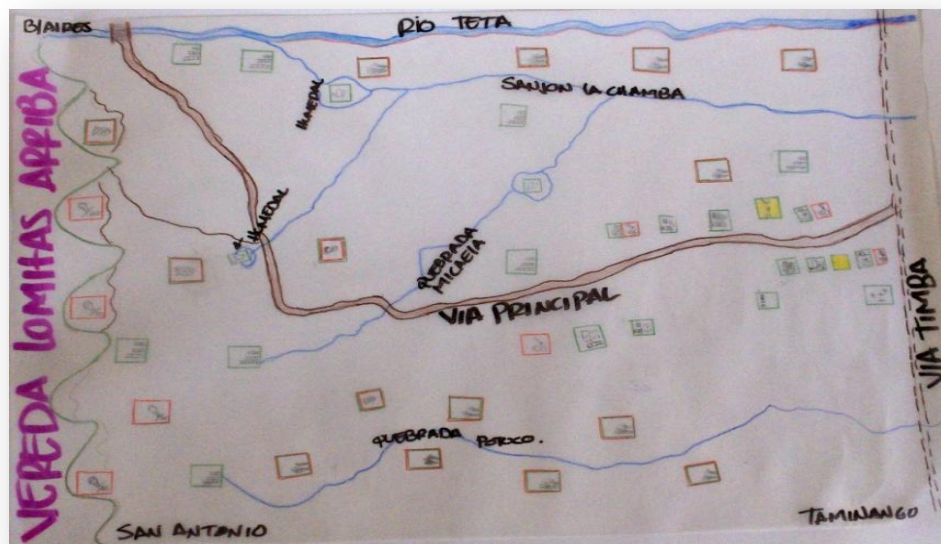
MAPA 10 Cartografía Social Vereda San Antonio, Zona Morales Duque.



MAPA 11 Cartografía Social Vereda Taminango, Zona Morales Duque.



MAPA 12 Cartografía Social Vereda Lomitas Arriba, Zona Morales Duque.



MAPA 13 Cartografía Social Vereda Lomitas Abajo, Zona Morales Duque.



Estos mapas fueron socializados y entregados en un Informe Ejecutivo a la comunidad en un evento realizado el 17 de octubre de 2007, con participación de

representantes comunitarios de todas las zonas, como aporte a la transferencia de conocimiento.

3.3.1.8. CARACTERIZACIÓN FAMILIAR.

La caracterización de la población se inicio con la aplicación de la ficha familiar del Sistema de Información de Base Comunitaria para la Atención Primaria en Salud SICAPS desarrollado desde hace más de 20 años por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo “CIMDER” de la Universidad del Valle; por considerar que este sistema estaba lo suficientemente validado y genera con su aplicación los indicadores necesarios para elaborar el análisis de situaciones de salud de las zonas a intervenir.

El equipo de APS de la zona, fue capacitado por CIMDER en la obtención, procesamiento y análisis de la información que concluyó con la obtención de los indicadores de situación de salud, de 1047 familias que fueron caracterizadas en el periodo septiembre-diciembre, de los cuales a continuación se describen los más relevantes, como marco para elaborar el plan de acción de la zona:

Datos de Población.

En las 1047 familias caracterizadas se detectaron 3582 personas lo que implica un promedio 3 personas por familia.

Estructura poblacional de la zona caracterizada

En la tabla No. 15 se presenta la estructura de la población que se caracterizó mediante el diligenciamiento de la tarjeta familiar del SICAPS – CIMDER, donde se puede observar que la mayor población se encuentra por debajo de los 24 años.

TABLA 1. Estructura Poblacional Zona Morales Duque. 2007.

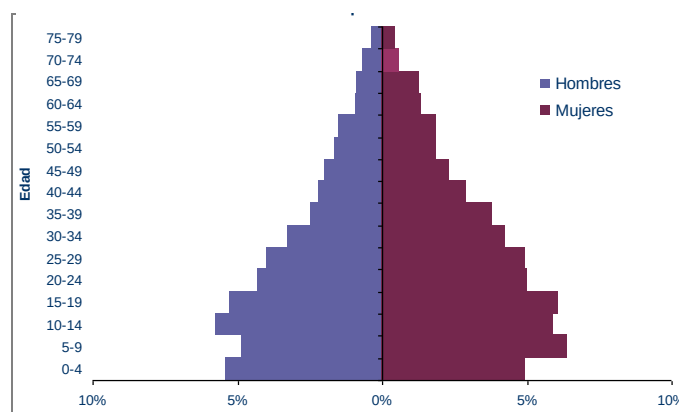
Grupo de Edad	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Menor de 1 año	36	1,01%	44	1,23%	80	2,23%
1 a 4	141	3,94%	150	4,19%	291	8,12%

Grupo de Edad	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
5 a 9	229	6,39%	173	4,83%	402	11,22%
10 a 14	212	5,92%	206	5,75%	418	11,67%
15 a 19	218	6,09%	190	5,30%	408	11,39%
20 a 24	180	5,03%	155	4,33%	335	9,35%
25 a 29	177	4,94%	143	3,99%	320	8,93%
30 a 34	152	4,24%	117	3,27%	269	7,51%
35 a 39	135	3,77%	89	2,48%	224	6,25%
40 a 44	104	2,90%	79	2,21%	183	5,11%
45 a 49	82	2,29%	71	1,98%	153	4,27%
50 a 54	67	1,87%	59	1,65%	126	3,52%
55 a 59	66	1,84%	54	1,51%	120	3,35%
60 a 64	48	1,34%	33	0,92%	81	2,26%
65 a 69	45	1,26%	31	0,87%	76	2,12%
70 a 74	20	0,56%	23	0,64%	43	1,20%
75 a 79	16	0,45%	12	0,34%	28	0,78%
80 y mas	14	0,39%	11	0,31%	25	0,70%
Total	1.942		1.640		3.582	100,00%

Fuente: Proyecto Implementación de la estrategia de atención primaria en salud. Resultados aplicación Ficha Familiar SICAPS - CIMDER.

En la Grafica No. 2 se presenta la pirámide poblacional correspondiente a la población caracterizada.

GRAFICA 2. Pirámide Poblacional Zona Morales Duque. Año 2007



Fuente: Proyecto Implementación de la estrategia de atención primaria en salud. Resultados aplicación Ficha Familiar SICAPS - CIMDER.

Nivel Educativo

Con relación al nivel educativo, según los datos arrojados, por el procesamiento de la información de la ficha familiar SICAPS se relevan los siguientes indicadores:

- El 10 % de población entre 5 a 17 años no estudia.
- El 3% de población mayor de 7 años no sabe leer, ni escribir.
- El 12% de la población tiene un retraso escolar, medido como la población mayor 12 años que cursa apenas su 3er año.
- El promedio de edad de ingreso a la escuela de las niñas es de 7 años.
- El promedio de edad de ingreso a la escuela de los niños 6 años.
- El promedio de escolaridad del jefe de hogar es de 6 años.

Situación de la fuerza de trabajo.

- El 53% de la población económicamente activa (15 a 64 años) trabaja actualmente.
- El 3% de la población se encuentra buscando empleo.
- La Tasa de desocupación es del 5.81%
- El Índice de dependencia económica 61.42
- En el 33.42% de las familias la mujer es cabeza de hogar

Situación de la vivienda y servicios públicos

- El 61% de las familias tiene casa propia.
- El 4% de las familias no dispone de un medio adecuado para la disposición de excretas
- El 35% de las familias viven en hacinamiento crítico.
- El 97% de las familias consumen agua de acueducto.
- El 2% de las familias consumen agua de pozo.
- El 8% de las familias reciclan las basuras.
- El 12% de las familias tienen actividad productiva en la vivienda.
- El 84% de las viviendas cuentan con servicios públicos domiciliarios.
- El 99% de las viviendas cuentan con conexión a energía eléctrica.
- El 97% de las viviendas cuentan con acueducto.
- En el 90% de las viviendas tienen recolección de basuras, el resto las depositan en contenedores, o las queman, o las tiran.

Afiliación de la población al SGSSS.

- El 17.58% de población esta afiliada al régimen contributivo
- El 33.89% de población esta afiliada al régimen subsidiado
- El 47.62% de la población es pobre no cubierta con subsidio a la demanda.
- El 0.33% de la población pertenece regímenes especiales.

3.3.1.9. INDICADORES SOBRE SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN RELACIONADA CON LOS PROGRAMAS PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Crecimiento y desarrollo

En la siguiente tabla se presentan los indicadores más relevantes por grupos etareos en menores de 14 años.

TABLA 2. Indicadores de Crecimiento y Desarrollo (menores de 14 años)

Grupo de Edad	Indicador
Menores de 1 año	○ El 51% de los niños asisten al control ○ Al 1% de los niños se les ha detectado problemas visuales. ○ El 2% de los niños presentan problemas de lenguaje ○ El 6% de los niños presentan problemas del área motora. ○ El 2% de los niños tienen señales de maltrato.
De 1 a 4 años	○ El 60% de los niños asisten al control ○ Al 3% de los niños se les ha detectado problemas visuales. ○ El 28% de los niños presentan problemas de lenguaje ○ El 24% de los niños presentan problemas del área motora. ○ El 2% de los niños tienen señales de maltrato.
De 5 a 14 años	○ Al 11% de los niños se les ha detectado problemas visuales. ○ El 4% de los niños presentan problemas auditivos ○ El 2% de los niños presentan problemas de conducta. ○ El 0.2% de los niños tienen señales de maltrato ○ El 40% de los niños han sido desparasitados en el último año.

Fuente: Proyecto Implementación de la estrategia de atención primaria en salud. Resultados aplicación Ficha Familiar SICAPS - CIMDER.

Vacunación

En la tabla No. 6 se presentan los indicadores más relevantes por grupos etareos en menores de 14 años y en mujeres.

TABLA 3. Indicadores de vacunación (menores de 14 años y en mujeres)

Grupo de Edad	Indicador
Menores de 1 año	○ <u>El 40% de los niños tienen esquema completo de vacunación.</u>

Grupo de Edad	Indicador
	○ El 98% de los niños están vacunados con BCG. ○ El 43% de los niños están vacunados con DPT (3 dosis) ○ El 43% de los niños están vacunados contra la hepatitis B (3 dosis) ○ El 43% de los niños están vacunados contra la POLIO (3 dosis) ○ El 41% de los niños están vacunados contra Hemofilus Influenza tipo B
De 1 a 4 años	○ <u>El 51% de los niños tienen esquema completo de vacunación.</u> ○ El 89% de los niños están vacunados con BCG. ○ El 86% de los niños están vacunados con DPT (3 dosis) ○ El 85% de los niños están Porcentaje vacunados contra la hepatitis B (3 dosis) ○ El 87% de los niños están vacunados contra la POLIO (3 dosis) ○ El 58% de los niños están vacunados contra Hemofilus Influenza tipo B ○ El 78% de los niños están vacunados con MMR
Mujeres (10 a 52 años)	○ El 35% de las mujeres están vacunadas con Toxoide Tetánico Diftérico (5 dosis) ○ El 57% de las mujeres están vacunadas contra la Rubéola o con MMR

Fuente: Proyecto Implementación de la estrategia de atención primaria en salud. Resultados aplicación Ficha Familiar SICAPS - CIMDER.

Salud Oral

En la siguiente tabla se presentan los indicadores más relevantes por grupos etareos en menores de 14 años.

TABLA 4. Indicadores de Salud Oral (menores de 14 años)

Grupo de Edad	Indicador
De 1 a 4 años	○ <u>El 24% de los niños tienen caries</u> ○ El 43% de los niños tienen hábito e higiene oral (cepillado 3 o más veces al día) ○ El 28% de los niños han asistido a consulta odontológica (últimos 6 meses)
De 5 a 14 años	○ <u>El 36% de los niños tienen caries</u> ○ El 51% de los niños han consultado odontólogo (últimos 6 meses) ○ El 43% de los niños han recibido flúor (últimos seis meses) ○ El 52% de los niños han recibido control de placa ○ El 19% de los niños usan seda dental ○ El 65% de los niños tienen habito e higiene oral (cepillado 3 o más veces por día)

Fuente: Proyecto Implementación de la estrategia de atención primaria en salud. Resultados aplicación Ficha Familiar SICAPS - CIMDER.

Salud Sexual y Reproductiva

En las Tablas no. 20 y 21 se presentan los indicadores más relevantes por sexo.

TABLA 5. Indicadores de Planificación Familiar.

Grupo	Indicador
Mujeres	○ El 6% de las mujeres de 10 a 18 años planifican ○ El 44% de las mujeres de 10 a 52 años planifican ○ El 28% de las mujeres de 10 a 52 años realizan control de planificación. ○ <u>El 53% de las mujeres no planifican.</u>
Hombres	○ El 84% de los hombres no planifican

Fuente: Proyecto Implementación de la estrategia de atención primaria en salud. Resultados aplicación Ficha Familiar SICAPS - CIMDER.

TABLA 6. Indicadores de Prevención de Cáncer.

Grupo de Edad	Indicador
Mujeres (10 a 59 años)	○ El 12% de mujeres de 10 a 24 años se ha realizado citología ○ El 91% de mujeres de 10 a 24 años que se han realizado citología presentan normalidad en el resultado. ○ El 43% de mujeres de 25 a 59 años se han realizado citología ○ El 95% de mujeres de 25 a 59 años que se han realizado citología presentan normalidad.
Mujeres (35 a 59 años)	○ El 17% de mujeres se han realizado el examen físico de seno ○ El 1% de las mujeres que se han realizado examen físico de seno presentan resultado anormal
Mujeres (60 y mas años)	○ El 20% de mujeres se han realizado el examen físico de seno ○ El 29% de las mujeres se han realizado citología
Hombres (40 a 59 años)	○ El 12% de los hombres que se han realizado el examen de próstata presentan resultado anormal.
Hombres (60 y mas años)	○ El 23% de los hombres se han realizado el examen de próstata ○ El 24% de los hombres que se han realizado el examen de próstata presentan resultado anormal.

Fuente: Proyecto Implementación de la estrategia de atención primaria en salud. Resultados aplicación Ficha Familiar SICAPS - CIMDER.

Indicadores sobre gestación y partos

- El 26 % de las gestantes son menores de 18 años
- El 7% de las gestantes tienen 35 y más.
- El 47% de las gestantes están clasificadas como de alto riesgo en control prenatal.
- El 53% de las gestantes están clasificadas en alto riesgo en atención parto.
- El 50% de las gestantes iniciaron su 1er control en el 1er trimestre.

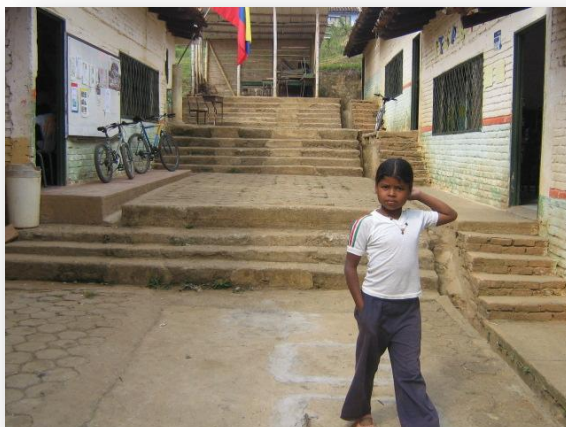
- El 7% de las gestantes iniciaron su 1er control en el 2do trimestre.
- El 2% de las gestantes iniciaron su 1er control en el 3er trimestre.
- El 55% de las gestantes recibieron su 1er control por médico.
- El 40 % de las gestantes no habían recibido control al momento de la visita.
- El 59% de las gestantes tenían revisión odontológica.
- El 69% de las gestantes están vacunados con toxoide tetánico - diftérico (2 dosis).
- El 72% han recibido hierro y ácido fólico.
- El 58% de las gestantes tuvieron partos normales – vaginal.
- El 0% de las gestantes tuvieron partos instrumentados.
- El 84% de los partos fueron atendidos en las instituciones.

3.3.1.10. MORBILIDAD REFERIDA POR LA POBLACIÓN CARACTERIZADA.

A continuación se presentan los eventos que refirieron con mayor frecuencia las personas entrevistadas.

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ○ Rinofaringitis aguda | ○ Diabetes Mellitas no especificada |
| ○ Hipertensión esencial | ○ Gastritis y duodenitis |
| ○ Otros trastornos del aparato respiratorio | ○ Diarrea y gastroenteritis |
| ○ Asma | ○ Fiebre del dengue |

3.3.2. ZONA NARIÑO



ZONAS		No. FAMILIAS	Auxiliares FORJADORES
1	Dominguillo	206	Nelsy Ayala
	Alegrías	237	
2	El Palmar	264	Sorfy Lasso
	Mazamorero	81	
3	Santa Inés	378	Gladis Álavarez
	Villa del Sur	319	
4	Nariño	638	Ivonne Lalinde
	La Esperanza	186	
5	Bello Horizonte	264	Janeth Muñoz
	San Bernabé		

Coordinadora NAP: NANCY BANGUERO – Enfermera.

3.3.2.1. Visitas de observación.

En esta etapa, se realizaron visitas de contacto con la comunidad, identificando los líderes formales e informales, y los demás actores sociales reconocidos por la comunidad.

3.3.2.2. Características Generales de la Zona

Los datos que a continuación se presentan, en su mayoría fueron contruidos con los líderes comunitarios teniendo en cuenta documentos de la Alcaldía y la percepción de los mismos lideres.

Población:

La zona de Nariño, cuenta aproximadamente con 11.169 habitantes. Dentro de la población según información de la comunidad predomina la raza afro descendiente, seguida por la de los mestizos y los indígenas.

Actividad Económica:

Según los líderes comunitarios la mayor parte de la población se dedica al comercio informal, siguiendo en su orden la agricultura y el comercio formal.

Cultura Religiosa:

La mayoría de los habitantes de la zona practica la religión católica y el cristianismo, seguidos de una minoría que practican la religión adventista y gnósticos.

Vivienda:

La zona cuenta con 554 viviendas rurales y 1172 viviendas urbanas, contruidas a base de ladrillo, bahareque, y esterilla. En sus techos predominan materiales como tejas de barro, zinc y cartón; y entre sus pisos se encuentran las baldosas, cemento y tierra. Como se puede observar en las siguientes fotografías.



Fotografías: Viviendas en la zona.

Servicios Públicos:

Los habitantes de ésta zona, cuentan en su mayoría con servicios públicos, aunque en las áreas rurales especialmente, hacen falta el mejoramiento de algunos de ellos.

En el sector urbano cuentan con todos los servicios públicos, en el sector rural se cuenta con acueductos veredales, energía eléctrica, alcantarillado y pozos sépticos.



Fotografías: Servicios Públicos de la zona.

Recursos de la comunidad:

Aunque en ésta área hay diversas necesidades, los recursos propios que favorecen el desarrollo del sector, han mejorando de algún modo las condiciones de vida y sostenimiento de las familias.

Se encuentra como la actividad económica predominante del sector, la agricultura; es frecuente encontrar cultivos de arroz, yuca, maíz amarillo, caña de azúcar, zapallo, habichuela, aguacates, plátano, producción de cítricos, cultivos de piña, los frutales como mango, maracuyá, dentro de las diferentes fincas del sector, los cuales se comercializan en la galería del municipio.

Además, se encuentra que las personas laboran en actividades como son:

- Comercio de tortillas)
- La industria panelera.
- Comercialización de pollos.
- empleo domestico
- Venta de minutos.
- Misceláneas y tiendas
- Negocios multinivel.
- Peluquerías.
- Fabricas de ebanisterías.
- Vivero.
- Venta de helados
- Fabrica de velas
- Venta de minutos.
- Las carretillas para el transporte de materiales de construcción.
- Cerrajería
- Servicio de transporte a domicilio.



Fotografías: Actividades productivas de la zona

Instituciones Educativas:

La zona de Nariño cuenta con 4 escuelas en el área rural con una cobertura en educación básica primaria de 558 y 4 escuelas en el área urbana, con una cobertura

de educación de 1016 y 16 hogares infantiles en el área urbana y 6 hogares en el área rural.



Fotografías: Instituciones educativas de la zona

Servicios de salud:

Según información de la comunidad la mayoría de la población de la zona se encuentra afiliada a empresas promotoras de Salud del régimen subsidiado y del régimen contributivo, como son las siguientes:

- | | | |
|-------------|---------------|--------------|
| ○ SALUDCOOP | ○ ASMET SALUD | ○ COMFENALCO |
| ○ COOMEVA | ○ SALUD VIDA | ○ POLICIA |
| ○ ISS | ○ EMSANAR | NACIONAL |
| ○ SOS | ○ COSMITEC | |

La población en su mayoría es atendida para sus problemas de salud “ básicos ” por la ESE Quilisalud, la cual presta sus servicios intramurales en el centro de salud, de salud de Nariño, pero también realiza diversas brigadas de salud a nivel extramural. La población también se hace beneficiaria de los servicios que el Hospital Francisco de Paula Santander presta a la comunidad.

Instituciones públicas, privadas y ONG

La comunidad de la zona Nariño refiere que son diversas las organizaciones que benefician a los habitantes con su intervención, entre éstas se encuentran:

- | | | |
|----------------|-----------|-----------|
| ○ Valle en Paz | ○ CETEC | ○ ASODECI |
| ○ UMATA | ○ FUNDAEC | ○ ICBF |

- Juntas DE Acción Comunal
- MIRA
- Corporación Juan Bosco
- COMFACAUCA
- PROFAMILIA
- Iglesias Católicas y Cristiana

3.3.2.3. Riesgos identificados en la zona:

Riesgos Físicos:

La comunidad refiere que los principales riesgos que afectan a los habitantes son:

- Deslizamiento de tierra
- Inundación desbordamiento de quebrada
- Accidentes por falta de puente peatonal
- Contaminación Ambiental

Riesgos Biológicos.

La comunidad refiere que los principales riesgos que presenta la zona son los siguientes:

- Cría animales inadecuadamente
- Contaminación por excretas
- Residuos sólidos
- Polvo y humo
- Reservorios de agua
- Falta mantenimiento de letrinas
- Proliferación de malos olores
- Presencia de artrópodos
- Contaminación del río
- Contaminación por gallinaza
- Deposición de excretas campo abierto
- Acequia contaminada
- sequía canalizada
- Viviendas sin letrinas/ o posos sépticos



Fotografías: Riesgos biológicos.

Riesgos Psicosociales:

La comunidad refiere que los principales riesgos que presenta la zona son los siguientes:

- Violencia intrafamiliar
- Maltrato infantil
- Hacinamiento crítico
- Consumo de sustancias psicoactivas
- Ausentismo y deserción escolar
- Embarazadas adolescentes
- Desempleo
- Ocio
- Delincuencia común
- Expendio de sustancias psicoactivas
- Pandilla

3.3.2.4. Necesidades referidas por la comunidad.

La comunidad refiere que las principales necesidades de la zona son las siguientes:

- Mejoramiento de escuela
- Espacios recreativos
- Polideportivo
- Mejoramiento alumbrado publico
- Mejoramiento vías acceso
- Muro de contención
- Mejoramiento puesto de salud
- Capilla
- Salón comunal
- Mejora batería sanitarias
- Puente peatonal
- Alumbrado publico
- Mejoramiento de transporte
- Reductores de velocidad
- Cobertura total de alcantarillado
- Vigilancia y seguridad
- Utilización del tiempo libre
- Atención en horas de la tarde en el centro de salud
- Programas de prevención en sustancias psicoactivas
- Generación de empleos

3.3.2.5. Percepción de los problemas de salud en la zona.

Los principales problemas de salud percibidos y manifestados por los líderes en esta construcción son:

- Enfermedades respiratorias agudas
- Enfermedad diarreica aguda
- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Desnutrición
- Enfermedades de la piel

La percepción que tienen los habitantes de la zona sobre las entidades de salud y las brigadas que realizan es muy eficiente.

3.3.2.6. CARTOGRAFÍA SOCIAL

El equipo APS de la zona, en una construcción conjunta con representantes de organizaciones sociales y comunitarias; y teniendo en cuenta los resultados del observatorio social, establecieron la distribución espacial de los principales riesgos, necesidades y recursos en las siguientes etapas:

- En la primera, el grupo identifico puntos de referencia, ubicando vías públicas, elementos del medio ambiente como quebradas, cañadas, bosques, lomas, nacimientos.
- En la segunda etapa elaboraron el MAPA DE NECESIDADES, señalando las áreas más vulnerables de la zona.
- En la tercera, elaboraron el MAPA DE RIESGOS, ubicando los sitios con mayores problemas que requieren atención por parte de la comunidad y las instituciones.
- En la cuarta, elaboraron el MAPA DE RECURSOS ubicando los sitios donde se encuentran ubicadas instituciones o centros de apoyo público o privada con los que cuenta la comunidad para atender los problemas.

VEREDA DOMINGUILLO

TORO Y ABADO

CAPILLA

TORO Y LOMA DEL MEDIO Y RINCÓNADA

A hand-drawn map of Vereda Domingullo. The map features a network of roads: a main horizontal road at the top, a vertical road on the left, and a winding road at the bottom. A blue wavy line on the left represents a river. Numerous small, colorful rectangular plots (red, yellow, green) are scattered throughout the map, representing property boundaries. Some plots contain small icons of houses or trees. Labels in Spanish identify key locations: 'TORO Y ABADO' at the top, 'CAPILLA' on the left, and 'TORO Y LOMA DEL MEDIO Y RINCÓNADA' at the bottom. The title 'VEREDA DOMINGUILLO' is written in large, bold, purple letters at the top center.



MAPA 17 Cartografía Social Vereda Mazamorrero, Zona Nariño.



MAPA 18 Cartografía Social Vereda El Tajo, Zona Nariño.



MAPA 19 Cartografía Social Barrio Nariño, Zona Nariño.



MAPA 20 Cartografía Social Barrio Villa del Sur, Zona Nariño.



MAPA 21 Cartografía Social Barrio Bello Horizonte, Zona Nariño.



MAPA 22 Cartografía Social Barrio Santa Inés, Zona Nariño.



3.3.2.7. CARACTERIZACIÓN FAMILIAR.

La caracterización de la población se inicio con la aplicación de la ficha familiar del Sistema de Información de Base Comunitaria para la Atención Primaria en Salud SICAPS desarrollado desde hace mas de 20 años por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo "CIMDER" de la Universidad del Valle; por considerar que este sistema está lo suficientemente validado y genera con su aplicación los indicadores necesarios para elaborar el análisis de situación de salud de las zonas a intervenir.

El equipo de APS de la zona, fue capacitado por CIMDER en la obtención, procesamiento y análisis de la información que concluyo con la obtención de los indicadores de situación de salud, de 615 familias que fueron caracterizadas en el periodo noviembre - diciembre, de los cuales a continuación se describen los más relevantes, como marco para elaborar el plan de acción de la zona:

Datos de población.

En las 615 familias caracterizadas se detectaron 2302 personas lo que implica un promedio 3 personas por familia.

Estructura poblacional de la zona caracterizada

En la tabla No 22 se presenta la estructura de la población que se caracterizo mediante el diligenciamiento de la tarjeta familiar del SICAPS – CIMDER, donde se puede observar que la mayor población se encuentra por debajo de los 29 años.

TABLA 7. Estructura Poblacional Zona Nariño Año 2007.

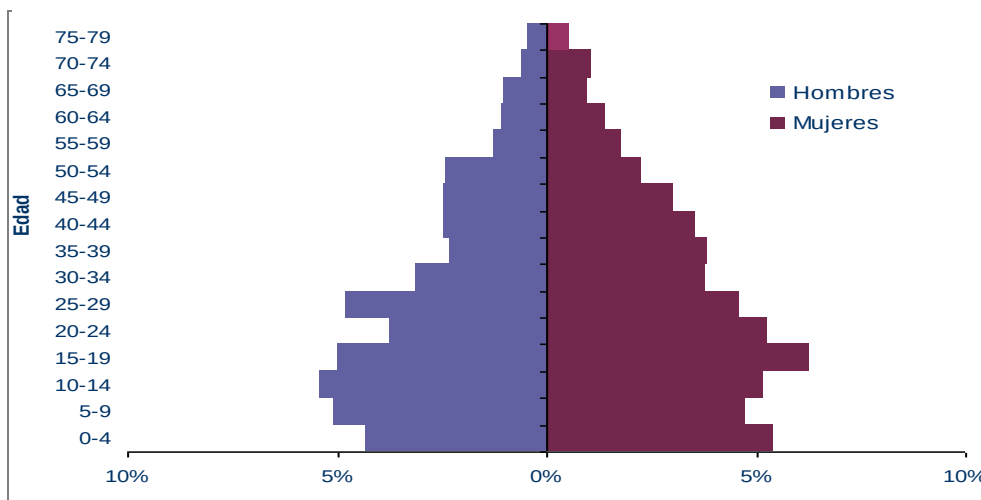
Grupo de Edad	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Menor de 1 año	23	1,00%	24	1,04%	47	2,04%
1 a 4	102	4,43%	75	3,26%	177	7,69%
5 a 9	109	4,74%	117	5,08%	226	9,82%
10 a 14	119	5,17%	125	5,43%	244	10,60%
15 a 19	144	6,26%	115	5,00%	259	11,25%
20 a 24	121	5,26%	86	3,74%	207	8,99%
25 a 29	106	4,60%	110	4,78%	216	9,38%
30 a 34	87	3,78%	72	3,13%	159	6,91%

Grupo de Edad	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
35 a 39	88	3,82%	53	2,30%	141	6,13%
40 a 44	81	3,52%	56	2,43%	137	5,95%
45 a 49	69	3,00%	56	2,43%	125	5,43%
50 a 54	52	2,26%	55	2,39%	107	4,65%
55 a 59	41	1,78%	29	1,26%	70	3,04%
60 a 64	32	1,39%	24	1,04%	56	2,43%
65 a 69	22	0,96%	23	1,00%	45	1,95%
70 a 74	24	1,04%	13	0,56%	37	1,61%
75 a 79	12	0,52%	10	0,43%	22	0,96%
80 y mas	15	0,65%	12	0,52%	27	1,17%
Total	1247	100%	1055		2.302	100,00%

Fuente: Proyecto Implementación de la estrategia de atención primaria en salud. Resultados aplicación Ficha Familiar SICAPS - CIMDER.

En el Grafico No. 3 se presenta la pirámide poblacional correspondiente a la población caracterizada.

GRAFICA 3. Pirámide Poblacional Zona Nariño. Año 2007



Fuente: Proyecto Implementación de la estrategia de atención primaria en salud. Resultados aplicación Ficha Familiar SICAPS - CIMDER.

Nivel de Educativo:

Con relación al nivel educativo, según los datos arrojados, por el procesamiento de la información de la ficha familiar SICAPS se relevan los siguientes indicadores:

- El 7 % de población entre 5 a 17 años no estudia.
- El 3% de población mayor de 7 años no sabe leer, ni escribir.

- El 12% de la población tiene un retraso escolar, medido como la población mayor 12 años que cursa apenas su 3er año.
- El promedio de edad de ingreso a la escuela de las niñas es de 9 años.
- El promedio de edad de ingreso a la escuela de los niños 7 años.
- El promedio de escolaridad del jefe de hogar es de 6 años.

Situación de la fuerza de trabajo.

- El 51% de la población económicamente activa (15 a 64 años) trabaja actualmente.
- El 2% de la población se encuentra buscando empleo.
- La Tasa de desocupación es del 6%
- El Índice de dependencia económica 56
- En el 33% de las familias la mujer es cabeza de hogar

Situación de la vivienda y servicios públicos

- El 62% de las familias tiene casa propia.
- El 15% de las familias no dispone de un medio adecuado para la disposición de excretas
- El 30% de las familias viven en hacinamiento crítico.
- El 98% de las familias consumen agua de acueducto.
- El 0.33% de las familias consumen agua de pozo.
- El 7% de las familias reciclan las basuras.
- El 8% de las familias tienen actividad productiva en la vivienda.
- El 66% de las viviendas cuentan con servicios públicos domiciliarios.
- El 99% de las viviendas cuentan con conexión a energía eléctrica.
- El 98% de las viviendas cuentan con acueducto.
- En el 83% de las viviendas tienen recolección de basuras, el resto las depositan en contenedores, o las queman, o las tiran.

Afiliación de la población al SGSSS.

- El 27.28% de población está afiliada al régimen contributivo
- El 25.19% de población está afiliada al régimen subsidiado
- El 44.48% de la población es pobre no cubierta con subsidio a la demanda.
- El 0.04% de la población pertenece regímenes especiales.

3.3.2.8. INDICADORES SOBRE SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN RELACIONADA CON LOS PROGRAMAS PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Crecimiento y desarrollo

En la TABLA No. 11 se presentan los indicadores más relevantes por grupos etareos en menores de 14 años.

TABLA 8. Indicadores de Crecimiento y Desarrollo (menores de 14 años)

Grupo de Edad	Indicador
Menores de 1 año	○ El 51% de los niños asisten al control ○ Al 0% de los niños se les ha detectado problemas visuales. ○ El 0% de los niños presentan problemas auditivos ○ El 2% de los niños presentan problemas lenguaje ○ El 4% de los niños presentan problemas del área motora. ○ El 4% de los niños tienen señales de maltrato.
De 1 a 4 años	○ El 64% de los niños asisten al control ○ El 6% de los niños presentan problemas de lenguaje ○ El 5% de los niños presentan problemas del área motora. ○ El 2% de los niños presentan problemas visuales. ○ El 2% de los niños presentan problemas auditivos. ○ El 0% de los niños tienen señales de maltrato.
De 5 a 14 años	○ Al 7% de los niños se les ha detectado problemas visuales. ○ El 1% de los niños presentan problemas auditivos ○ El 0.6% de los niños presentan problemas de conducta. ○ El 0% de los niños tienen señales de maltrato.

Fuente: Proyecto Implementación de la estrategia de atención primaria en salud. Resultados aplicación Ficha Familiar SICAPS - CIMDER.

Vacunación

En la siguiente Tabla se presentan los indicadores más relevantes por grupos etareos en menores de 14 años y en mujeres.

TABLA 9. Indicadores de vacunación (menores de 14 años y en mujeres)

Grupo de Edad	Indicador
Menores de 1 año	○ <u>El 34% de los niños tienen esquema completo de vacunación.</u> ○ El 96% de los niños están vacunados con BCG. ○ El 38% de los niños están vacunados con DPT (3 dosis) ○ El 36% de los niños están vacunados contra la hepatitis B (3 dosis) ○ El 38% de los niños están vacunados contra la POLIO (3 dosis) ○ El 34% de los niños están vacunados contra Hemofilus Influenza tipo

Grupo de Edad	Indicador
	B
De 1 a 4 años	○ <u>El 64% de los niños tienen esquema completo de vacunación.</u> ○ El 94% de los niños están vacunados con BCG. ○ El 93% de los niños están vacunados con DPT (3 dosis) ○ El 92% de los niños están Porcentaje vacunados contra la hepatitis B (3 dosis) ○ El 92% de los niños están vacunados contra la POLIO (3 dosis) ○ El 75% de los niños están vacunados contra Hemofilus Influenza tipo B ○ El 86% de los niños están vacunados con MMR
Mujeres (10 a 52 años)	○ El 43% de las mujeres están vacunadas con Toxoide Tetánico Diftérico (5 dosis) ○ El 55% de las mujeres están vacunadas contra la Rubéola o con MMR

Fuente: Proyecto Implementación de la estrategia de atención primaria en salud. Resultados aplicación Ficha Familiar SICAPS - CIMDER.

Salud Oral

En la Tabla No. 14 se presentan los indicadores más relevantes por grupos etareos en menores de 14 años.

TABLA 10. Indicadores de Salud Oral (menores de 14 años)

Grupo de Edad	Indicador
De 1 a 4 años	○ <u>El 18% de los niños tienen caries</u> ○ El 44% de los niños tienen hábito e higiene oral (cepillado 3 o más veces al día) ○ El 38% de los niños han asistido a consulta odontológica (últimos 6 meses)
De 5 a 14 años	○ <u>El 23% de los niños tienen caries</u> ○ El 60% de los niños han consultado odontólogo (últimos 6 meses) ○ El 61% de los niños han recibido flúor (últimos seis meses) ○ El 54% de los niños han recibido control de placa ○ El 28% de los niños usan seda dental ○ El 74% de los niños tienen habito e higiene oral (cepillado 3 o más veces por día)

Fuente: Proyecto Implementación de la estrategia de atención primaria en salud. Resultados aplicación Ficha Familiar SICAPS - CIMDER.

Salud Sexual y Reproductiva

En las Tablas No. 15 y 16 se presentan los indicadores más relevantes por sexo.

TABLA 11. Indicadores de Planificación Familiar.

Grupo	Indicador
Mujeres	○ El 6% de las mujeres de 10 a 18 años planifican ○ El 40% de las mujeres de 10 a 52 años planifican ○ El 19% de las mujeres de 10 a 52 años realizan control de planificación. ○ El 59% de las mujeres no planifican.
Hombres	○ El 83% de los hombres no planifican

Fuente: Proyecto Implementación de la estrategia de atención primaria en salud. Resultados aplicación Ficha Familiar SICAPS - CIMDER.

TABLA 12. Indicadores de Prevención de Cáncer.

Grupo de Edad	Indicador
Mujeres (10 a 59 años)	○ El 17% de mujeres de 10 a 24 años se ha realizado citología ○ El 97% de mujeres de 10 a 24 años que se han realizado citología presentan normalidad en el resultado. ○ El 58% de mujeres de 25 a 59 años se han realizado citología ○ El 98% de mujeres de 25 a 59 años que se han realizado citología presentan normalidad.
Mujeres (35 a 59 años)	○ El 21% de mujeres se han realizado el examen físico de seno ○ El 2% de las mujeres que se han realizado examen físico de seno presentan resultado anormal
Mujeres (60 y mas años)	○ El 9% de mujeres se han realizado el examen físico de seno ○ El 20% de las mujeres se han realizado citología
Hombres (40 a 59 años)	○ El 6% de los hombres que se han realizado el exámen de próstata presentan resultado anormal
Hombres (60 y mas años)	○ El 26% de los hombres se han realizado el exámen de próstata ○ El 10% de los hombres que se han realizado el exámen de próstata presentan resultado anormal.

Fuente: Proyecto Implementación de la estrategia de atención primaria en salud. Resultados aplicación Ficha Familiar SICAPS - CIMDER.

Indicadores sobre gestación y partos

- El 9 % de las gestantes son menores de 18 años
- El 6% de las gestantes tienen 35 y más.

- El 71% de las gestantes están clasificadas como de alto riesgo en control prenatal.
- El 71% de las gestantes están clasificadas en alto riesgo en atención parto.
- El 82% de las gestantes iniciaron su 1er control en el 1er trimestre.
- El 3% de las gestantes iniciaron su 1er control en el 2do trimestre.
- El 3% de las gestantes iniciaron su 1er control en el 3er trimestre.
- El 85% de las gestantes recibieron su 1er control por médico.
- El 12% de las gestantes no habían recibido control al momento de la visita.
- El 50% de las gestantes tenían revisión odontológica.
- El 70% de las gestantes están vacunados con toxoide tetánico - diftérico (2 dosis).
- El 81% han recibido hierro y ácido fólico.
- El 74% de las gestantes tuvieron partos normales – vaginal.
- El 0% de las gestantes tuvieron partos instrumentados.
- El 42% de los partos fueron atendidos en las instituciones.

3.3.2.9. MORBILIDAD REFERIDA POR LA POBLACIÓN CARACTERIZADA.

A continuación se presentan los eventos que refirieron con mayor frecuencia las personas entrevistadas.

- Hipertensión esencial
- Asma
- Artritis Reumatoide

3.3.4. ZONA MONDOMO



ZONA		No. FAMILIAS	No. FAMILIAS CABILDO	AUXILIARES FORJADORES
1	La Concepción	8	100	Marlen Ordoñez
	La Chapa	60	115	
	la alita	70	70	
	miraflores		30	
	San Isidro	158		
2	San Bosco	16		Luz Marina Mosquera
	Las Lajas	62		
	Maria Auxiliadora	49		
	El Turco	61		
	Tres quebradas	40		
	Caloteño	86		
3	nuevo San			Alba Elsy Mosquera
	Antonio	70	103	
	Arbolito	19		
	Nueva Colombia	34		
4	Mondomo	600		Celso Bermudez

Coordinador NAP: MAURICIO REINA FERNÁNDEZ – Enfermera.

3.3.4.1. Visitas de observación.

En esta etapa, se realizaron visitas de contacto con la comunidad, identificando los líderes formales e informales, y los demás actores sociales reconocidos por la comunidad.

Posteriormente con la participación de la mayoría de estos líderes, el equipo de atención primaria en salud realizó el reconocimiento del terreno, identificando características generales de la población, riesgos físicos y psicosociales que puedan afectar no solo la salud sino el bienestar de la población y a su vez los recursos con que cuenta la comunidad.

3.3.4.2. Características generales de la zona

Los datos que a continuación se presentan, en su mayoría fueron contruidos con los líderes comunitarios teniendo en cuenta documentos de la Alcaldía y la percepción de los mismos lideres.

Ubicación y Localización Geográfica:

Es una zona ubicada en el municipio de Santander de Quilichao, entre los accidentes geográficos se pudo observar que es una zona predominantemente rural, el terreno es bastante empinado y hay algunas vías de acceso en mal estado, como se puede apreciar en las fotografías que a continuación se presentan.



Fotografías: Accidentes geográficos

Población:

La zona de Mondomo cuenta aproximadamente con 1.110 familias. Dentro de la población, predomina la raza mestiza en un 60 % y los indígenas en un 40%

Vivienda:

La zona cuenta con 910 viviendas, construidas a base de ladrillo, bahareque, esterilla y tablas. En sus techos predominan materiales como tejas de barro, zinc y; y entre sus pisos se encuentran las baldosas, cemento o tierra como se puede apreciar en las fotografías que a continuación se presentan.



Fotografías: Viviendas de la Zona

Servicios Públicos:

Los habitantes de esta zona cuentan con servicios públicos deficientes, en cuanto a acueducto, energía alumbrado público y alcantarillado básicamente, pues la población refiere que presentan problemas con el agua sin potabilización y el deficiente alcantarillado

3.3.4.3. Recursos de la comunidad

Aunque en ésta área hay diversas necesidades, los recursos propios que favorecen el desarrollo del sector, han mejorando de algún modo las condiciones de vida y sostenimiento de las familias.

Entre los recursos que la comunidad identifica dentro de su zona están:

- Las escuelas
- Las casetas comunales
- Acueductos veredales
- Las canchas de futbol
- Los hogares de ICBF
- Las carreteras
- La agricultura

Se encuentra como la actividad económica predominante del sector, la agricultura. Además, se encuentra que las personas laboran en: trapiches paneleros y rayanderías. Como se puede apreciar en las fotografías que a continuación se presentan.



Fotografías: Actividades productivas de la zona

Instituciones Educativas:

Dentro de la zona se cuenta con la Institución José María Córdoba que cubre parte de la zona de Mondomo, en el casco urbano con dos escuelas de Básica Primaria: José Eustacio Rivera y Santa Teresita y Un colegio de Básica Secundaria y Media Vocacional: José María Córdoba, y en la zona rural con tres escuelas más. La Institución Educativa



San Isidro con tres escuelas de Básica Primaria: María Auxiliadora, Las Lajas, San Isidro y un Colegio de Básica secundaria: San Isidro. LA Institución Educativa Policarpa Fernández con cinco escuelas de básica Primaria: El Turco, Caloteño, Tres quebradas, y un colegio de básica secundaria: Policarpa Fernández.

Servicios de salud:

Según información de la comunidad la mayoría de la población de la zona se encuentra afiliada a empresas promotoras de Salud del régimen subsidiado y un porcentaje bajo al contributivo:

- | | | |
|---------------|-------------|----------|
| ○ ASMET SALUD | ○ AIC | ○ S.O.S. |
| ○ SALUD VIDA | ○ SALUDCOOP | ○ I.S.S. |
| ○ EMSSANAR | ○ COSMITEC | |

En el sector existen personas que realizan procedimientos, entre los que se encuentra la inyectología, curaciones, droguerías y otras como la cura del ojo, también cuentan con sobanderos, parteras, pulceadoras, en esta zona algunas enfermedades como la diarrea la curan a través de hierbas y plantas medicinales

Instituciones públicas, privadas y ONG

La comunidad de la zona Mondomo refiere que son diversas las organizaciones que benefician a los habitantes con su intervención, entre éstas se encuentran:

- Junta de Acción Comunal
- Juntas Asociaciones de de Padres
- Cabildos
- Grupos de la tercera edad.
- I.C.B.F.
- Asociaciones de Madres Comunitarias y Madres FAMI

3.3.4.4. Riesgos identificados en la zona

Riesgos Físicos:

La comunidad refiere que los principales riesgos que afecta a los habitantes son:

- Zonas de deslizamientos
- Vías sin pavimentación
- El alcantarillado
- Las escombreras
- Vías con accidentalidad
- Falta señalización en las vías
- Falta alumbrado publico
- Incendios forestales
- Casas en mal estado
- Deforestación



Fotografías: Riesgos Físicos.

Riesgos Biológicos.

La comunidad refiere que los principales riesgos que presenta la zona son los siguientes:

- proliferación de malos olores, producido por los exiliados de las rayanderias.
- Contaminación por aguas residuales.
- Contaminación por residuos sólidos.
- Contaminación por excretas.
- Contaminación por el uso de gallinaza



Fotografía: Riesgos Biológicos

Riesgos Psicosociales.

La comunidad refiere que los principales riesgos que presenta la zona son los siguientes:

- Violencia
- intrafamiliar
- Maltrato infantil.
- Hacinamiento
- Consumo de sustancias psicoactivas.
- Ausentismo y deserción escolar.
- Alcoholismo.
- Grupos de delincuencia
- Alta dependencia económica (madre cabeza de familia, personas con situación de discapacidad)
- Embarazo en adolescentes

3.3.4.5. Necesidades referidas por la comunidad.

La comunidad refiere que las principales necesidades de la zona son las siguientes:

- Ampliación de escuelas.
- Construcción de parques recreacionales.
- Mejoramiento de los servicios de acueducto y alcantarillado.
- Mejoramiento del alumbrado público.
- Acondicionamiento de canchas deportivas.
- Cobertura para la recolección de basura.
- Reparación de la iglesia.
- Mejoramiento de vías de acceso.
- Viviendas adecuadas.
- Mejora de baterías sanitarias.
- Capacitaciones para utilización del tiempo libre y manipulación de alimentos.
- Mejoramiento de la seguridad.
- Disminución de la Violencia Intrafamiliar, el consumo y expendio de SPA
- Prevención de los embarazos en los adolescentes
- Control del ingreso de los menores de edad a los lugares de expendio de licor.

3.3.4.6. Percepción de los problemas de salud en la zona.

Los principales problemas de salud percibidos y manifestados por los líderes en esta construcción son:

- | | | |
|-------|--------------|-------------|
| ○ IRA | ○ Diabetes | ○ Hepatitis |
| ○ EDA | ○ Enfermedad | ○ Gastritis |
| ○ HTA | des la Piel | |

La percepción que tienen los habitantes de la zona sobre las entidades de salud es buena, pero sin embargo manifiestan que hace falta fortalecer los centros de salud en la zona.

3.3.4.7. CARTOGRAFÍA SOCIAL

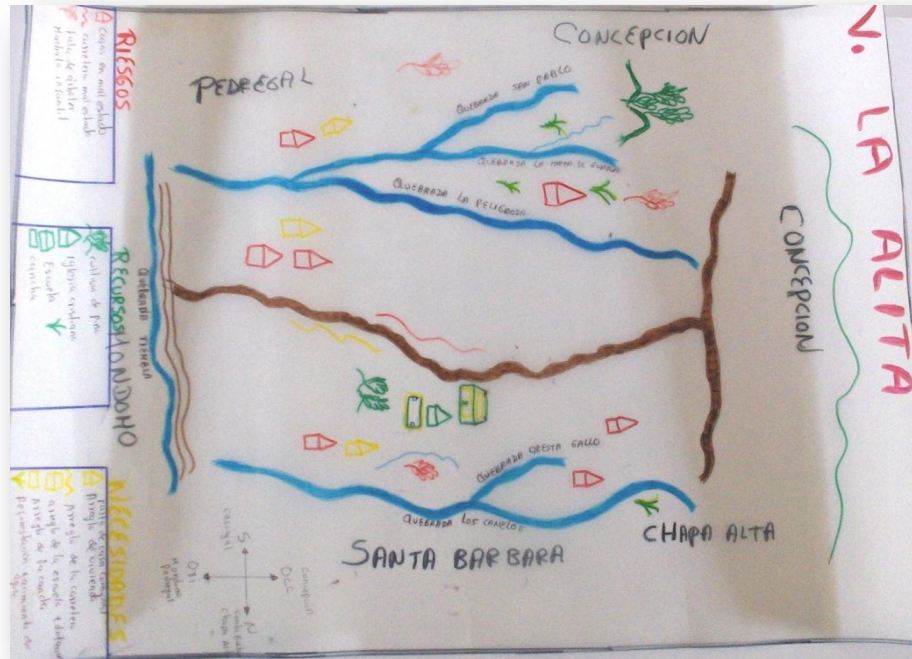
El equipo APS de la zona, en una construcción conjunta con representantes de organizaciones sociales y comunitarias; y teniendo en cuenta los resultados del observatorio social, establecieron la distribución espacial de los principales riegos, necesidades y recursos en las siguientes etapas:

- En la primera, el grupo identificó puntos de referencia, ubicando vías públicas, elementos del medio ambiente como quebradas, cañadas, bosques, lomas, nacimientos.
- En la segunda etapa elaboraron el MAPA DE NECESIDADES, señalando las áreas más vulnerables de la zona.
- En la tercera, elaboraron el MAPA DE RIESGOS, ubicando los sitios con mayores problemas que requieren atención por parte de la comunidad y las instituciones.
- En la cuarta, elaboraron el MAPA DE RECURSOS ubicando los sitios donde se encuentran ubicadas instituciones o centros de apoyo público o privada con los que cuenta la comunidad para atender los problemas.

MAPA 23 Cartografía Social Vereda Alto Miraflores, Zona Mondomo.



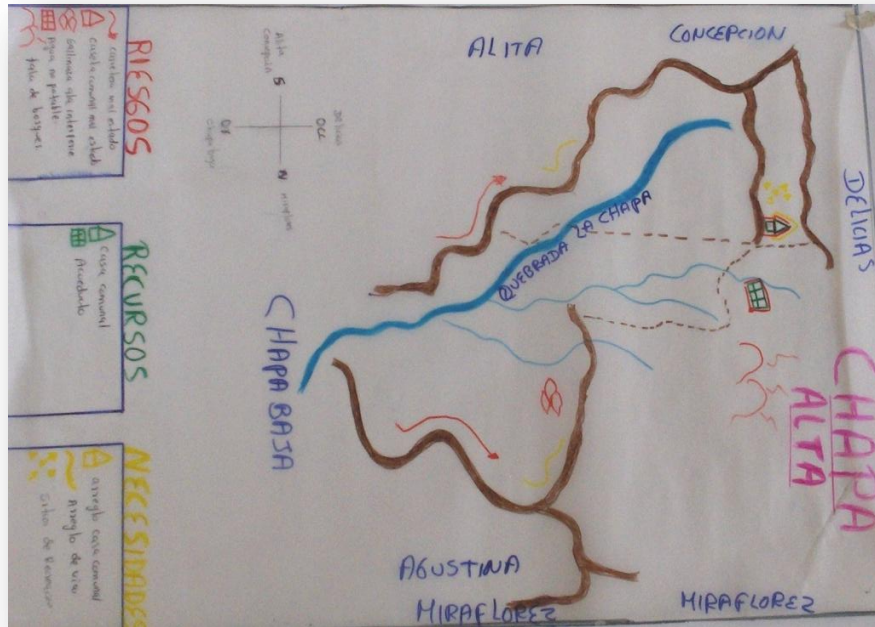
MAPA 24 Cartografía Social Vereda La Alita, Zona Mondomo.



MAPA 25 Cartografía Social Corregimiento Mondomo, Zona Mondomo.



MAPA 26 Cartografía Social Vereda La Chapa Alta, Zona Mondomo.



MAPA 27 Cartografía Social Vereda La Chapa Baja, Zona Mondomo.



VEREDA 3 QUEBRADAS

VEREDA NACEDERO VEREDA PANASCO VEREDA NUEVA COLOMBIA VEREDA LOS VIENTOS

RECURSOS

	ESCUELA CATOLICA		CANALIZACION PUBLICA
	SOLAR COMUNITARIO		CANALIZACION PUBLICA
	TIENDAS		CANALIZACION PUBLICA
	PUESTO DE SALUD		CANALIZACION PUBLICA

NECESIDADES

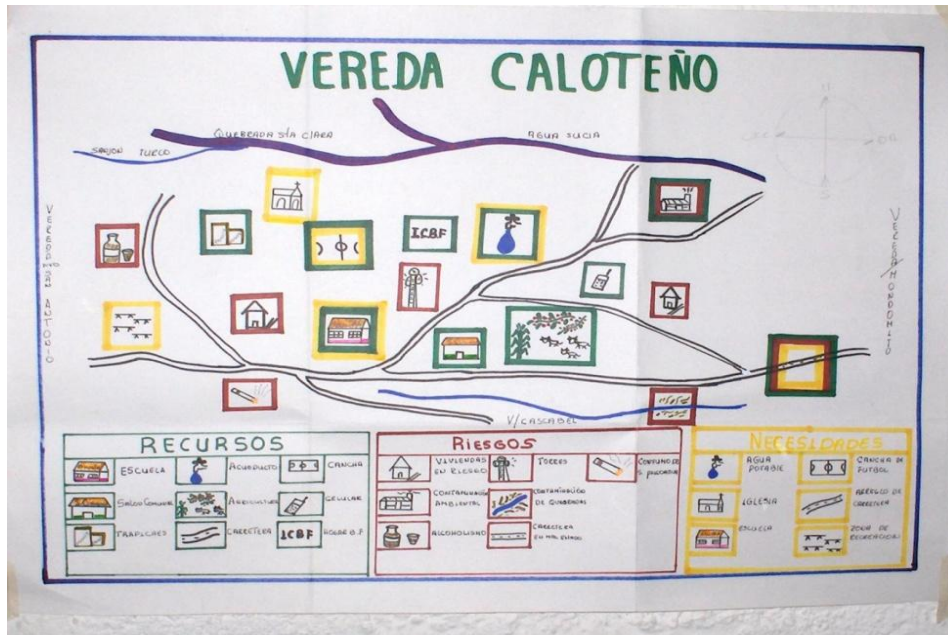
	ESCUELA CATOLICA		AGUA POTABLE		SOLAR COMUNITARIO
	ESCUELA		PUESTO DE SALUD		CANALIZACION PUBLICA
	ICBF		AGUA POTABLE		SOLAR COMUNITARIO
	PUESTO DE SALUD		AGUA POTABLE		CANALIZACION PUBLICA

RIESGOS

	ESCUELA CATOLICA		AGUA POTABLE		SOLAR COMUNITARIO
	ESCUELA		PUESTO DE SALUD		CANALIZACION PUBLICA
	ICBF		AGUA POTABLE		SOLAR COMUNITARIO
	PUESTO DE SALUD		AGUA POTABLE		CANALIZACION PUBLICA

[illegible]

MAPA 30 Cartografía Social Vereda Caloteño, Zona Mondomo.



MAPA 31 Cartografía Social Vereda Arbolito, Zona Mondomo.



MAPA 32 Cartografía Social Vereda El Turco, Zona Mondomo.



3.3.4.8. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN.

La caracterización de la población se inicio con la aplicación de la ficha familiar del Sistema de Información de Base Comunitaria para la Atención Primaria en Salud SICAPS desarrollado desde hace mas de 20 años por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo "CIMDER" de la Universidad del Valle; por considerar que este sistema está lo suficientemente validado y genera con su aplicación los indicadores necesarios para elaborar el análisis de situación de salud de las zonas a intervenir.

El equipo de APS de la zona, fue capacitado por CIMDER en la obtención, procesamiento y análisis de la información que concluyo con la obtención de los indicadores de situación de salud, de 539 familias que fueron caracterizadas en el periodo noviembre - diciembre, de los cuales a continuación se describen los más relevantes, como marco para elaborar el plan de acción de la zona:

Datos de población.

En las 539 familias caracterizadas se detectaron 1651 personas lo que implica un promedio 3 personas por familia.

Estructura poblacional de la zona caracterizada

En la tabla No. 29 se presenta la estructura de la población que se caracterizo mediante el diligenciamiento de la tarjeta familiar del SICAPS – CIMDER, donde se puede observar que la mayor población se encuentra por debajo de los 24 años.

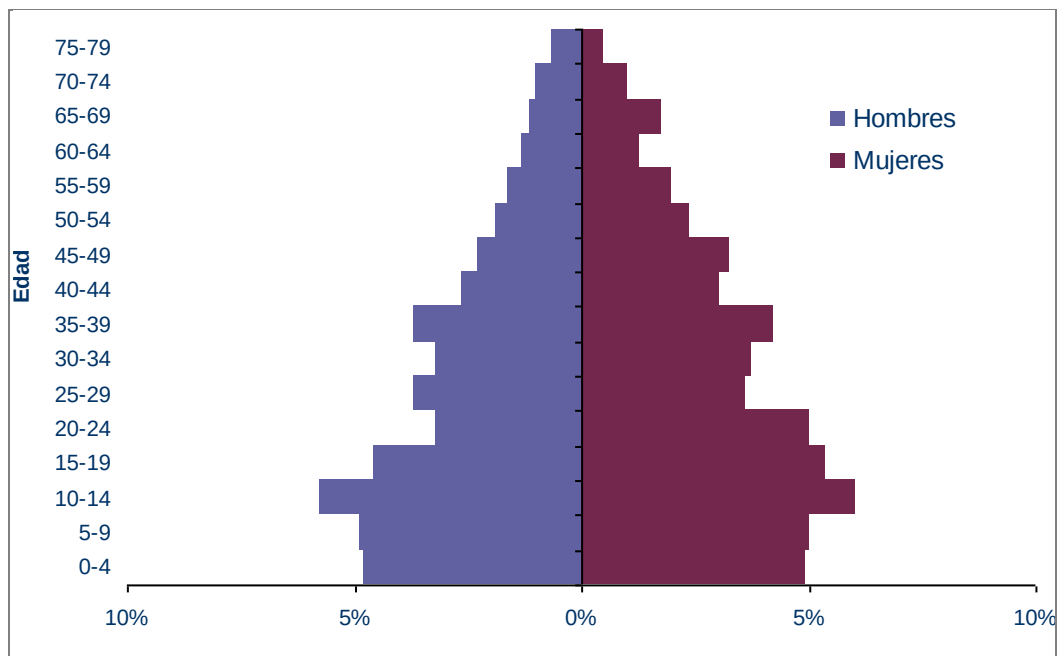
TABLA 13. Estructura Poblacional Zona Mondomo Año 2007.

Grupo de Edad	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Menor de 1 año	16	0,97%	19	1,15%	35	2,12%
1 a 4	42	2,54%	60	3,63%	102	6,18%
5 a 9	83	5,03%	81	4,91%	164	9,93%
10 a 14	100	6,06%	95	5,75%	195	11,81%
15 a 19	89	5,39%	76	4,60%	165	9,99%
20 a 24	83	5,03%	53	3,21%	136	8,24%
25 a 29	60	3,63%	61	3,69%	121	7,33%
30 a 34	62	3,76%	53	3,21%	115	6,97%
35 a 39	70	4,24%	61	3,69%	131	7,93%
40 a 44	50	3,03%	44	2,67%	94	5,69%
45 a 49	54	3,27%	38	2,30%	92	5,57%
50 a 54	39	2,36%	31	1,88%	70	4,24%
55 a 59	33	2,00%	27	1,64%	60	3,63%
60 a 64	21	1,27%	22	1,33%	43	2,60%
65 a 69	29	1,76%	19	1,15%	48	2,91%
70 a 74	17	1,03%	17	1,03%	34	2,06%
75 a 79	8	0,48%	11	0,67%	19	1,15%
80 y mas	13	0,79%	14	0,85%	27	1,64%
Total	869		782		1.651	100,00%

Fuente: Proyecto Implementación de la estrategia de atención primaria en salud. Resultados aplicación Ficha Familiar SICAPS - CIMDER.

En la Grafica No 4 se presenta la pirámide poblacional correspondiente a la población caracterizada.

GRAFICA 4. Pirámide Poblacional Zona Mondomo. Año 2007



Fuente: Proyecto Implementación de la estrategia de atención primaria en salud. Resultados aplicación Ficha Familiar SICAPS - CIMDER.

Nivel de Educativo

Con relación al nivel educativo, según los datos arrojados, por el procesamiento de la información de la ficha familiar SICAPS se relevan los siguientes indicadores:

- El 9 % de población entre 5 a 17 años no estudia.
- El 4% de población mayor de 7 años no sabe leer, ni escribir.
- El 7% de la población tiene un retraso escolar, medido como la población mayor 12 años que cursa apenas su 3er año.
- El promedio de edad de ingreso a la escuela de las niñas es de 7 años.
- El promedio de edad de ingreso a la escuela de los niños 6 años.
- El promedio de escolaridad del jefe de hogar es de 6 años.

Situación de la fuerza de trabajo.

- El 51% de la población económicamente activa (15 a 64 años) trabaja actualmente.
- El 3% de la población se encuentra buscando empleo.
- La Tasa de desocupación es del 3%

- El Índice de dependencia económica 60.75
- En el 29% de las familias la mujer es cabeza de hogar

Situación de la vivienda y servicios públicos

- El 55% de las familias tiene casa propia.
- El 11% de las familias no dispone de un medio adecuado para la disposición de excretas
- El 25% de las familias viven en hacinamiento crítico.
- El 99% de las familias consumen agua de acueducto.
- El 0.37% de las familias consumen agua de pozo.
- El 37% de las familias reciclan las basuras.
- El 17% de las familias tienen actividad productiva en la vivienda.
- El 75% de las viviendas cuentan con servicios públicos domiciliarios.
- El 98% de las viviendas cuentan con conexión a energía eléctrica.
- El 99% de las viviendas cuentan con acueducto.
- En el 88% de las viviendas tienen recolección de basuras, el resto las depositan en contenedores, o las queman, o las tiran.

Afiliación de la población al SGSSS.

- El 17.20% de población está afiliada al régimen contributivo
- El 52.87% de población está afiliada al régimen subsidiado
- El 28.46% de la población es pobre no cubierta con subsidio a la demanda.
- El 0.06% de la población pertenece regímenes especiales.

3.3.4.9. INDICADORES SOBRE SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN RELACIONADA CON LOS PROGRAMAS PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Crecimiento y desarrollo

En la siguiente tabla se presentan los indicadores más relevantes por grupos etareos en menores de 14 años.

TABLA 14. Indicadores de Crecimiento y Desarrollo (menores de 14 años)

Grupo de Edad	Indicador
Menores de 1 año	○ El 66% de los niños asisten al control ○ Al 3% de los niños se les ha detectado problemas visuales. ○ El 3% de los niños presentan problemas auditivos ○ El 3% de los niños presentan problemas lenguaje

Grupo de Edad	Indicador
	○ El 3% de los niños presentan problemas del área motora. ○ El 0% de los niños tienen señales de maltrato.
De 1 a 4 años	○ El 78% de los niños asisten al control ○ El 5% de los niños presentan problemas de lenguaje ○ El 4% de los niños presentan problemas del área motora. ○ El 2% de los niños presentan problemas visuales. ○ El 6% de los niños presentan problemas auditivos. ○ El 2% de los niños tienen señales de maltrato.
De 5 a 14 años	○ Al 12% de los niños se les ha detectado problemas visuales. ○ El 1% de los niños presentan problemas auditivos ○ El 4% de los niños presentan problemas de conducta. ○ El 0.54% de los niños tienen señales de maltrato.

Fuente: Proyecto Implementación de la estrategia de atención primaria en salud. Resultados aplicación Ficha Familiar SICAPS - CIMDER.

Vacunación

En la siguiente Tabla se presentan los indicadores más relevantes por grupos etareos en menores de 14 años y en mujeres.

TABLA 15.Indicadores de vacunación (menores de 14 años y en mujeres)

Grupo de Edad	Indicador
Menores de 1 año	○ <u>El 40% de los niños tienen esquema completo de vacunación.</u> ○ El 83% de los niños están vacunados con BCG. ○ El 46% de los niños están vacunados con DPT (3 dosis) ○ El 43% de los niños están vacunados contra la hepatitis B (3 dosis) ○ El 46% de los niños están vacunados contra la POLIO (3 dosis) ○ El 43% de los niños están vacunados contra Hemofilus Influenza tipo B
De 1 a 4 años	○ <u>El 51% de los niños tienen esquema completo de vacunación.</u> ○ El 88% de los niños están vacunados con BCG. ○ El 85% de los niños están vacunados con DPT (3 dosis) ○ El 84% de los niños están Porcentaje vacunados contra la hepatitis B (3 dosis) ○ El 85% de los niños están vacunados contra la POLIO (3 dosis) ○ El 68% de los niños están vacunados contra Hemofilus Influenza tipo B ○ El 72% de los niños están vacunados con MMR
Mujeres (10 a 52 años)	○ El 60% de las mujeres están vacunadas con Toxoide Tetánico Diftérico (5 dosis) ○ El 69% de las mujeres están vacunadas contra la Rubéola o con MMR

Fuente: Proyecto Implementación de la estrategia de atención primaria en salud. Resultados aplicación Ficha Familiar SICAPS - CIMDER.

Salud Oral

En la tabla siguiente se presentan los indicadores más relevantes por grupos etareos en menores de 14 años.

TABLA 16.Indicadores de Salud Oral (menores de 14 años)

Grupo de Edad	Indicador
De 1 a 4 años	○ <u>El 29% de los niños tienen caries</u> ○ El 25% de los niños tienen hábito e higiene oral (cepillado 3 o más veces al día) ○ El 32% de los niños han asistido a consulta odontológica (últimos 6 meses)
De 5 a 14 años	○ <u>El 37% de los niños tienen caries</u> ○ El 55% de los niños han consultado odontólogo (últimos 6 meses) ○ El 49% de los niños han recibido flúor (últimos seis meses) ○ El 47% de los niños han recibido control de placa ○ El 29% de los niños usan seda dental ○ El 57% de los niños tienen habito e higiene oral (cepillado 3 o más veces por día)

Fuente: Proyecto Implementación de la estrategia de atención primaria en salud. Resultados aplicación Ficha Familiar SICAPS - CIMDER.

Salud Sexual y Reproductiva

En las Tablas No. 22 y 23 se presentan los indicadores más relevantes por sexo.

TABLA 17.Indicadores de Planificación Familiar.

Grupo	Indicador
Mujeres	○ El 5% de las mujeres de 10 a 18 años planifican ○ El 47% de las mujeres de 10 a 52 años planifican ○ El 44% de las mujeres de 10 a 52 años realizan control de planificación. ○ <u>El 52% de las mujeres no planifican.</u>
Hombres	○ <u>El 82% de los hombres no planifican</u>

Fuente: Proyecto Implementación de la estrategia de atención primaria en salud. Resultados aplicación Ficha Familiar SICAPS - CIMDER.

TABLA 18.Indicadores de Prevención de Cáncer.

Grupo de Edad	Indicador
Mujeres (10 a 59 años)	○ El 12% de mujeres de 10 a 24 años se ha realizado citología ○ El 97% de mujeres de 10 a 24 años que se han realizado citología presentan normalidad en el resultado. ○ El 54% de mujeres de 25 a 59 años se han realizado citología ○ El 95% de mujeres de 25 a 59 años que se han realizado citología

Grupo de Edad	Indicador
	presentan normalidad.
Mujeres (35 a 59 años)	○ El 24% de mujeres se han realizado el examen físico de seno ○ El 2% de las mujeres que se han realizado examen físico de seno presentan resultado anormal
Mujeres (60 y mas años)	○ El 20% de mujeres se han realizado el examen físico de seno ○ El 38% de las mujeres se han realizado citología
Hombres (40 a 59 años)	○ El 4% de los hombres que se han realizado el exámen de próstata presentan resultado anormal.
Hombres (60 y mas años)	○ El 36% de los hombres se han realizado el exámen de próstata ○ El 27% de los hombres que se han realizado el exámen de próstata presentan resultado anormal.

Fuente: Proyecto Implementación de la estrategia de atención primaria en salud. Resultados aplicación Ficha Familiar SICAPS - CIMDER.

Indicadores sobre gestación y partos

- El 11 % de las gestantes son menores de 18 años
- El 22% de las gestantes tienen 35 y más.
- El 56% de las gestantes están clasificadas como de alto riesgo en control prenatal.
- El 89% de las gestantes están clasificadas en alto riesgo en atención parto.
- El 78% de las gestantes iniciaron su 1er control en el 1er trimestre.
- El 0% de las gestantes iniciaron su 1er control en el 2do trimestre.
- El 0% de las gestantes iniciaron su 1er control en el 3er trimestre.
- El 67% de las gestantes recibieron su 1er control por médico.
- El 22% de las gestantes no habían recibido control al momento de la visita.
- El 100% de las gestantes tenían revisión odontológica.
- El 56% de las gestantes están vacunados con toxoide tetánico - diftérico (2 dosis).
- El 78% han recibido hierro y ácido fólico.
- El 77% de las gestantes tuvieron partos normales – vaginal.
- El 0% de las gestantes tuvieron partos instrumentados.
- El 81% de los partos fueron atendidos en las instituciones.

3.3.4.10. MORBILIDAD REFERIDA POR LA POBLACIÓN CARACTERIZADA.

A continuación se presentan los eventos que refirieron con mayor frecuencia las personas entrevistadas.

- Trastornos del aparato respiratorio
- Hipertensión esencial
- Rinofaringitis aguda
- Diarrea y gastroenteritis
- Asma
- Cefalea
- Gastritis y duodenitis
- Amigdalitis aguda.

3.3.5. INTERVENCIÓN SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN LOS NAP ANTONIO NARIÑO, MORALES DUQUE Y MONDOMO.

De la información recolectada en las zonas y de la caracterización familiar se encontró que la situación que incide en los determinantes sociales de la salud es común para las tres zonas por lo cual se proponen una estrategias unificadas.

3.3.5.1. Mejorar la Salud mental

Estrategia:

Ejecutar actividades que ayuden a la reducción de las problemáticas concernientes con

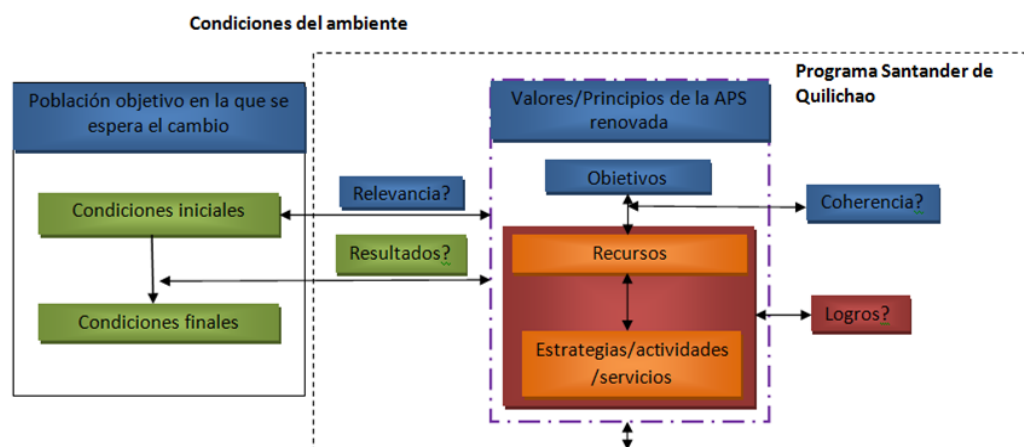
La familia y la comunidad desde la perspectiva psicosocial.

CAPITULO IV. MODELO TEÓRICO DE LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD

Los programas como la APS son una intervención compleja, por lo que las preguntas de evaluación son relevantes y requieren una amplitud de las mismas, por tanto, su diseño, debe estar basado en una conceptualización comprehensiva de las intervenciones, debido a que involucran una importante articulación con su contexto.

Por lo anterior se plantea la utilización del modelo modificado de Potvin y colaboradores quienes proponen un modelo en el cual se denota la interacción entre los componentes de un programa definidos según la teoría de sistemas, con las preguntas de evaluación relacionadas con dichos componentes (Grafica 2).

GRAFICA 5. Modelo de Evaluación de Programas Atención Primaria en Salud.



Fuente: Potvin L, Haddat S, Frohlich L. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes.

El modelo ajustado de Potvin considerando dos perspectivas. En primer lugar, los procesos que se producen en el entorno del programa, crear una densa red de relaciones entre el programa y su entorno. Es por eso que el entorno no puede disociarse del programa. Esto nos muestra un modelo de evaluación que busca ir

más allá que únicamente establecer una entrada y una salida, como entre un programa y sus efectos.

Entre los componentes del modelo, se encuentran:

- Los valores/principios de la APS Renovada, los primeros son esenciales para establecer las prioridades territoriales y evaluar si los pactos sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población y los segundos,
- Los objetivos que constituyen la fuerza orientadora del mismo e implican, en principio, cambios esperados en la población objetivo.
- Los recursos son los materiales (conocimiento, dinero, recurso humano e infraestructura física, tecnología) necesarios para la operación del programa.
- Las estrategias/actividades/servicios son los medios por los cuales el programa consigue sus objetivos y comprenden las acciones de intervención. Estos tres componentes están enlazados y están influidos por las condiciones del ambiente.

Como parte del ambiente, se encuentra la población objetivo, de la cual el programa debe conocer las condiciones iniciales en el aspecto que se desea cambiar y debe evaluar las condiciones finales. Los otros aspectos del ambiente incluyen los factores políticos, sociales, económicos, culturales en el cual se ejecuta el programa y está ubicada la población objeto del mismo.

Las preguntas de evaluación que surgen de la interrelación de estos componentes fundamentan un diseño comprehensivo de los programas y son las siguientes:

Coherencia: ¿qué tan coherentemente el modelo de intervención del programa está ligado con los objetivos, recursos y estrategias/actividades/servicios del mismo?

Logros: ¿cuáles son los logros de las estrategias/actividades/servicios del programa?

Relevancia: ¿qué tan relevantes son los objetivos del programa para la población objetivo en la que se espera el cambio?

Resultados: ¿cuál es la influencia del programa en los cambios presentados en la población objetivo?

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio evaluativo de los resultados de la implementación del programa de Atención Primaria en Salud en una ESE a partir de los objetivos de la investigación, para lo cual se utilizó el modelo de evaluación de Potvin y colaboradores (Potvin L, Haddat S, Frohlich L. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes). Para tal fin, se combinaron métodos cualitativos y cuantitativos. Esta combinación de métodos se sugirió debido a que proporciona una mejor comprensión de fenómenos complejos.

4.1.1. Área y Población de estudio

Santander de Quilichao es un municipio, ubicado en el Departamento del Cauca, con una población de aproximadamente 85.000 habitantes, con un área de 518 Km² de los cuales 6.84 Km² corresponden a la zona urbana con un 50.6% del total de la población del municipio y el 49.4% restante de población habita en la zona rural.

El municipio cuenta en la Cabecera Municipal con cincuenta y siete (57) barrios en su zona urbana, Ciento cuatro (104) Veredas, un corregimiento: Mondomo y cuatro (4) Resguardos Indígenas: Canoas, Munchique, La Concepción y Guadualito

La población de estudio corresponde a las personas de 35 veredas y barrios que son: vereda Quebrada I, Quebrada II, San Rafael, Palestina, La Arrobleda, Taminango, Lomitas Arriba, Lomitas Abajo, San Antonio, Brasília, Mondomo, San Isidro, San Bosco, Las Lajas, María Auxiliadora, La Alita, Miraflores, La Chapa, Tres

Quebradas, Caloteño, Arbolito, Nueva Colombia, Nuevo San Antonio, El Turco, Domingullo, El Palmar, y los barrios Lourdes, Belén, El Arroyo, El Porvenir, Betania, Vida Nueva, Villa del Sur, Nariño, Bello Horizonte.

4.2. COMPONENTE CUALITATIVO DEL ESTUDIO

4.2.1. Criterios de inclusión de informantes clave

Se incluyeron como informantes clave las personas que tienen acceso a la información más importante sobre las actividades comunitarias grupales o institucionales de las 35 veredas y barrios, con suficiente experiencia y conocimientos sobre la implementación del programa de Atención Primaria en Salud; con capacidad para comunicar esos conocimientos y voluntad de cooperación. Estos informantes clave fueron escogidos porque predomina en ellos un lenguaje propio de su comunidad o de la institución a la que pertenece y con el cual describen su percepción de los sucesos y situaciones que ocuparon esta investigación.

De esta manera las personas que se incluyeron como informantes clave en la investigación sobre la implementación del programa de Atención Primaria en Salud en Santander de Quilichao son las siguientes:

Auxiliares de enfermería

Auxiliares de salud publica

Docente

Agente comunitario

Actor institucional

La información que se obtuvo fue de fuentes primarias, pues estas personas informantes clave tenían una percepción del antes y del después de la implementación de la estrategia de APS en Santander de Quilichao.

Para el muestreo se tuvo en cuenta dos criterios el de suficiencia y adecuación de los datos. La suficiencia se refiere a la cantidad de datos recogidos, antes que al número de sujetos. La suficiencia se consigue cuando se llega a un estado de “saturación informativa” y la nueva información no aporta nada nuevo. La adecuación se refiere a la selección de la información de acuerdo con las necesidades del estudio y del modelo EVALUACIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE QUILISALUD E.S.E. EN SANTANDER DE QUILICHAO 2007 – 2010, es así como se logro el siguiente muestreo de informantes clave:

TABLA 19. Informantes clave en el proceso de investigación en Santander de Quilichao.

INFORMANTE CLAVE	NO.	JUSTIFICACIÓN	FORMA DE LA ENTREVISTA	CONFIDENCIALIDAD DE LA ENTREVISTA	DURACIÓN DE LA ENTREVISTA
Auxiliares de enfermería	2	El programa se desarrollo en la zona urbana y la zona rural por lo que se entrevistara un actor de cada zona los cuales han estado desde el surgimiento de la ESE y además participaron en la implementación del programa	Presencial con el Instrumento No. 1.	La identidad de Los individuos que participaron en la entrevista será codificado desde IAPS 001 – IAPS 009 con el fin de proteger la confidencialidad de su información	Aproximadamente cuarenta (40) minutos.
Auxiliares de salud publica	2	El programa se desarrollo en la zona urbana y la zona rural por lo que se entrevistara un actor de cada zona los cuales fueron capacitados en el marco de la implementación del programa y además estaban antes de la implementación del programa.	Presencial con el Instrumento No. 1	La identidad de Los individuos que participaron en la entrevista será codificado desde IAPS 001 – IAPS 009 con el fin de proteger la confidencialidad de su información	Aproximadamente cuarenta (40) minutos.
Docentes	1	El programa se desarrollo en la zona urbana y la zona rural por lo que se entrevistara un actor de cada zona	Presencial con el Instrumento No. 1	La identidad de Los individuos que participaron en la entrevista será codificado desde IAPS 001 – IAPS 009 con el fin de	Aproximadamente cuarenta (40) minutos.

				proteger la confidencialidad de su información	
Agentes comunitarios	1	El programa se desarrollo en la zona urbana y la zona rural por lo que se entrevistara un actor de cada zona	Presencial con el Instrumento No. 1	La identidad de Los individuos que participaron en la entrevista será codificado desde IAPS 001 – IAPS 009 con el fin de proteger la confidencialidad de su información	Aproximadamente cuarenta (40) minutos.
Actor institucional	1	Porque tiene conocimiento y profundidad del contexto de las zonas donde se llevo a cabo proceso de implementación del programa de atención primaria en salud de QUILISALUD E.S.E. en Santander De Quilichao entre el 2007 - 2010	Presencial con el Instrumento No. 1	La identidad de Los individuos que participaron en la entrevista será codificado desde IAPS 001 – IAPS 009 con el fin de proteger la confidencialidad de su información	Aproximadamente cuarenta (40) minutos.

4.2.2. Criterios de exclusión

Como cualquier estrategia que se utilice para la selección sea esta intencional o deliberada, requiere que se desarrolle un perfil de los atributos esenciales que debe cumplir el sujeto a elegir y la búsqueda de una unidad que se adapte a ese perfil, de esta manera sólo los siete (7) sujetos descritos en el cuadro anterior respondieron a los requisitos exigidos para ser informantes clave en la EVALUACIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE QUILISALUD E.S.E. EN SANTANDER DE QUILICHAO 2007 – 2010, los otros sujetos de la comunidad o institucionales no aportaron la información en forma optima como es lo requerido por el estudio.

4.2.3. Categorías de análisis

Como unidad de análisis se seleccionaron expresiones o proposiciones referidas al tema de la implementación del programa de Atención Primaria en Salud en

Santander de Quilichao, dado que con estas unidades no se perderá de vista el contenido original. Las categorías están fundamentadas en la pregunta de investigación y en el marco conceptual, siendo estas:

- I. Relevancia
- II. Valores y Principios
- III. Recursos
- IV. Estrategias, Actividades y Servicios.
- V. Factores Facilitadores y Limitantes
- VI. Coherencia
- VII. Logros del Programa.
- VIII. Capacidad del Programa

4.2.3.1. Categorías y subcategorías de análisis:

Área de investigación, ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS): Información referente a la implementación del programa de Atención Primaria en Salud en Santander de Quilichao entre el 2007 y el 2012.

- I. Categoría: RELEVANCIA
 - Subcategorías:*
 - a. Percepción de la relevancia de un programa de APS en Santander de Quilichao.
- II. Categoría: VALORES Y PRINCIPIOS
 - Subcategorías:*
 - a. Percepción sobre el ejercicio del derecho al mejor nivel de salud posible en Santander de Quilichao entre 2007 y 2010.
 - b. Percepción sobre la equidad en el Programa de APS de Santander de Quilichao.
 - c. Percepción sobre la solidaridad social y la participación ciudadana en el Programa de APS de Santander de Quilichao.
 - d. Percepción sobre las respuestas dadas a las necesidades de salud de la población con el Programa de APS de Santander de Quilichao.
 - e. Percepción sobre la calidad de los servicios de salud del Programa de APS de Santander de Quilichao.

- f. Percepción de la responsabilidad y la rendición de cuentas de la administración municipal frente al Programa de APS de Santander de Quilichao.
- g. Percepción sobre la sostenibilidad del Programa de APS de Santander de Quilichao entre el 2007 y el 2010.
- h. Percepción sobre la coordinación intersectorial alrededor del Programa de APS de Santander de Quilichao.

III. Categoría: RECURSOS

Subcategorías:

- a. Percepción de los recursos que se tenían disponibles en su implementación.

IV. Categoría: ESTRATEGIAS, ACTIVIDADES Y SERVICIOS.

Subcategorías:

- a. Percepción de las estrategias, actividades y servicios que se estaban desarrollando en su implementación.

V. Categoría: FACTORES FACILITADORES Y LIMITANTES

Subcategorías:

- a. Percepción sobre los factores facilitadores y limitantes para la implementación del programa (contexto, organizaciones involucradas, intervención)

VI. Categoría: COHERENCIA

SUBCATEGORÍAS:

- a. Percepción de la coherencia entre el programa de APS tal como fue planteado y su desarrollo.

VII. Categoría: LOGROS DEL PROGRAMA.

Subcategorías:

- a. Percepciones sobre logros del programa.

VIII. Categoría: CAPACIDAD DEL PROGRAMA

Subcategorías:

- a. Capacidad del programa de adaptarse a los cambios del contexto.

4.2.4. Técnicas de recolección de la información

La información se obtuvo a través de fuentes primarias, con personajes que tienen una percepción del antes y del después de la implementación de la estrategia de APS en Santander de Quilichao, esto se hizo mediante entrevistas semi-estructuradas, cuyo número estuvo definido por la saturación de la información de los por los informantes claves de la muestra.

4.2.5. Plan de análisis

El análisis se basará en el proceso de creación de códigos de acuerdo a las categorías preestablecidas, luego a la transcripción de las entrevistas y reducción de datos, seguido por la disposición y transformación de datos para el análisis y finalmente la obtención de resultados y verificación de conclusiones. Para este proceso se harán matrices de contenidos, de acuerdo a las categorías preliminares. Finalmente, los hallazgos de este componente cualitativo se relacionarán con los hallazgos cuantitativos.

4.3. COMPONENTE CUANTITATIVO DEL ESTUDIO

4.3.1. Criterios de inclusión

Se tuvieron en cuenta los participantes de las veredas y los barrios que fueron caracterizados con la ficha SICAPS y están en las bases de datos de QUILISALUD ESE.

4.3.2. Criterios de exclusión

- Las personas de las veredas y los barrios que no fueron caracterizados con la ficha SICAPS y que no están en las bases de datos de QUILISALUD ESE.

4.3.3. Diseño de muestreo y tamaño de muestra

Se midió el 100% de los residentes habituales registrados en las bases de datos obtenidas a partir del Sistema de Información de base comunitaria para la Atención Primaria en Salud SICAPS. La información contenida en la base de datos representan 7.535 personas, de los 35 barrios y veredas en el programa. La población de estudio estuvo inmersa en tres unidades de observación del programa de APS, denominadas NAP Morales Duque, NAP Nariño, NAP Mondomo que constituyó el punto de partida para implementación del programa que realizó la ESE.

Por lo anterior y como población de estudio se tomaran las bases de datos existentes de los 35 barrios y veredas donde intervino la ESE, y por ser el objetivo Evaluar el proceso de implementación del programa de Atención Primaria en Salud, no fue necesario calcular tamaño de muestra pues no se reclutaron nuevas personas.

4.3.4. Variables

La variable dependiente analizada correspondió a los logros alcanzados en el programa de APS. Esta variables se analizo teniendo en cuenta los logros del programa en términos del cumplimiento o no de sus metas en los programas de Alteración del Crecimiento y Desarrollo, Plan Ampliado de Inmunización, Planificación Familiar, Detección Temprana de Cáncer de Cérvix, Control Prenatal, Detección Temprana de Alteraciones del Joven, Salud Oral, Hipertensión Arterial, Diabetes, Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Abuso Sexual.

TABLA 20. Variables en el Proceso de Investigación en Santander de Quilichao.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	VALORES POSIBLES
Logro del Programa de APS			1. No mejoro la salud y la calidad de vida de la población en Santander de Quilichao. 2. Mejoro la salud de la población en Santander de Quilichao debido a la implementación de APS programa
Programa de Alteración del Crecimiento y Desarrollo	Menores de diez años que asistieron a los controles del programa de C y D	Nominal	1. No aumento el número de niños en control en el programa de C y D. 2. Aumento el número de niños en control en el programa de C y D debido a la implementación de APS.
Plan Ampliado de Inmunización	Coberturas con biológicos del esquema de vacunación en los niños menores de 5 años	Nominal	1. No aumento la cobertura de niños con esquema de vacunación completo 2. Aumento la cobertura de niños con esquema de vacunación completo debido a la implementación de APS.
Programa de Planificación Familiar	Población de hombres y mujeres en edad reproductiva 15 a 49 años que ingresaron al programa de planificación familiar para utilizar algún método de planificación familiar.	Nominal	1. No aumento el número de mujeres inscritas en el programa de PF. 2. Aumento el número de mujeres inscritas en PF. debido a la implementación de APS
Programa de Detección Temprana De Cáncer de Cérvix,	Población femenina de 25 a 69 años que se realizan el tamizaje cervico - uterino	Nominal	1. No aumento el número de mujeres que se tomaron la CCU. 2. Aumento el número de que se tomaron la CCU. debido a la implementación de APS
Programa de Control Prenatal	Gestantes que ingresan al programa de control prenatal o realizan el respectivo control según el riesgo antes de la semana 22 de gestación.	Nominal	1. No aumento el número de mujeres que se ingresaron al programa de CPN antes de la semana 22 de gestación. 2. Aumento el número de mujeres que se ingresaron al programa de CPN antes de la semana 22 de gestación debido a la implementación de APS

Programa de Detección Temprana De Alteración Del Joven	Jóvenes de 10 a 29 años que ingresan al programa de detección temprana de alteraciones en el joven.	Nominal	1. No aumento el número de jóvenes de 10 a 29 años que se ingresaron al programa de DTAJ. 2. Aumento el número de jóvenes de 10 a 29 años que se ingresaron al programa de DTAJ. debido a la implementación de APS
Programa De Salud Oral	Niños y niñas de 2 a 10 años que se les realiza valoración en salud oral y se les educa en la adquisición de un buen hábito de higiene oral.	Nominal	1. No aumento el número niños y niñas de 2 a 10 años con valoración odontológica. 2. Aumento el número de niños y niñas de 2 a 10 años con valoración odontológica debido a la implementación de APS
Programa de Hipertensión arterial	Población mayor de 45 años que ingresa y asiste a los controles por una enfermedad crónica como la HTA	Nominal	1. No aumento el número de mayores de 45 años que asisten a los controles de HTA. 2. Aumento el número de mayores de 45 años que asisten a los controles de HTA. debido a la implementación de APS
Programa de Diabetes	Población mayor de 45 años que ingresa y asiste a los controles por una enfermedad crónica como la Diabetes	Nominal	1. No aumento el número de mayores de 45 años que asisten a los controles de DM. 2. Aumento el número de mayores de 45 años que asisten a los controles de DM. debido a la implementación de APS
Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Abuso Sexual Infantil	Casos de niños, niñas y jóvenes denunciados ante las instituciones notificadoras según la ruta municipal de Prevención de la Violencia.	Nominal	1. No aumento el número de denuncias por VI, MI y ASI. 2. Aumento el número de denuncias por VI, MI y ASI. debido a la implementación de APS

4.3.5. Técnicas de recolección de la información

La información se obtuvo mediante fuentes secundarias como:

- Plan de acción programa APS Santander de Quilichao

- Estadísticas de salud y servicios (Secretaria de Salud Municipal de Santander de Quilichao, Secretaria de Salud Departamental del Cauca, QUILISALUD ESE, SIVIGILA).
- Documentos de los planes, programas estrategia y proyectos (Plan de Desarrollo de Santander de Quilichao, Plan Territorial de Salud, módulos, informes ejecutivos, etc.) desarrollados en la comunidad.
- Fichas de caracterización familiar SICAPS.

4.3.6. Plan de análisis

Se establecieron los logros con tasas del programa y las frecuencias del antes y del después de cada programa y dada la naturaleza de las variables se aplicara una prueba Mc Nemar para datos pareados, la cual es una prueba no paramétrica de comparación de proporciones para dos muestras relacionadas. Y que se aplico teniendo en cuenta que las variables cumplían con las características necesarias. Además se utilizo la prueba pues la función de esta es comparar el cambio en la distribución de proporciones entre dos mediciones de una variable dicotómica y determinar que la diferencia no se deba al azar (que la diferencia sea estadísticamente significativa).

4.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El desarrollo de este estudio tuvo en cuenta las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki, la Declaración de los Derechos Humanos y la Resolución N° 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Por parte de la investigadora y la ESE se declaró que no existió conflicto de intereses debido a que ambas partes compartieron la propiedad intelectual en partes equitativas

4.4.1. Procedimientos de consentimiento informado

Los participantes elegibles, se incluyeron en el estudio después de proporcionar por escrito el consentimiento informado aprobado por el comité de ética de QUILISALUD ESE y comité de ética de la Universidad del Valle.

La aceptación de participar voluntariamente en el estudio se indico por parte de los actores con la firma y el fechando del consentimiento informado (dos originales), el cual tuvo como contenido la descripción y propósito de la investigación, los procedimientos a utilizar, el uso que se daría a la información, los riesgos y beneficios, la voluntariedad de participar y los mecanismos que garantizarían la confidencialidad de la información proporcionada (ver anexos).

Este documento resaltó que el desarrollo de la investigación no trajo consigo ningún riesgo biológico, psicológico, social, legal o de otra índole para los participantes. Se incluyo los datos necesarios para ubicar al investigador del proyecto.

Por ser esta una investigación descriptiva los riegos a los sujetos participantes fueron razonables con relación a los hallazgos que se pueden obtener de la evaluación del proceso de implementación del programa de APS entre 2006 y 2010, hallazgos que pueden aportar en el mejoramiento de la calidad de vida de la población en Santander de Quilichao.

4.4.1.1. Responsabilidades del investigador y comités éticos

Teniendo en cuenta que la investigación hace parte del proceso académico del investigador principal para acceder al título de Máster en Salud Publica de la Universidad del Valle (Colombia), antes de iniciar el estudio, el protocolo y el consentimiento informado propuesto se entregaron para su revisión y aprobación al Comité de ética de QUILISALUD ESE (que es el lugar donde se desarrollara la

investigación) y Comité de ética de la Universidad del Valle (Centro educativo al cual pertenece el investigador principal).

4.4.1.2. Publicación del protocolo de estudio y de los resultados

Los resultados de la investigación se encontrarán a disposición de las personas que participen en el estudio y de la comunidad en general, adicional a los medios de divulgación previstos en el proyecto de investigación. En todas las publicaciones figurará como firmantes la Investigadora Principal y el tutor de trabajo así como la Universidad del Valle.

5. RESULTADOS

Para el abordaje de los resultados se inicia por considerar el Plan de acción por zona que sirve de línea de base en este trabajo de investigación pues como se menciono para en las técnicas de recolección de datos estos fueron considerados fuentes secundarias que brindaron una amplia posibilidad de análisis como se muestra a continuación. Para evaluar las variables en el proceso de implementación del programa de APS en Santander de Quilichao 2007 -2010 se utilizó la prueba Mc Nemar para datos pareados y finalmente para analizar las categorías de los datos cualitativos, Relevancia, Valores y Principios, Recursos, Estrategias, Actividades y Servicios, Factores Facilitadores y Limitantes, Coherencia, Capacidad del Programa se presentan los datos de manera descriptiva los cuales se triangularon con los datos cuantitativos generando de estas manera la discusión y conclusiones frente a los resultados de la investigación y permitió plantear unas recomendaciones desde la investigación.

5.1. Análisis de los resultados del plan de acción de APS desde el elemento de Énfasis en la promoción y en la prevención

5.1.1. Atención en salud durante la implementación del Programa de APS

5.1.1.1. Aseguramiento de la población por régimen y por empresa.

TABLA 21. Coberturas de afiliación al SGSSS. Santander de Quilichao, 2008

TIPO DE AFILIACIÓN	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Régimen Contributivo	1542	20.46
Régimen Subsidiado	2667	35.39
Población pobre no cubierta con Subsidios a la demanda (cubierta con subsidio a la oferta)	3200	42.46
Población sin dato de afiliación	126	2
TOTAL	7.535	100

Fuente: Secretaria Municipal de Salud 2005.

TABLA 22. Coberturas de afiliación al SGSSS. Santander de Quilichao, 2010

TIPO DE AFILIACIÓN	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Régimen Contributivo	2487	33
Régimen Subsidiado	4672	62
Población pobre no cubierta con Subsidios a la demanda (cubierta con subsidio a la oferta)	301	4
Población sin dato de afiliación	75	1
TOTAL	7.535	100

Fuente: Secretaria Municipal de Salud 2010.

5.1.1.2. Atención en consulta externa en QUILISALUD ESE.

En el año 2007, QUILISALUD ESE atendió 116.113 consultas de medicina, enfermería y odontología de las cuales el 77% pertenecían al régimen Subsidiado y el 23% restante a la Población Pobre no Asegurada.

En el año 2010, QUILISALUD ESE atendió 178.699 consultas de medicina, enfermería, odontología y psicología de las cuales el 87% pertenecían al régimen Subsidiado y el 13% restante a la Población Pobre no Asegurada.

TABLA 23. Consulta Externa por Régimen. Santander de Quilichao. 2008

QUILISALUD ESE	
EMPRESA	TOTAL
ASMET	15915
EMSSANAR	7956
CAPRECOM	1093
SALUD VIDA	18
CÓNDOR SALUD	9
MALLAMAS	3
SELVA SALUD	1
RÉGIMEN SUBSIDIADO	30071
PPNA	7585
TOTAL GENERAL	37656

Fuente: Secretaria de Salud Municipal. RIPS - QUILISALUD, 2008

TABLA 24. Consulta Externa por Régimen. Santander de Quilichao. 2010

QUILISALUD ESE	
EMPRESA	TOTAL
ASMET	
EMSSANAR	
CAPRECOM	
SALUD VIDA	
CÓNDOR SALUD	
MALLAMAS	
SELVA SALUD	
RÉGIMEN SUBSIDIADO	
PPNA	
TOTAL GENERAL	

Fuente: Secretaría de Salud Municipal. RIPS - QUILISALUD, 2010

5.1.1.3. Morbilidad

En Santander de Quilichao en la tasa de morbilidad por grupo de causas se comporto así: En 2008 18 personas por cada **10.000** habitantes se enfermaron de causas relacionadas con la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares, ubicándose en la primera causa de Morbilidad en el municipio con 14.957 casos atendidos. En 2009 la primera causa fue también las causas relacionadas con la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares con una tasa de 14 personas por cada 10.000 habitantes que se consultaron por esta causa y en 2010 la primera causa de morbilidad fueran las consultas relacionadas con las Enfermedades del sistema digestivo la reportando una tasa de 16 personas por cada 10.000 habitantes.

TABLA 25. Causas de Morbilidad por Grupos. Santander de Quilichao. 2008.

No	CAUSA	TOTAL (M/F)	TASA
1	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	14.957	178
2	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	7.862	94
3	Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	3.926	47
4	Enfermedades infecciosas intestinales	3.553	42
5	Síntomas y signos generales	2.718	32
6	Enfermedades inflamatorias de los órganos pelvianos	2.559	30
7	Otras enfermedades del sistema urinario	2.224	26

8	HelminCIAS	2.020	24
9	Trastornos episódicos y paroxísticos	1.858	22
10	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	1.813	22
11	Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	1.618	19
12	Enfermedades hipertensivas	1.602	19
13	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	1.559	19
14	Otras dorsopatias	1.306	16
15	Otros trastornos articulares	1.238	15
	Subtotal >>>	50.813	605
	Resto >>>	24.945	
	Total >>>	75.758	903
Población Santander		83938	

Fuente: RIPS, Secretaria de Salud Municipal

TABLA 26. Causas de Morbilidad por Grupos. Santander de Quilichao. 2009.

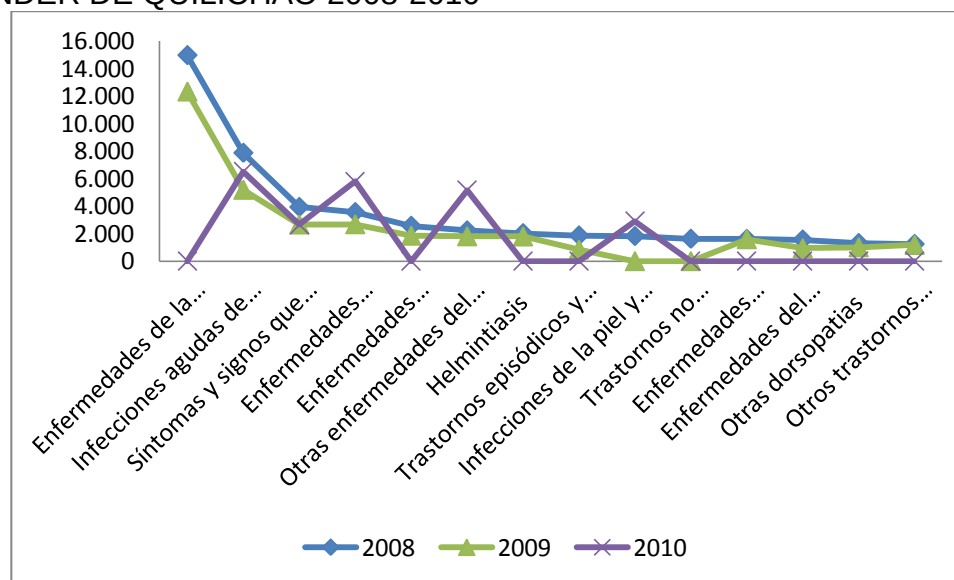
No.	CAUSA	TOTAL (M/F)	TASA
1	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	12.336	144,8
2	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	5.188	60,9
3	Enfermedades infecciosas intestinales	2.682	31,5
4	Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	2.664	31,3
5	Enfermedades inflamatorias de los órganos pelvianos	1.850	21,7
6	Otras enfermedades del sistema urinario	1.806	21,2
7	HelminCIAS	1.794	21,1
8	Enfermedades hipertensivas	1.594	18,7
9	Otros trastornos articulares	1.178	13,8
10	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	1.047	12,3
11	Otras dorsopatias	1.010	11,9
12	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	964	11,3
13	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	946	11,1
14	Síntomas y signos generales	928	10,9
15	Trastornos episódicos y paroxísticos	849	10,0
	Subtotal >>>	36.836	432,4
	Resto >>>	38922	456,8
	Total >>>	75.758	889,2
Población Santander			85197

Fuente: RIPS, Secretaria de Salud Municipal

TABLA 27. Causas de Morbilidad por Grupos. Santander de Quilichao. 2010.

CÓD.	DIAGNOSTICO	Total	Tasa
1	Enfermedades del sistema digestivo	13490	156
2	Enfermedades del sistema respiratorio	6517	75
3	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	5786	67
4	Enfermedades del sistema genitourinario	5149	60
6	Enfermedades del sistema osteomuscular	3171	37
7	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	2906	34
8	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	1615	19
9	Enfermedades endocrinas, nutricionales y del metabolismo	1386	16
10	Enfermedades del ojo y sus anexos	1301	15
11	Enfermedades del sistema circulatorio	1199	14
12	Enfermedades sistema nervioso	1049	12
13	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	946	11
14	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de inmunidad	934	11
15	trastornos mentales y del comportamiento	300	3
16	tumores (neoplasias)	229	3
	Subtotal >>>	45978	
	Resto >>>	25424	
	Total >>>	71402	825
	Población Santander		86502

GRAFICA 6. TENDENCIA DE LA MORBILIDAD POR GRUPO DE CAUSA EN SANTANDER DE QUILICHAO 2008-2010



Fuente: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, RIPS 2008 - 2010

5.1.2. El antes y el después de los programas de Promoción y Prevención trabajados en el Plan de Acción del Programa de APS de Santander de Quilichao.

De acuerdo con la información contenida en el Registro Información de Procedimientos en Salud (RIPS) de QUILISALUD ESE, a diciembre de 2010 se maneja en archivos planos las actividades realizadas por la empresa los cuales para efectos del presente estudio se tomará como referencia de lo realizado en el programa pues se encontró que el Software SICAPS utilizado para el levantamiento de la líneas de base y la construcción del Plan de Acción no se alimento en el tiempo, por lo que no se pueden extraer para el año 2010 los indicadores.

PROGRAMA	POBLACIÓN				
	APLICA AL PROGRAMA	INGRESO ANTES DE APS	%	INGRESO CON APS	%
PFLIAR	4267	350	8%	1633	38%
CYD	1524	457	30%	1167	77%
JOVEN	3024	515	17%	3579	118%
CPN	2212	59	3%	847	38%
ADULTO	1386	128	9%	829	60%
CCU	1658	994	60%	1322	80%
DIABETES	21	11	52%	19	90%
HTA	81	56	69%	77	95%
SALUD ORAL	2219	1077	49%	2775	125%
PAI	570	406	71%	569	100%
TOTAL POBLACIÓN	7535				

TABLA 28. Tablas de Contingencia del Ingreso al Programa de C y D antes y después de la implementación de APS en Santander de Quilichao. 2007 - 2010.

		Después de APS		Total
		Ingresos	No Ingres	
Antes de APS	Ingresos	457	0	457
	No Ingres	710	357	1067
Total		1167	357	1524

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,000 ^a
N de casos válidos	1524	

a. Utilizada la distribución binomial

Puesto que en las tablas anteriores se muestra que el nivel crítico es <0.05 , podemos rechazar la H_0 de *igualdad de proporciones antes – después* y concluir que la proporción de niños menores de 10 años que ingresaron al Programa de C y D antes de la implementación ha cambiado significativamente –ha aumentado- tras la implementación de APS.

TABLA 29. Tablas de Contingencia del Esquema del PAI antes y después de la implementación de APS en Santander de Quilichao. 2007 – 2010.

		Después de APS		Total
		E.C.	Sin E.C.	
Antes de APS	E.C.	406	0	406
	Sin E.C.	309	7	316
Total		715	7	722

E.C.: Esquema Completo de vacunación.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,000 ^a
N de casos válidos	722	

a. Utilizada la distribución binomial

La Tabla 32 muestra que el nivel crítico es <0.05 , podemos rechazar la H_0 de *igualdad de proporciones antes – después* y concluir que la proporción de niños menores de 5 años con esquema PAI completo para la edad antes de la implementación ha cambiado significativamente –ha aumentado- tras la implementación de APS.

TABLA 30. Tablas de Contingencia del Programa de PF antes y después de la implementación de APS en Santander de Quilichao. 2007 - 2010

		Después de APS		Total
		Ingresos	No ingresos	
Antes de APS	Ingresos	350	0	350
	No ingresos	1283	2634	3917
Total		1633	2634	4267

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,000 ^a
N de casos válidos	4267	

a. Utilizada la distribución binomial

Puesto que en las tablas anteriores se muestra que el nivel crítico es <0.05 , podemos rechazar la H_0 de *igualdad de proporciones antes – después* y concluir que la proporción de hombres y mujeres que ingresaron al Programa de PF antes de la implementación ha cambiado significativamente –ha aumentado- tras la implementación de APS.

TABLA 31. Tablas de Contingencia del Programa de Detección CCU antes y después de la implementación de APS en Santander de Quilichao. 2007 - 2010.

		Después de APS		Total
		Con Tamización	Sin Tamización	
Antes de APS	Con Tamización	994	0	994
	Sin Tamización	328	336	664
Total		1322	336	1658

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,000 ^a
N de casos válidos	1658	

a. Utilizada la distribución binomial

Las tablas anteriores muestran que el nivel crítico es <0.05 , por lo tanto podemos rechazar la H_0 de *igualdad de proporciones antes – después* y concluir que la proporción de mujeres de 25 a 59 años que se tomaron la citología antes de la implementación ha cambiado significativamente –ha aumentado- tras la implementación de APS.

TABLA 32. Tablas de Contingencia del Programa de CPN antes y después de la implementación de APS en Santander de Quilichao. 2007 - 2010.

		Después de APS		Total
		Ingreso antes sem 22	No Ingreso antes sem 22	
Antes de APS	Ingreso antes sem 22	59	0	59
	No Ingreso antes sem 22	788	1165	1953
Total		847	1165	2012

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,000 ^a
N de casos válidos	2012	

a. Utilizada la distribución binomial

Puesto que en las tablas anteriores se muestra que el nivel crítico es <0.05 , podemos rechazar la H_0 de *igualdad de proporciones antes – después* y concluir que la proporción de gestantes que ingresaron antes de la semana 22 al CPN antes de la implementación ha cambiado significativamente –ha aumentado- tras la implementación de APS.

TABLA 33. Tablas de Contingencia del Programa de Detección Temprana de Alteraciones del Joven antes y después de la implementación de APS en Santander de Quilichao. 2007 - 2010.

		Después de APS		Total
		Ingreso	No Ingreso	
Antes de APS	Ingreso	515	0	515
	No Ingreso	1064	1445	2509
Total		1579	1445	3024

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,000 ^a
N de casos válidos	3024	

a. Utilizada la distribución binomial

Puesto que en las tablas anteriores se muestra que el nivel crítico es <0.05 , podemos rechazar la H_0 de *igualdad de proporciones antes – después* y concluir que la proporción de niños jóvenes de 10 a 29 años que ingresaron al Programa de DTAJ antes de la implementación ha cambiado significativamente –ha aumentado- tras la implementación de APS.

TABLA 34. Tablas de Contingencia del Programa de Salud Oral antes y después de la implementación de APS en Santander de Quilichao. 2007 - 2010.

		Antes de APS		Total
		Con Valoración	Sin Valoración	
Antes de APS	Con Valoración	676	0	676
	Sin Valoración	399	1144	1543
Total		1075	1144	2219

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,000 ^a
N de casos válidos	2219	

a. Utilizada la distribución binomial

Las tablas anteriores muestran que el nivel crítico es <0.05 , por lo tanto podemos rechazar la H_0 de *igualdad de proporciones antes – después* y concluir que la proporción de niños mayores de 2 años que ingresaron al Programa de S.O. antes de la implementación ha cambiado significativamente –ha aumentado- tras la implementación de APS.

TABLA 35. Tablas de Contingencia del Programa de Hipertensión Arterial antes y después de la implementación de APS en Santander de Quilichao. 2007 - 2010.

		Después de APS		Total
		Controlados	No Controlados	
Antes de APS	Controlados	56	0	56
	No Controlados	21	4	25
Total		77	4	81

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,000 ^a
N de casos válidos	81	

a. Utilizada la distribución binomial

Puesto que en las tablas anteriores se muestra que el nivel crítico es <0.05 , podemos rechazar la H_0 de *igualdad de proporciones antes – después* y concluir que la proporción de adultos mayores de 45 años con HTA controlada antes de la implementación ha cambiado significativamente –ha aumentado- tras la implementación de APS.

TABLA 36. Tablas de Contingencia del Programa de Diabetes Mellitus antes y después de la implementación de APS en Santander de Quilichao. 2007 - 2010.

		Después de APS		Total
		Controlados	No Controlados	
Antes de APS	Controlados	11	0	11
	No Controlados	7	3	10
Total		18	3	21

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,016 ^a
N de casos válidos	21	

a. Utilizada la distribución binomial

Las tablas anteriores se muestra que el nivel crítico es <0.05 , por lo que podemos rechazar la H_0 de *igualdad de proporciones antes – después* y concluir que la proporción de adultos mayores de 45 años con DM controlada antes de la implementación ha cambiado significativamente –ha aumentado- tras la implementación de APS.

TABLA 37. Tablas de Contingencia de las Denuncias por VIF, MI, ASI antes y después de la implementación de APS en Santander de Quilichao. 2007 - 2010.

		Después de APS		Total
		Denuncia	No Denuncia	
Antes de APS	Denuncia	113	0	113
	No Denuncia	333	1126	1459
Total		446	1126	1572

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,000 ^a
N de casos válidos	1572	

a. Utilizada la distribución binomial

Puesto que en las tablas anteriores se muestra que el nivel crítico es <0.05 , podemos rechazar la H_0 de *igualdad de proporciones antes – después* y concluir que la proporción de denuncias por VIF, MI y ASÍ antes de la implementación ha cambiado significativamente –ha aumentado- tras la implementación de APS.

5.1.3. Logros de las estrategias de cada programa durante la implementación del Programa de Atención Primaria en Salud²

5.1.3.1. Salud Infantil

Tasa de Mortalidad Perinatal

Línea de base

En Santander de Quilichao la tasa de mortalidad perinatal era de **16,03** por cada **1000** nacidos vivos en 2005.

Meta 2011

Contenida en **22,6** la tasa de mortalidad perinatal en el municipio de Santander de Quilichao al año 2011.

Estado Actual

En Santander de Quilichao la tasa de mortalidad perinatal es de **9,4** por cada 1000 nacidos vivos en 2009.

Tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año

Línea de base

En Santander de Quilichao hubo **17** muertes en menores de 1 año por cada **1000** nacidos vivos en 2009.

Meta

Contenida en **18** por 1000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de un año en el municipio de Santander de Quilichao al año 2011

Estado Actual

En Santander de Quilichao hubo **16** muertes en menores de 1 año por cada **1000** nacidos vivos en 2009.

Tasa de mortalidad en menores de 5 años

Línea de base

² QUILISALUD ESE. Análisis Situacional De La Salud Pública Del Municipio. Santander de Quilichao Cauca.

En Santander de Quilichao hubo **3** muertes de menores de 5 años por cada **1000** menores de 5 años en 2005

Meta

Reducida a **2** la tasa de mortalidad en menores de 5 años en el municipio de Santander de Quilichao al año 2011

Estado Actual

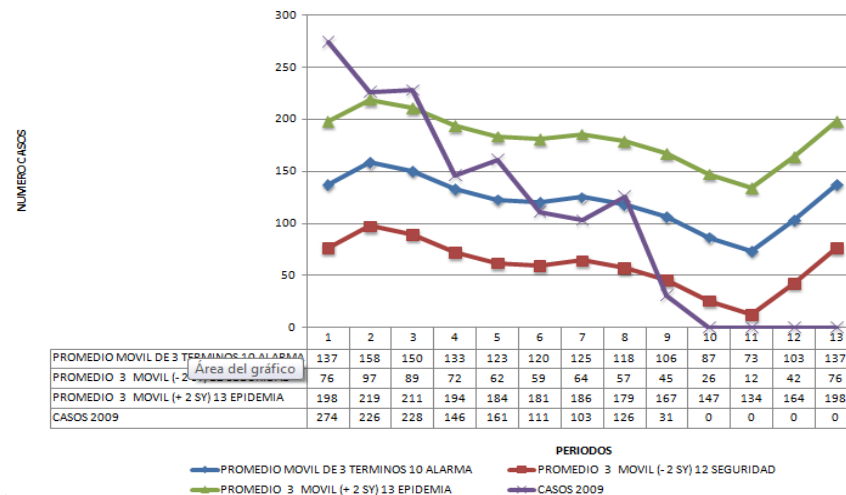
En Santander de Quilichao hubo **1** muerte de menores de 5 años por cada **1000** menores de 5 años en 2009.

Tasa de Mortalidad en menores de 5 años por EDA

Estado Actual

En Santander de Quilichao hubo **1** muerte por Enfermedad Diarreica Aguda por cada **10.000** menores de 5 años en 2009.

GRAFICA 7. Indicé endémica de E.D.A. Santander de Quilichao. 2010

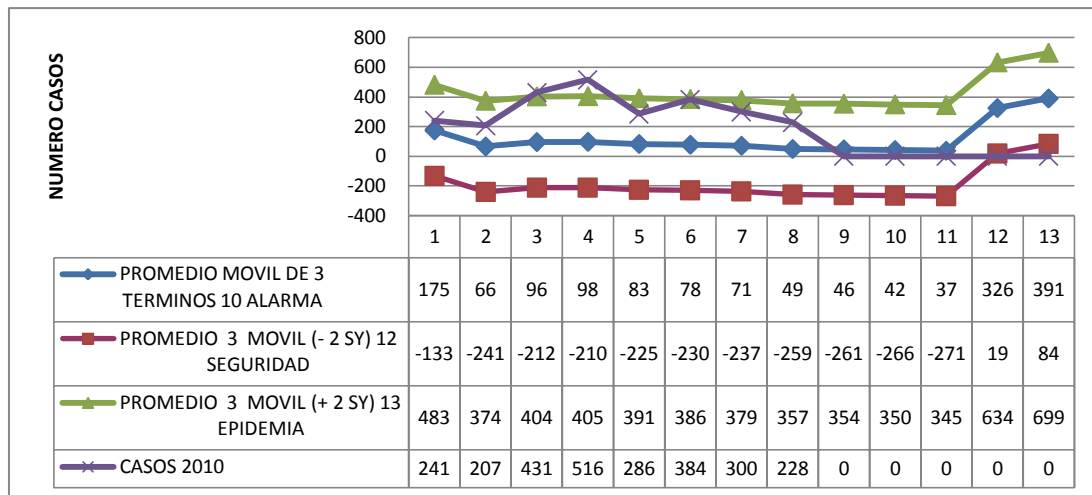


Fuente: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, RIPS 2006 - 2010

Tasa de Mortalidad en menores de 5 años por IRA

En Santander de Quilichao hubo **0** muertes por Infección Respiratoria Aguda por cada **10.000** menores de 5 años en 2009.

GRAFICA 8. Indicé endémico de I.R.A. Santander de Quilichao. 2010



Fuente: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, RIPS 2006 - 2010

Tasa de Mortalidad por lesiones, accidentes y violencias en niños

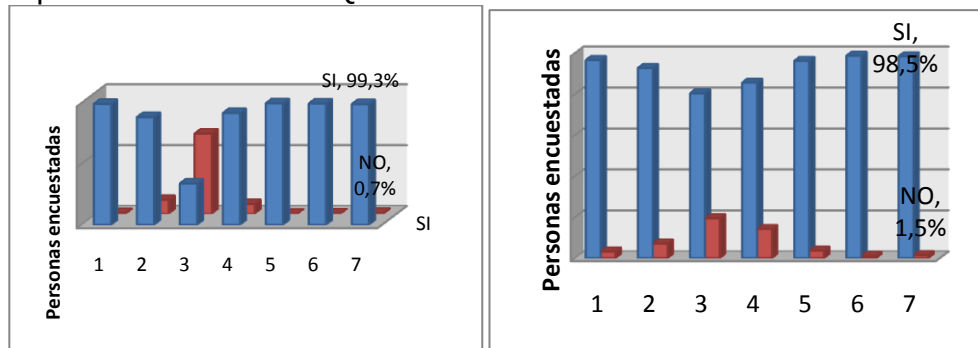
Estado Actual

En Santander de Quilichao hubo **1** muerte por lesiones, accidentes y violencias por cada **10.000** menores de 5 años en 2009.

5.1.3.1.1. Estrategia Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia AIEPI

QUILISALUD la implemento como una de sus estrategia en esta prioridad, de esta manera aplicaron la encuesta de las 16 prácticas clave en AIEPI en los hogares del municipio con niños menores de 5 años que a través de su seguimiento periódico aportara los lineamientos para el accionar sobre esta población vulnerable en el municipio. De la encuesta se obtuvo:

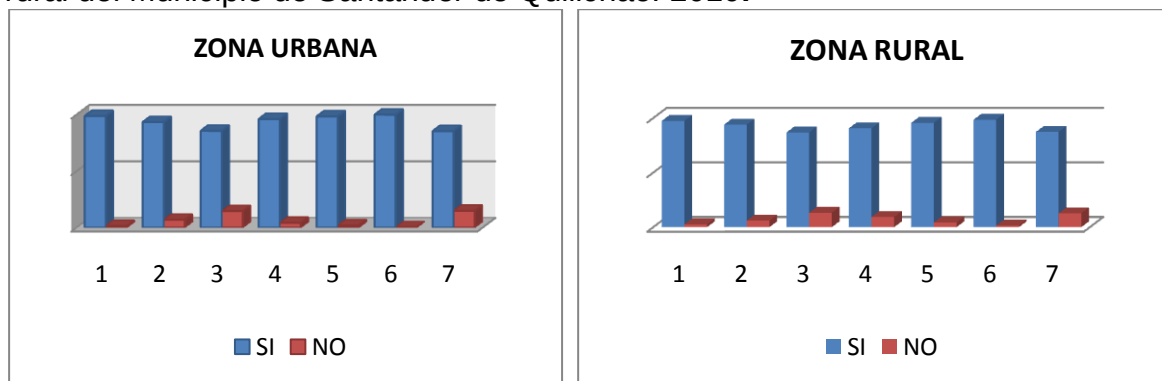
GRAFICA 9. Distribución porcentual de la Práctica clave 1. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010.



Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

Práctica 1: Hay que alimentarlos solo con leche materna hasta los 6 meses de edad: esta práctica incluye 7 ítems en los cuales se incluye todo el proceso de LME. Con la información recolectada se puede identificar entre el 80% y 90% tanto en la zona urbana como en la rural tienen el conocimiento claro de que la LME es importante para el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas.

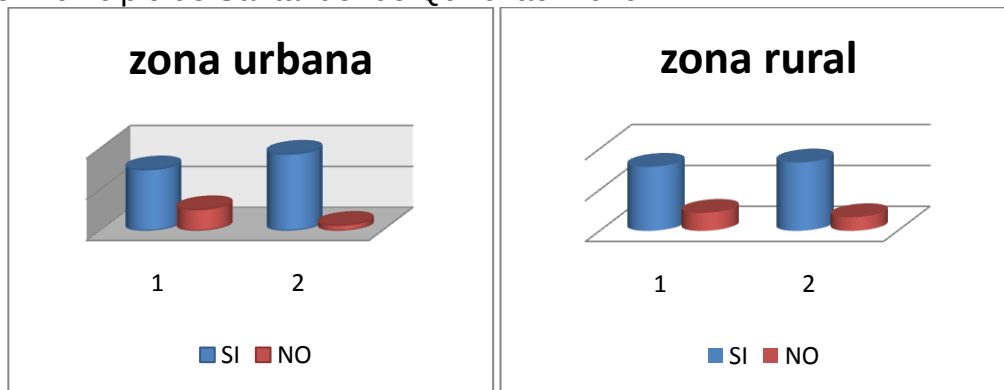
GRAFICA 10. Distribución porcentual de la Práctica clave 2. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010.



Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

Práctica 2: A partir de los 6 meses hay que darles, además de la leche materna, alimentos frescos de calidad y en cantidad suficiente de acuerdo con su edad: Con la información recolectada se puede identificar que entre el 80% y 90% tanto en la zona urbana como en la rural tienen el conocimiento claro de que la LM y la nutrición complementaria son de suma importancia para un buen crecimiento y desarrollo de los niños y niñas.

GRAFICA 11. Distribución porcentual de la Práctica clave 3. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010.

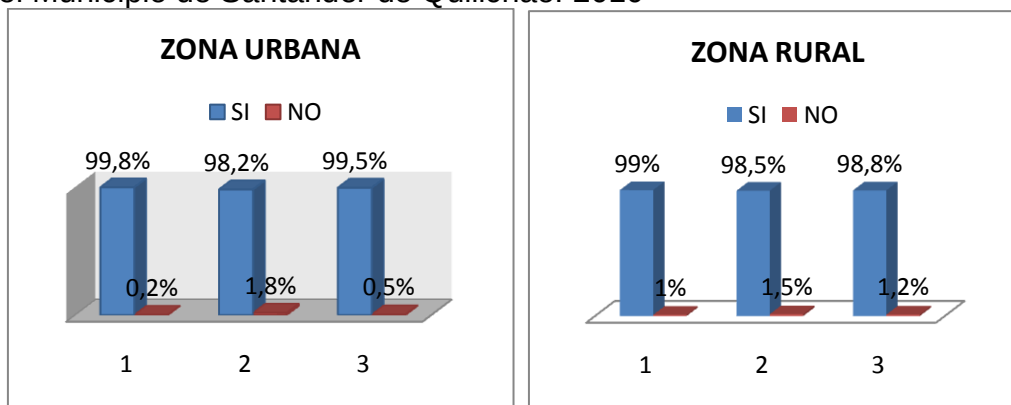


Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

Práctica 3: los alimentos deben tener la cantidad adecuada de micronutrientes, sobre todo vitamina A, hierro y zinc, o dárselos como suplemento, es decir, además de sus alimentos: En esta práctica observa que las familias en la zona urbana solo el 74% tienen conocimiento de que la vitamina A protege las mucosas y estimula la formación de anticuerpos y con un 4 % más o sea en un 78% la zona rural tiene este conocimiento.

En cuanto a los beneficios del hierro en la zona urbana el 93% de las familias conoce estos beneficios y en la zona rural solo el 83% tienen este conocimiento.

GRAFICA 12. Distribución porcentual de la Práctica clave 3. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010



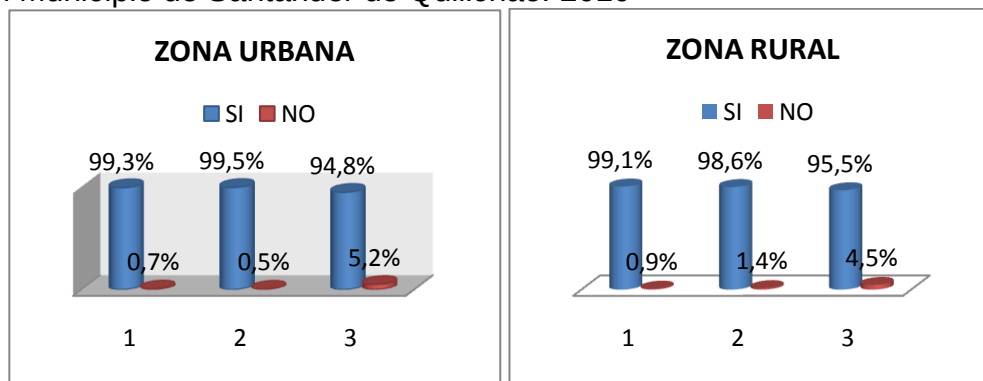
Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

Práctica 4: Hay que darles mucho cariño y ayudarlos a progresar, atender sus necesidades, conversar y jugar con ellos. En esta práctica se incluyen 2 aspectos:

- 1) El amor, buen trato y estimulación por parte de los padres hacia sus hijos y
- 2) Asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo.

La graficas nos muestra como en ambas zonas rural y urbana el 100% de la poblacion conoce y esta de acuerdo.

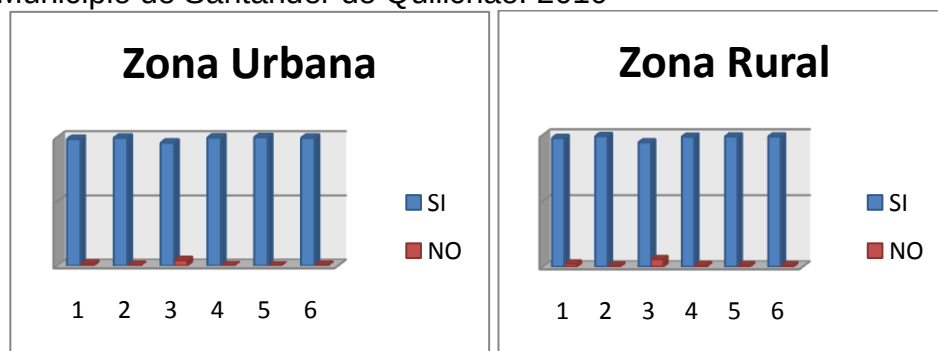
GRAFICA 13. Distribución porcentual de la Práctica clave 5. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010



Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

Práctica 5: hay que llevarlos al establecimiento de salud para que reciban todas las vacunas necesarias antes de cumplir 1 año: En esta practica se incluye todo lo relacionado con vacunaion el cual de acuerdo a la informacion abtenida tanto en zona rural como en urbana mas del 90% de las familias encuestadas tienen conocimiento de la importancia de estas. Teniendo encuesta la baja aplicación de biológicos, reportados en el ultimo trimestre se puede concluir que existen factores que independientemente del concimiento que tienen las familias sobre vacunacion evitan que estos acudan a los centros para que susu hijos resiban dichos biológicos.

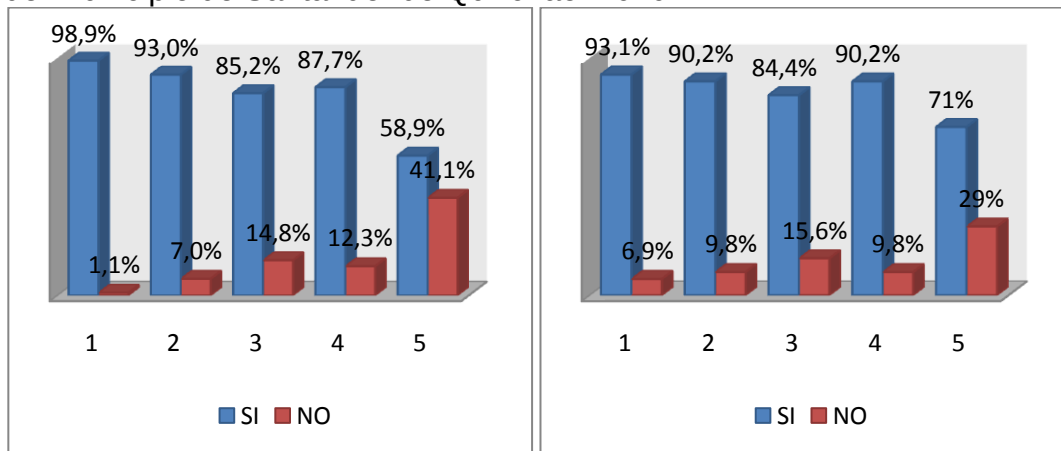
GRAFICA 14. Distribución porcentual de la Práctica clave 6. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010



Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

Práctica 6: hay que darles un ambiente limpio, sin heces y sin basura, darles agua segura, tener siempre las manos limpias antes de preparar las comidas y darles los alimentos. Esta práctica la componen 6, En cuanto a estos 6 parámetros el 90% y 98% de las familias tanto de las zona urbana como la rural refieren tener estos conocimientos; pero nos encontramos frente a una contradicción ya que los reportes entregados de las mayores causas de consulta en los centros de Quilisalud la gastroenteritis y la parasitosis es dentro de las principales causas de consultas en niños y niñas < 5 años.

GRAFICA 15. Distribución porcentual de la Práctica clave 7. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010

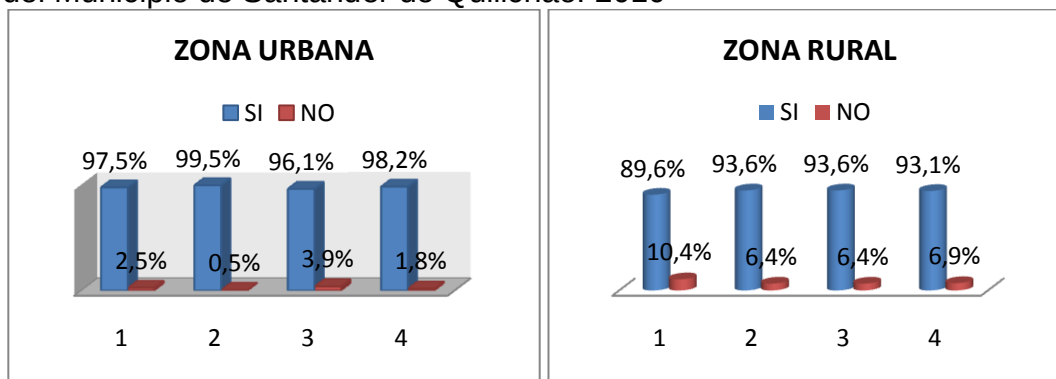


Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

Práctica 7: En zonas de malaria y dengue hay que protegerse de zancudos y mosquitos con ropa adecuada y mosquiteros tratados con insecticida, a la hora de dormir: En esta práctica el 90% de las familias tanto de zona rural y urbana conocen la malaria su forma de transmisión.

En cuanto al caso de fiebre hay que hacer un examen de sangre (gota gruesa) y completar el tratamiento si se confirma la enfermedad en la zona rural tiene conocimiento de esta prueba el 71% de las familias frente a un conocimiento del 58% en las familias de la zona urbana.

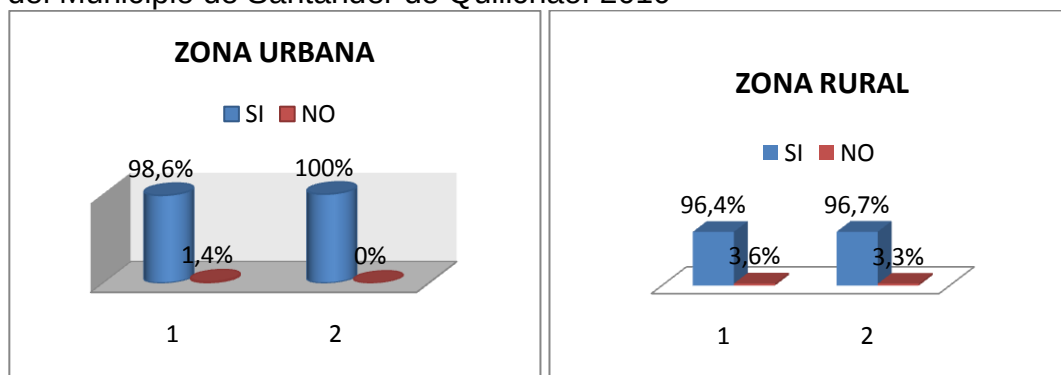
GRAFICA 16. Distribución porcentual de la Práctica clave 8. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010



Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

Práctica 8: Los padres deben tener comportamientos adecuados para evitar la infección por VIH/SIDA. Las personas afectadas, en especial los niños y niñas y las madres gestantes, deben recibir atención, cuidados y orientación: En la zona urbana el 97% de las familias tienen conocimiento de que es El SIDA; a diferencia de las familias de la zona urbana que solo el 83% tienen en claro lo dicho anteriormente. En cuanto a la forma de transmisión en las dos zonas el 98% de las familias tienen claridad en cuanto a la forma de transmisión de la enfermedad.

GRAFICA 17. Distribución porcentual de la Práctica clave 9. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010

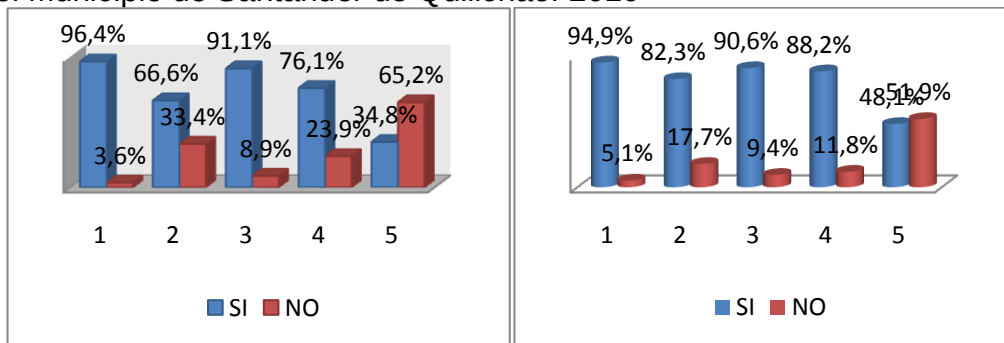


Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

Práctica 9: Cuando el niño o niña está enfermo debe recibir la alimentación de siempre y más líquidos, y en especial leche materna.

La práctica No 9 se evalúa la clase de alimentación debe darse a los niños < y > 6 meses, practica con la cual más del 90% de las familias tanto de la zona urbana como de la rural la conocen y están de acuerdo con esta práctica.

GRAFICA 18. Distribución porcentual de la Práctica clave 10. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010



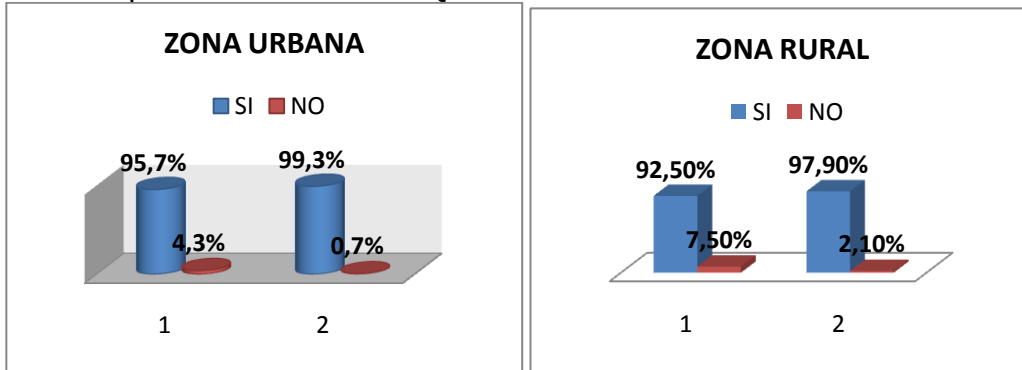
Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

Práctica 10: El niño o niña debe recibir los cuidados y el tratamiento apropiado durante su enfermedad. La práctica No 10 tiene 5 ítems.

1. Es recomendable Para la diarrea: darle abundantes líquidos de preferencia leche materna o sales de rehidratación oral (suero): 1 sobre en 1 litro de agua hervida fría para este ítems más del 90% de las familias tanto en zona urbana como rural están de acuerdo y refieren aplicarla.
2. ¿sabe usted cómo preparar el suero casero? En la zona urbana el 66% de las familias si sabe preparar el suero casero y en la zona rural el 83% lo saben preparar.
3. ¿aplica usted los siguientes cuidados Para tratar la fiebre: poner paños de agua tibia sobre la frente, la barriga y las axilas y evitar las corrientes de aire? Tanto en zona urbana como en la rural más del 90% de las familias aplican estos cuidados.
4. ¿aplica usted gotitas de agua tibia con un poquito de sal en su nariz cuando esta tupida? las familias de la zona urbana el 76% aplica este cuidado, frente a un porcentaje mayor de las familias de la zona rural que aplican este cuidado en un 82%.
5. ¿le da a tomar al niño o niña jarabes u otros remedios que el médico no haya recetado?: En cuanto a este punto cabe resaltarlo ya que en la zona rural el 48% median a los niños y niñas sin acudir a una consulta lo cual se ve reflejado en todas las consultas por complicaciones de rinofaringitis mal

cuidadas por el contrario en la zona urbana solo el 64% médica a los niños sin previa consulta médica.

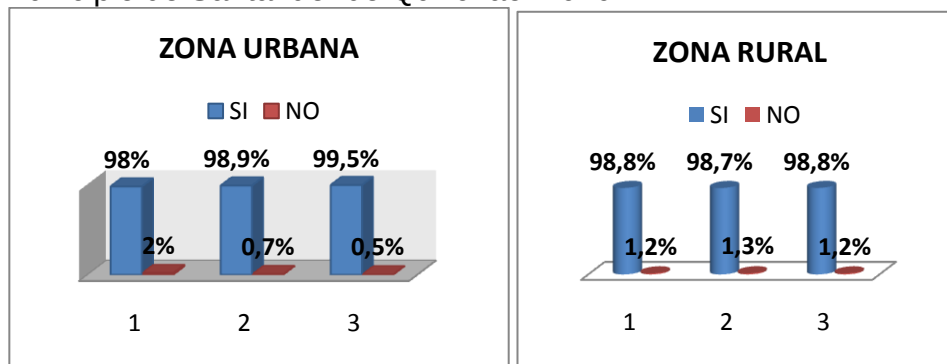
GRAFICA 19. Distribución porcentual de la Práctica clave 11. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010.



Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

Práctica 11: Se debe evitar el maltrato y el descuido de los niños y niñas y tomar las medidas necesarias si esto ocurre: Esta practica interroga hacerca del maltrato y abuso de niños, niñas y mujeres y sobresale de forma positiva en las dos zonas con porcentajes de mas 90% que estan deacuerdo con la practica.

GRAFICA 20. Distribución porcentual de la Práctica clave 12. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010.

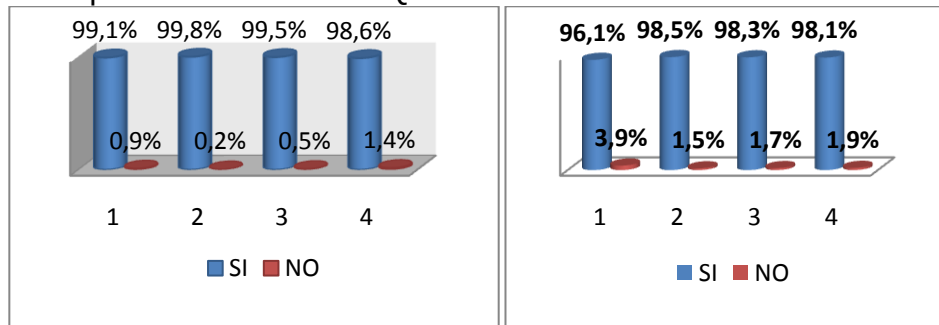


Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

Práctica 12: El papá debe participar activamente, al igual que la mamá, en el cuidado de la salud de los niños y en las decisiones sobre la salud de la familia: Con esta grafica podemos evidenciar la importancia que tiene el padre en el proceso de crecimiento y desarrollo de los niños siendo relebante que para las familias de las dos zonas la informacion arroja que mas del 90% concideran

importante la participacion del padre en todos los cuidados y toma de decisiones sobre la salud de la familia

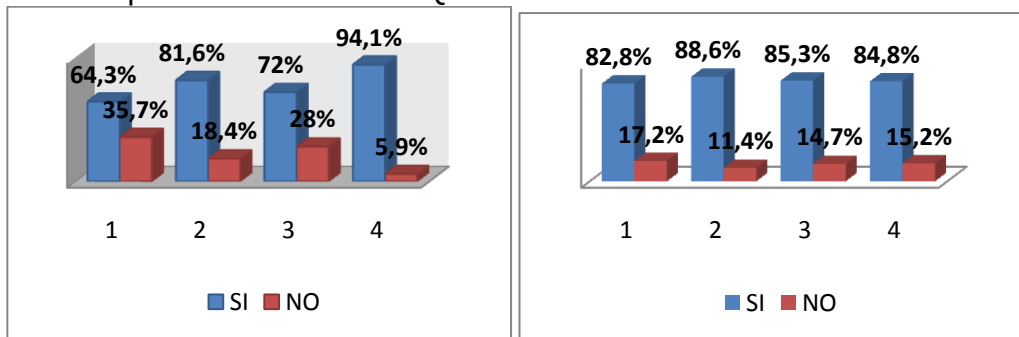
GRAFICA 21. Distribución porcentual de la Práctica clave 13. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010.



Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

Práctica 13: Hay que darles una casa segura y protegerlos de lesiones y accidentes: nos conduce a entender que los niños y niñas están en etapas de descubrir y conocer el mundo y todo lo que los rodea y ellos aun no tienen la capacidad de cuidarse y prevenir los accidentes por esa razón los adultos somos los directamente responsables de brindarles seguridad y protección, lo cual tanto para las familias de la zona rural como las de la zona urbana están totalmente de acuerdo con esta práctica con un porcentaje de más del 90% en ambas zonas.

GRAFICA 22. Distribución porcentual de la Práctica clave 14. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010.

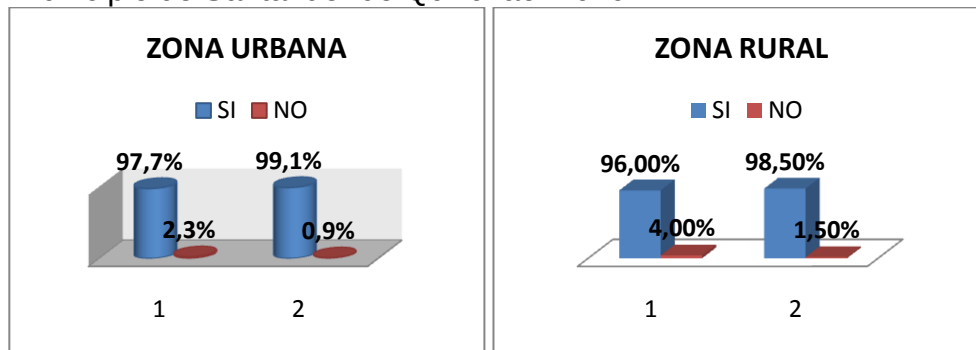


Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

Practica 14: Hay que saber reconocer las señales de la enfermedad para buscar la atención del personal de salud.

1. ¿reconoce las señales de peligro de muerte: en el recién nacido, no quiere mamar, no se quiere despertar, le dan "ataques" o convulsiones, respira agitado y con ruidos, tiene el ombligo rojo, con pus y mal olor? En esta práctica es relevante y preocupante que a pesar de toda las intervenciones educativas que se han realizado las familias de la zona urbana solo el 64% reconoce las señales de peligro frente a un 35% que no las reconoce un porcentaje negativo muy alto para una población que tiene a la alcance recursos como las televisión, periódicos, los centros de salud.
En cuanto a la zona rural a pesar de las condiciones de accesibilidad, menos acceso a medios de comunicación las familias presentan un porcentaje más alto 82% en cuanto al reconocimiento de signos de peligro.
2. ¿reconoce, las señales de peligro de deshidratación: diarrea muchas veces al día, a veces con sangre y moco, a veces acompañada de vómito, llora sin lagrimas, orina poco, tiene la boca seca y los ojos hundidos.?
Con los signos de deshidratación se hace notorio en la zona rural los conocen más que en la zona urbana con una distribución del 81% para la zona urbana y un 88% para la zona rural que si reconocen los signos de deshidratación.
3. Reconoce, las señales de peligro de Neumonía: el 3. niño o niña respira rápido y agitado, cuando respira se queja y hace ruidos, se le hunde el estomago y se le ve las costillas? Con los signos de neumonía persiste el mismo patrón las familias de la zona urbana tienen un menor porcentaje en cuanto al conocimiento solo el 72% de las familias reconocen estos signos, por el contrario en la zona rural el 85% de las familias reconocen los signos de neumonía.
4. Reconoce las señales de peligro de enfermedad 4. febril: el niño o niña está muy caliente, se pone rojo, suda y respira agitado, tiene cualquier tipo de sangrado: en la orina, en las heces, manchas rojas, como moretones en la piel? En cuanto a estos signos los indicadores cambian un poco siendo evidente que en la zona urbana el 94% de las familias reconocen estos signos y en la zona urbana el 84% reconocen dichos signos.

GRAFICA 23. Distribución porcentual de la Práctica clave 15. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010



Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

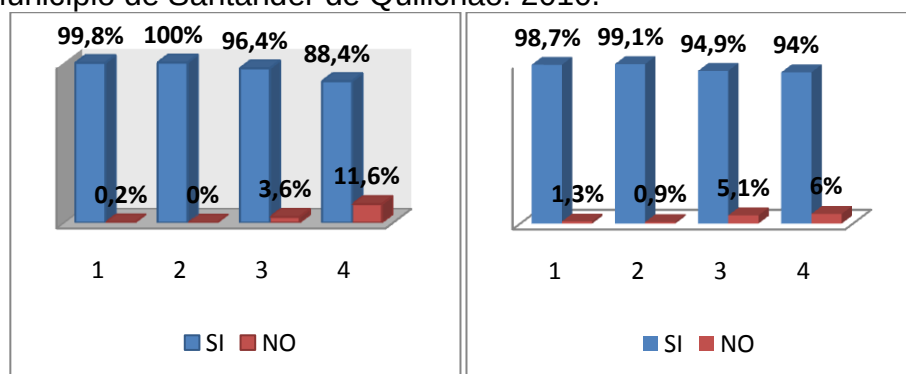
Práctica 15: Hay que seguir los consejos del personal de salud acerca del tratamiento, el seguimiento o la referencia a otro servicio.

En esta práctica se miden dos tipos de aptitudes:

1. Se sigue todas las recomendaciones que da el médico y se da el tratamiento hasta el final según lo indicado frente a esto en las dos zonas si se hace con un porcentaje del 97% para la zona urbana y un 96% para la zona rural.
2. ¿Es usted de Los padres cuidadosos que siempre están atentos a las señales de peligro para llevar al niño o niña al centro de salud más cercano? En este punto es algo confuso y contradictorio a lo encontrado en la práctica No 14 punto uno en donde las familias de la zona urbana solo el 64% reconocían las señales de peligro y en este punto que trata de lo mismo las familias contestaron que si estaban atentos a las señales de peligro con el 99%.

Para las familias de la zona rural el 98% refiere estar atento a las señales de peligro en sus hijos.

GRAFICA 24. Distribución porcentual de la Práctica clave 16. En la zona urbana y rural del Municipio de Santander de Quilichao. 2010.



Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

Práctica 16: La mujer embarazada tiene que recibir controles, vacuna antitetánica y orientación alimentaria. Debe también recibir apoyo de su familia y de la comunidad al momento del parto, después del parto y durante la lactancia.

Esta práctica nos conduce hacia la importancia de asistir a los controles prenatales realizar las actividades incluidas en el mismo en las zona urbana el 100% de la población está de acuerdo con esta práctica y en la zona rural el 98% también está de acuerdo con esta práctica.

Sobre el reconocimiento de los signos de peligro en el embarazo en la zona urbana el 88% los reconoce frente a un 94% de las familias de la zona rural que reconocen estos signos de peligro.

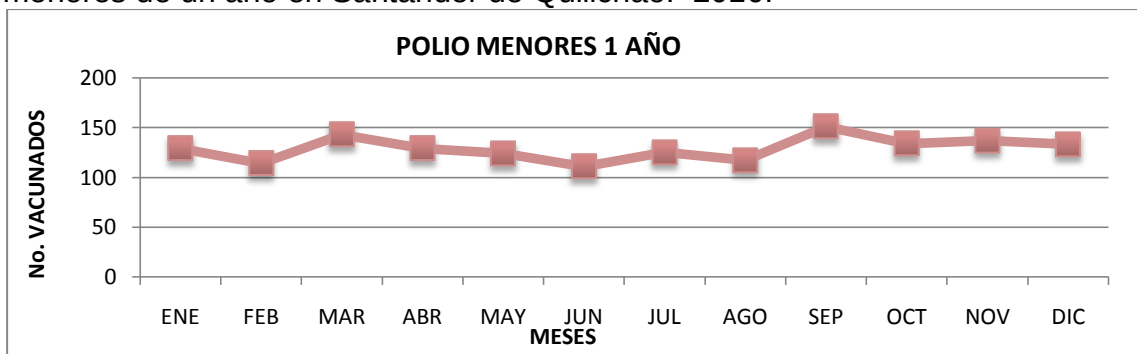
5.1.3.1.2. Estrategia Escuelas Saludables EES

Otra estrategia relevante para el mejoramiento de la salud infantil de los quilichagueños es la estrategia de escuelas saludables, aun esta estrategia se encuentra transversal a las ocho prioridades del Plan de Intervenciones colectivas

5.1.3.1.3. Programa Ampliado de Inmunización PAI

El PAI obedece a una declaración política del quehacer en salud pública a favor de grupos prioritarios y vulnerables, cuyo fin último es lograr erradicar, eliminar y controlar las enfermedades prevenibles por vacuna de esta manera el Programa de APS fija dentro de sus metas el aumentar las coberturas de su línea de base obteniendo:

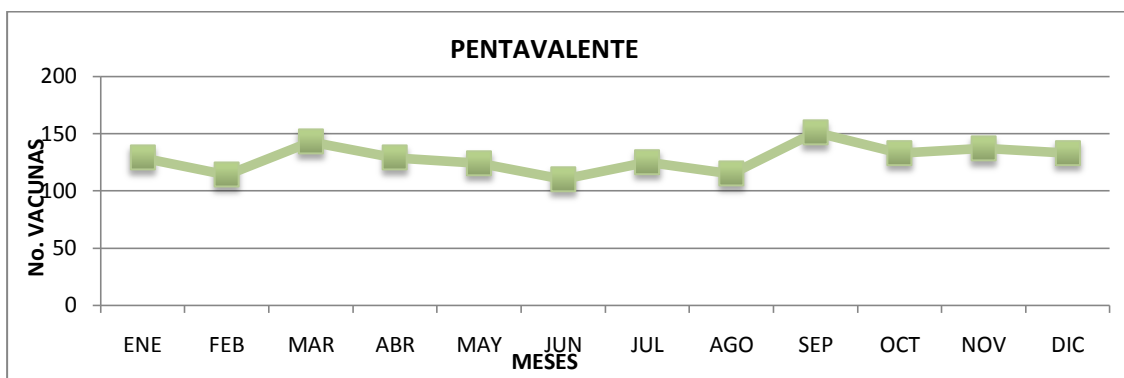
GRAFICA 25. Tendencia de la Tercera dosis de vacuna oral de polio virus en menores de un año en Santander de Quilichao. 2010.



Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

Para este biológico encontramos que la población a vacunar en el año 2010 es 1551 niños menores de 1 año con terceras dosis de polio, de los cuales se aplicaron 1547 dosis teniendo un déficit del 0,3%, lo que representa 4 niños que no se les completo el esquema hasta la tercera dosis. En lo corrido del año, en los meses de Febrero, Mayo, Junio, Julio y Agosto; no se alcanzó la meta mensual de 129 niños, pero con jornadas de intensificación de la vacunación casa a casa se logra alcanzar cobertura útil para este biológico.

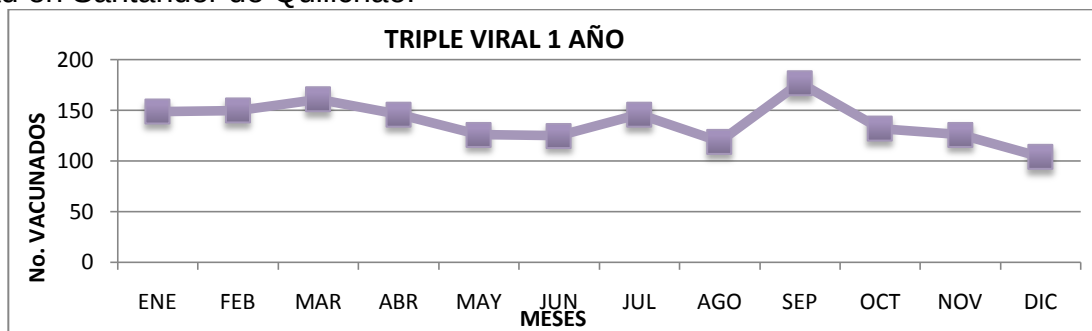
GRAFICA 26. Tendencia Tercera dosis pentavalente en menores de un año



Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

Colombia utiliza desde 2001 la vacuna pentavalente, la cual incluye las vacunas contra difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y Hemophilus influenza tipo b. razón por la cual la cobertura de estos biológicos se analiza con base en las dosis aplicadas de pentavalente en menores de 1 año. Este biológico según el esquema nacional del PAI se debe aplicar en conjunto con la vacuna oral de polio virus, pero vemos que en el año 2010 existe una diferencia de 4 dosis en la aplicación de estos dos biológicos en Junio, Agosto y Octubre. Esto se debe a esquemas de vacunación atrasados, por diferentes circunstancias. Entonces al finalizar el año se aplicaron 1543 dosis, obteniendo un déficit del 0,5% representando 8 niños sin la tercera dosis del biológico.

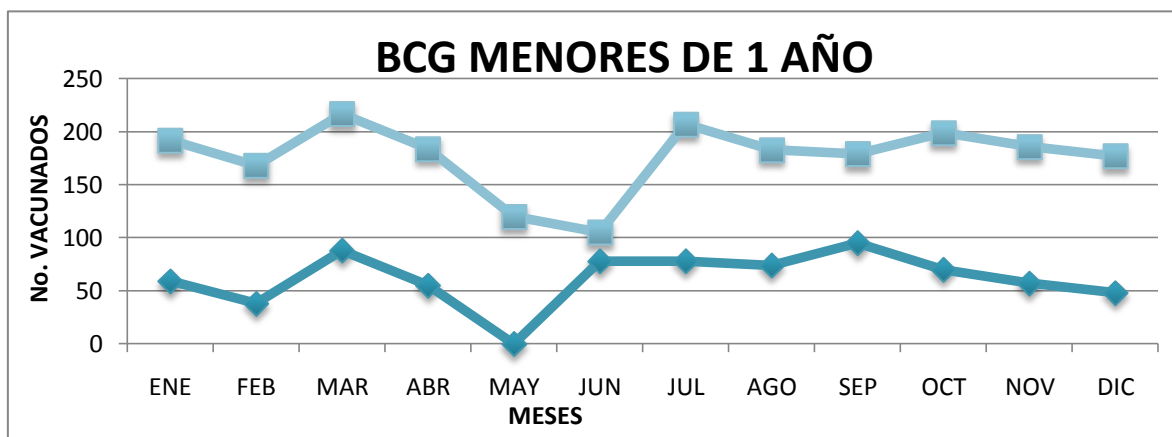
GRAFICA 27. Tendencia de la Cobertura de triple viral en población de un año de edad en Santander de Quilichao.



Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

En cuanto a la aplicación de la vacuna contra sarampión, rubéola y parotiditis en niños de un año de edad, donde la meta en el año es de 1536 niños con un promedio mensual de 128 niños a vacunar. En este biológico a lo largo del año no hubo déficit en ninguno de los meses, y la cobertura final es de 108,1%, donde se vacunaron 1661 dosis, 125 por encima de la meta. Esto puede deberse a la llegada de nuevos pobladores al municipio con niños en la edad objeto de esta vacuna.

GRAFICA 28. Tendencia de Cobertura de BCG en recién nacidos

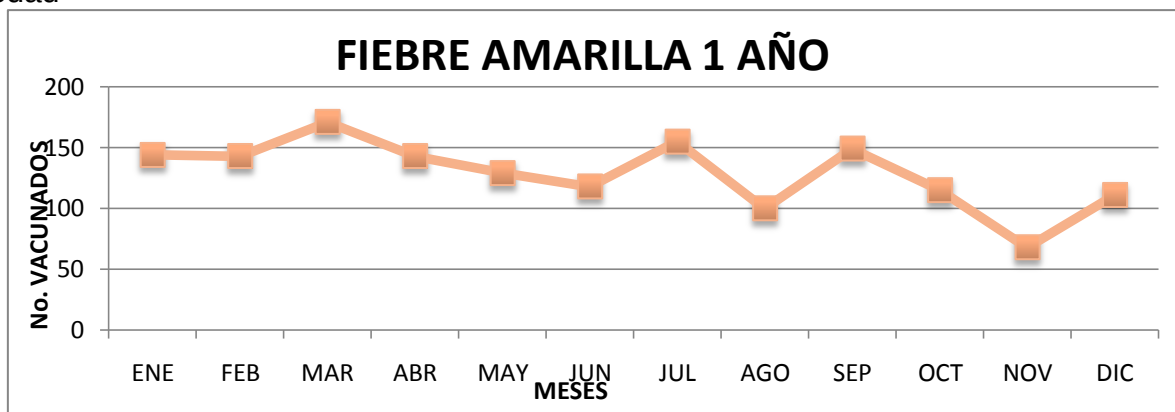


Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

La vacuna antituberculosa esta indicada para la aplicación en niños recién nacidos preferiblemente, dentro de las primeras 12 horas posteriores al parto. El municipio de

Santander posee el Hospital de segundo nivel de referencia al norte del Cauca, razón por la cual ocurren nacimientos de residentes de otros municipios remitidos a esta institución por su complejidad. Teniendo en cuenta lo anterior vemos que el comportamiento de las coberturas de este biológico en todos los meses del año, están por encima del promedio. En total en el año se aplicaron 2117 dosis, donde 566 de estas fueron aplicadas a niños de otros municipios.

GRAFICA 29. Tendencia de Cobertura con antiamarilica en población de un año de edad



Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

Para el PAI, la vacuna antiamarilica se debe aplicar conjuntamente con MMR al año de edad. Entonces vemos en las dosis aplicadas en el año 2010 una diferencia de 115 dosis comparadas con MMR, esto se debe a que en el mes de Noviembre hubo déficit de la vacuna antiamarilica en el departamento del Cauca, razón por la cual se aplicaba en los niños de 1 año, sólo la dosis de MMR. Por otro lado para racionalizar la vacuna es necesario realizar la apertura del frasco de antiamarilica una vez por semana para granatizar el uso de todas las dosis del frasco, en ocasiones era necesario destapar un frasco para vacunar un solo niño cuyos padres eran renuentes.

5.1.3.2. Salud Sexual y Reproductiva

Debido a que la población del Municipio Santander de Quilichao está en crecimiento y que la tercera parte de su población es joven el programa de APS como una de sus prioridades la SSR en donde se obtuvo los siguientes indicadores que se trabajaron con dos estrategias demostrativas Maternidad Segura y Feliz y Servicios amigables para Adolescentes y Jóvenes:

Número anual de casos registrados con sífilis congénita

Línea de base

En Santander de Quilichao para el año 2009 se notificaron 6 casos de sífilis congénita.

Estado actual

En Santander de Quilichao para el año 2010 se notificó 1 caso de sífilis congénita.

Número de niños menores de 2 años con VIH

Estado Actual

En Santander de Quilichao durante el 2009 se presentaron **0** casos de niños menores de 2 años con diagnóstico por VIH

Razón de Mortalidad Materna

Línea de base

Hubo **0** muertes maternas por **100000** nacidos vivos en Santander de Quilichao durante 2005.

Meta

Mantenida en **0** la Razón de mortalidad materna en el municipio de Santander de Quilichao al año 2011

Estado actual

Hubo **0** muerte maternas por **100.000** nacidos vivos en Santander de Quilichao durante 2009.

Número de Muertes Maternas

En Santander de Quilichao se presentaron **1** caso de muerte materna durante 2009

5.1.3.2.1. Estrategia Maternidad Segura y los agentes comunitarios de salud

Diagnosticó situacional: el total de encuestas aplicadas a los agentes comunitarios en salud fue de 36, distribuidos así: 15 en el NAP Nariño, 17 en el NAP Mondomo y 4 en el NAP Morales Duque.

TABLA 38. Porcentajes de respuesta po NAP de acuerdo a la pregunta 1.

PREGUNTA	NAP	SÍ (n)	%	NO (n)	%
¿Conoce alguna mujer embarazada en su comunidad?	Nariño	7	46.6	8	53.3
	Mondomo	16		1	
	Morales Duque	3		1	

Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

De las personas que respondieron afirmativamente la primera pregunta contestaron la segunda así:

TABLA 39. Porcentajes de respuesta po NAP de acuerdo a la pregunta 2.

PREGUNTA	NAP	SÍ (n)	%	NO (n)	%
¿Esta mujer asiste a controles de su embarazo a algún centro de salud?	Nariño	7	46.6	8	53.3
	Mondomo	15		2	
	Morales Duque	3		NA	

Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

Los lugares donde las gestantes realizan supervisión de la gestación son:

TABLA 40. Porcentajes de respuesta po NAP de acuerdo a la pregunta 3.

PREGUNTA	NAP	Lugares	Número
Centro de salud donde se supervisa la gestación	Nariño	NAP Nariño	6
		Sin dato	1
	Mondomo	NAP Mondomo	12
		ACIN Santander	3
	Morales Duque	NAP Morales Duque	1
		Comfenalco EPS	1
		Saludcoop EPS	1

Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

TABLA 41. Porcentajes de respuesta po NAP de acuerdo a la pregunta 4.

PREGUNTA	NAP	SÍ (n)	%	NO (n)	%
¿Conoce alguna mujer puérpera (en dieta) con su recién nacido en su comunidad?	Nariño	8		5	
	Mondomo	9		8	
	Morales Duque	3		1	

Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

TABLA 42. Porcentajes de respuesta po NAP de acuerdo a la pregunta 5.

PREGUNTA	NAP	SÍ (n)	%	NO (n)	%
¿En su comunidad ha muerto alguna mujer durante su embarazo?	Nariño			13	100
	Mondomo	2		15	
	Morales Duque			4	100

Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

Los participantes que respondieron afirmativamente a esta pregunta en el NAP Mondomo pertenecen a la misma vereda, Tres quebradas. Este comportamiento puede deberse a las dificultades socioeconómicas y de acceso a los servicios de salud de la población de dicha zona debido a su ubicación geográfica.

TABLA 43. Porcentajes de respuesta po NAP de acuerdo a la pregunta 6.

PREGUNTA	NAP	SÍ (n)	%	NO (n)	%
¿En su comunidad ha muerto algún recién nacido?	Nariño	12		1	
	Mondomo	3		14	
	Morales Duque			4	100

Los participantes que respondieron afirmativamente en el NAP Mondomo, dos son de la vereda Caloteño y otro del barrio Los Pinos.

TABLA 44. Porcentajes de respuesta po NAP de acuerdo a la pregunta 7.

PREGUNTA	NAP	SÍ (n)	%	NO (n)	%
¿En su comunidad ha fallecido alguna mujer poco tiempo después del parto?	Nariño			13	100
	Mondomo	1		16	
	Morales Duque			4	100

La mortalidad materna referida en esta pregunta pertenece a la vereda El Turco. En el mes de septiembre se realizó estudio de campo del caso y unidad de análisis en compañía del referente de la Secretaría de Salud Departamental.

TABLA 45. Porcentajes de respuesta po NAP de acuerdo a la pregunta 8.

PREGUNTA	NAP	SÍ (n)	%	NO (n)	%
¿Usted considera importante ayudar a estas mujeres y niños?	Nariño	10		3	
	Mondomo	15		2	
	Morales Duque			4	100

TABLA 46. Porcentajes de respuesta po NAP de acuerdo a la pregunta 9.

PREGUNTA	NAP	SÍ (n)	%	NO (n)	%
¿Usted desea hacer parte de la red de vigilancia comunitaria en salud materna y perinatal?	Nariño	9		4	
	Mondomo			17	100
	Morales Duque			4	100

5.1.3.2.2. Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes

Porcentaje de adolescentes que están embarazados de su primer hijo

A finales de 2010, en Santander de Quilichao las adolescentes que estaban embarazadas de su primer hijo era el 2 % del total de la población de 10 a 14 años del municipio.

Porcentajes de adolescentes que ya son madres

Estado Actual

En el municipio de Santander el 0,4% del total de las adolescentes de 10 a 14 años de la población de 2009 ya son madres.

Número de adolescentes con hijos nacidos vivos

Las Adolescentes entre 10 y 14 años con hijos nacidos vivos son de 20 en Santander de Quilichao durante el 2009.

Tasa de fecundidad en adolescentes

Estado Actual

En Santander de Quilichao, en 2009, hubo alrededor de 4,4 nacidos vivos por cada 1000 mujeres entre las edades de 10 a 14 años.

Tasa global de fecundidad en mujeres de 15 a 49 años

Línea de base

La tasa global de fecundidad en el 2005 para las mujeres de Santander de Quilichao al llegar a los 49 años es de **2,0** hijos.

Meta

Mantenida en **2,0** la tasa de fecundidad global en el municipio de Santander de Quilichao al año 2011

Estado Actual

La tasa global de fecundidad en el 2009 para las mujeres de Santander de Quilichao al llegar a los 49 años es de **1,5** hijos

5.1.3.2.3. Programa de prevención de Cáncer de Cuello Uterino

Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino

Línea de base

En Santander de Quilichao, en 2005 hubo **34,7** muertes por cáncer de cuello uterino por cada 10.000 mujeres mayores de 25 años.

Meta

Contenida en un **34,5** la tasa de mortalidad por cáncer de cérvix en el municipio de Santander de Quilichao al año 2011

Estado Actual

En Santander de Quilichao, en 2009 hubo **13,86** muertes por cáncer de cuello uterino por cada 10000 mujeres mayores de 25 años.

Durante el año 2010 en los 4 Núcleos de Atención Primaria (NAP) de QUILISALUD ESE, se tomaron 2382 en el año 2010. La distribución por NAP lo muestra la siguiente tabla.

TABLA 47. Distribución por frecuencia de citologías cervicouterina tomadas según lugar de la toma.

NAP	I trimestre	II trimestre	III trimestre	Total
Centro	196	163	204	563
Mondomo	132	158	223	637
Morales Duque	233	122	268	619
Antonio Nariño	157	142	240	563
Extramural	134	77	NA	NA
Total	852	662	935	2382

Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

En todos los NAP se observa un aumento considerable en la cantidad de citologías tomadas debido a que a partir del 1 de septiembre del presente año, se incorporaron las actividades del equipo extramural al NAP correspondiente de las zonas de Atención Primaria en Salud (APS). Cabe denotar que se incluyen las muestras de control post tratamiento, repetición de citología por muestra inadecuada, según concepto del laboratorio que realiza la lectura.

El aumento ocurrido en el NAP Nariño se debe a la ampliación de los días de atención, anteriormente se realizaba una vez por semana, actualmente se toman citologías los días martes y jueves y lo realizan las enfermeras de Servicio Social Obligatorio (SSO), estudiantes de enfermería del convenio docente asistencial con la Universidad del Cauca y la enfermera coordinadora del NAP.

Proporción de citologías tomadas en mujeres entre 25 y 69 años

Durante el III trimestre del año 2010 la distribución de citologías tomadas a la población objeto del programa en cada NAP fue Centro 171, Mondomo 176, Morales Duque 207 y Antonio Nariño 184. Teniendo en cuenta estos datos, el indicador es de 78.9%.

Este indicador debe ser modificado ya que la población objeto actualmente no cumple con este criterio de edad, debido al comportamiento de las prácticas sexuales en relación a la edad de inicio de la vida sexual, la cual es cada vez a más temprana.

Proporción de citologías con anormalidad de las células escamosas

Durante el año 2010 se tomaron 2382 citologías de las cuales 35 reportan anormalidad de las células escamosas según el Sistema Bethesda, haciendo que la proporción sea 1.46%. Es importante resaltar que se encuentran pendientes los reportes de resultados de las citologías tomadas en el mes de noviembre y hasta la fecha.

TABLA 48 distribución por frecuencia de citología anormal según trimestre del año por lugar de la toma.

NAP	I trimestre	II trimestre	III trimestre	Total
Centro	4	4	3	11
Mondomo	0	2	9	11
Morales Duque	4	1	0	5
Antonio Nariño	3	2	1	6
Extramural	2	0	NA	2
Total	13	8	12	33

Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

TABLA 49 Distribución por frecuencia de pacientes con pruebas de diagnóstico según lugar de la toma durante el año 2010.

NAP	Citologías positivas	Acceso a diagnóstico	Tratamiento
Centro	11	6	3
Mondomo	11	5	3
Morales Duque	5	5	3
Antonio Nariño	6	4	2
Extramural	2	1	1

Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

5.1.3.3. Salud Oral

Porcentaje de dientes permanentes de los mayores de 18 años

En el municipio para 2010 el promedio de dientes permanentes fue de 91.1 % en mayores de 18 años.

Número de niños de 3 a 15 años que han recibido sellantes en el último año

El Nivel I de atención para la población subsidiada y PPNA en Santander de Quilichao, está a cargo de Quilisalud ESE, quien reporto 2972 niños de 3 a 15 años que han recibido sellantes en el último año.

Número de niños de 5 a 19 que han recibido flúor en el último año

Quilisalud ESE, para el caso de las acciones de fluorización reporto que las personas de 5 a 19 años que recibieron flúor en el último año fueron 3421.

Índice de COP promedio a los 12 años de edad

Línea de base

En Santander de Quilichao para 2009, el Índice promedio de Cariados Obturados y Perdidos (COP) a los 12 años fue de **3.2**, teniendo en cuenta que el componente que incrementaba el índice era cariadados y obturados.

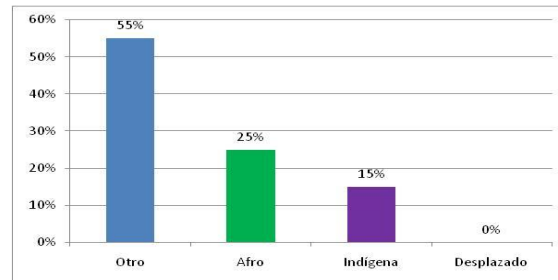
Meta

Para 2011 en Santander de Quilichao reducir en **3.0** el índice COP a los 12 años

Estado actual

En Santander de Quilichao para 2010, el Índice promedio de Cariados Obturados y Perdidos (COP) a los 12 años fue de **2.9**, teniendo en cuenta que el componente que incrementaba el índice era cariados y obturados.

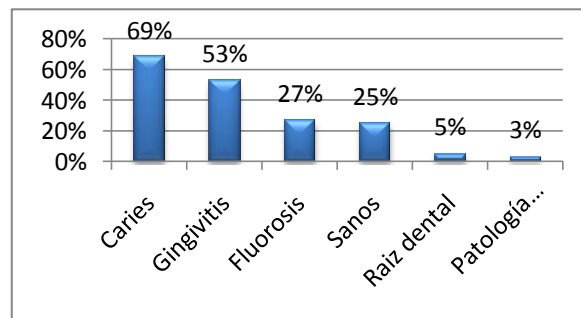
GRAFICA 30. Porcentaje de Distribución de la Población Encuestada en Línea Base de COP, Santander de Quilichao. 2009



Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

De los 229 jóvenes que cumplían con los criterios del ministerio de la protección Social el 58% eran del género femenino y el 41% del género masculino, el promedio de índice COP-D fue de 2.9 y de COP-D modificado 3.2, los cuales son superiores al promedio nacional reportado por la ENSAB III de 1.998, la cual reporto un promedio de índice COP-D de 2.3. El aumento en el promedio del índice COP-D esta dado por el componente de cariados, seguido por el de perdidos y obturados.

GRAFICA 31 Prevalencia de Diagnóstico en Línea Base de COP, Santander de Quilichao. 2009



Fuente: Análisis de la situación de salud. QUILISALUD ESE. 2010.

El diagnóstico patológico que presentaron más prevalencia fue la caries (69%), la gingivitis asociada a placa (53%), la fluorosis dental (27%), raíz dental retenida (5%), la patología pulpar (3%) y el 25% de los jóvenes de 12 años eran sanos dentales.

Las valoraciones de los jóvenes de 12 años fueron realizadas, en las siguientes sedes educativas: Ana Josefa Morales Duque jornada tarde y mañana, Técnica Ambiental Fernández Guerra jornada Tarde y Mañana, José Edmundo Sandoval jornada tarde y mañana, Antonio Nariño, José Vicente Mina, Santa Inés, Francisco José de Caldas, La Milagrosa, Cachimbal, La Quebrada, Taminango, Lomitas, el Toro, Cachimbal, La Chapa, Bello Horizonte y los Samanes. Todos los jóvenes que participaron en el tamizaje recibieron educación en técnica de cepillado y uso del hilo dental, se les socializo los derechos y deberes en salud oral y se les entrego la demanda inducida para los programas de promoción y prevención de acuerdo con la normatividad vigente.

5.1.3.4. Salud Mental

Plan de Salud Mental elaborado e implementado

Línea base 2005:

Tolerancia **cero**

Meta 1

Lograda la adaptación e implementación del plan de salud mental a 2011

Estado actual

Santander de Quilichao cuenta con un Plan de Salud Mental construido

Meta 2

Lograda la adaptación e implementación del Plan de Reducción del Consumo SPA en el municipio de Santander de Quilichao a 2011

Estado actual

Santander de Quilichao cuenta con un Plan de Reducción del Consumo de SPA construido y dinamizado desde el comité Municipal conformado por 36 instituciones gubernamentales, no gubernamentales y comunitarias del municipio.

5.1.3.5. Enfermedades Crónicas no transmisibles y las Discapacidades

Prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 13 y 17 años

Línea de base

En el municipio de Santander de Quilichao para 2010 la prevalencia de actividad física en el grupo de 13 a 17 años es en promedio de 19,5.

Meta

Aumentar en 20 la prevalencia de actividad física en adolescentes de 13 a 17 años para 2011 en el Municipio de Santander de Quilichao.

Prevalencia de actividad física mínima en adultos de 18 a 64 años

Línea de base

En el municipio de Santander de Quilichao para 2010 la prevalencia de actividad física en el grupo de 18 a 64 años es en promedio de 35

Meta

Aumentar en 35.5 la prevalencia de actividad física en adolescentes de 18 a 64 años para 2011 en el Municipio de Santander de Quilichao.

Edad de inicio de consumo de cigarrillo

Línea de base Tolerancia **cero**

Prevalencia de Diabetes Mellitus

La prevalencia de Diabetes Mellitus en personas mayores de 15 años en Santander de Quilichao a finales de 2010 era de **1** persona por cada **100** habitantes.

Número de casos nuevos de diabetes Mellitus

Para 2010, el número de casos nuevos de Diabetes Mellitus en mayores de 15 años fue de **162** casos.

Tasa de mortalidad por Diabetes Mellitus

En 2009 **1** persona por cada **10.000** habitantes fallecieron de Diabetes Mellitus en Santander de Quilichao.

Porcentaje de pacientes controlados

Para 2010 en la ESE QUILISALUD se tuvo un porcentaje de 96.4% de pacientes controlados en el programa.

Prevalencia de Hipertensión Arterial

La prevalencia de Hipertensión Arterial en personas mayores de 15 años en Santander de Quilichao a finales de 2010 era de **4** personas por cada **100** habitantes.

Incidencia de Hipertensión Arterial

La incidencia de Hipertensión arterial en Santander de Quilichao para 2010 era de **1217** por **100.000** habitantes.

Tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva

En 2009, **1** personas por cada **10.000** habitantes fallecieron de Enfermedad Hipertensiva en Santander de Quilichao.

Porcentaje de pacientes controlados

Para 2010 en la ESE QUILISALUD se tuvo un porcentaje de 79.6% de pacientes controlados en el programa de hipertensión arterial.

5.1.3.6. Mortalidad**Tasa Bruta de Mortalidad**

Según el registro de defunciones presentado en las estadísticas vitales del DANE, la tasa de mortalidad general en el municipio de Santander de Quilichao para **2008** corresponde a **47** por **10.000 habitantes** comparada con los **37** por **10.000** del departamento del Cauca y **58** por **10.000** del país en el mismo año. En el año 2010 la tasa estuvo en 46 por 10.000 habitantes.

Tasa de mortalidad por grupos de causas

En Santander de Quilichao en la tasa de mortalidad por grupo de causas se comportó así: En 2008 0.5 personas por cada **10.000** habitantes fallecieron por

Enfermedades Infecciosas intestinales, ubicándose en la primera causa de muerte con 4 casos reportados. En 2009 la primera causa fue también Enfermedades Infecciosas intestinales con una tasa de 0.7 personas por cada 10.000 habitantes que fallecieron por esta causa y 2010 con la misma causa de muerte reporto una disminución en la tasa con 0.4 personas por cada 10.000 habitantes

TABLA 50. Veinte Primeras Causas de Mortalidad en Santander de Quilichao. 2008

GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN (LISTA DE CAUSAS AGRUPADAS 6/67 CIE-10 DE OPS)	TOTAL	TASA
101 Enfermedades Infecciosas Intestinales	4	0,5
103 CIERTAS ENF. TRANSMITIDAS POR VECTORES Y RABIA	1	0,1
106 Septicemia	2	0,2
108 Enfermedad Por El VIH/Sida	4	0,5
109 Infecciones Respiratorias Agudas	9	1,1
110 Otras Enf. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	2	0,2
201 Tumor Maligno Del Estomago	6	0,7
202 Tumor Maligno Del Colon	1	0,1
203 TUMOR M. ORG. DIGESTIVOS Y PERITONEO, EXCL. ESTOM. Y COLON	3	0,4
204 Tumor Maligno Hígado Y Vías Biliares	4	0,5
205 Tumor Maligno Del Páncreas	1	0,1
206 T. M. de Tráquea, Bronquios Y Pulmón	2	0,2
208 Tumor Maligno De La Mama	4	0,5
209 T. MALIGNO DEL ÚTERO	6	0,7
210 T. Maligno De La Próstata	7	0,8
211 T. Maligno Otros Órganos Genitourinarios	2	0,2
212 T. Maligno tejido linfático, org. Hematopoy. Y tejidos afines	2	0,2
213 Residuo De Tumores Malignos	7	0,8
214 Carcinoma IN-SITU, T. Benignos y de comportam. incierto o descon.	2	0,2
302 Enfermedades Hipertensivas	9	1,1
OTRAS	324	38,6
TOTAL	402	47,9

Fuente: DANE: DEFUNCIONES POR, MUNICIPIO DE RESIDENCIA Y GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN

TABLA 51. Veinte Primeras Causas de Mortalidad en Santander de Quilichao. 2009

GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN (LISTA DE CAUSAS AGRUPADAS 6/67 CIE-10 DE OPS)	TOTAL	TASA
101 Enfermedades infecciosas intestinales	6	0,7
102 Tuberculosis, inclusive secuelas	1	0,1
105 Meningitis	2	0,2
106 Septicemia	1	0,1
108 Enfermedad por el VIH/SIDA	3	0,4
109 Infecciones Respiratorias Agudas	5	0,6
110 Otras Enf. infecciosas y parasitarias	2	0,2

201 Tumor Maligno Del Estomago	16	1,9
202 Tumor Maligno Del Colon	3	0,4
203 Tumor M. ORG Digestivos Y Peritoneo, Excl. Estom. Y Colon	3	0,4
204 Tumor Maligno Hígado Y Vías Biliares	5	0,6
206 T. M. DE Tráquea, Bronquios Y Pulmón	6	0,7
208 Tumor Maligno De La Mama	2	0,2
209 T. Maligno Del Útero	5	0,6
210 T. Maligno De La Próstata	5	0,6
211 T. Maligno Otros Órganos Genitourinarios	4	0,5
212 T. Maligno tejido linfático, org. Hematopoy. Y tejidos afines	5	0,6
213 Residuo De Tumores Malignos	9	1,1
214 CARCINOMA IN-SITU, T. Benignos y de comportam. incierto o descon.	4	0,5
302 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	5	0,6
OTRAS	308	36,2
TOTAL	400	47,0

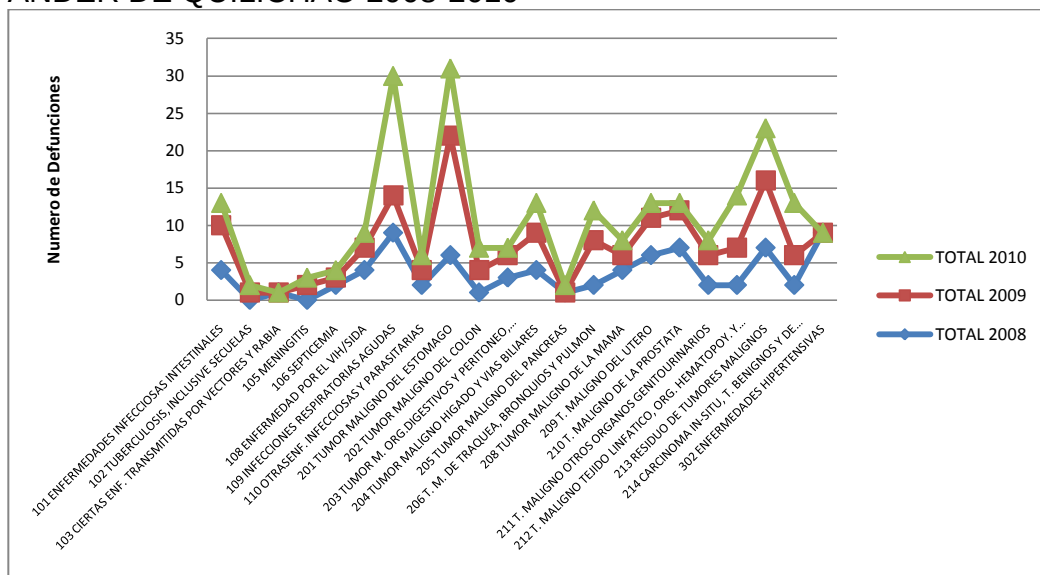
Fuente: DANE: DEFUNCIONES POR, MUNICIPIO DE RESIDENCIA Y GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN

TABLA 52. Veinte Primeras Causas de Mortalidad en Santander de Quilichao. 2010

GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN (LISTA DE CAUSAS AGRUPADAS 6/67 CIE-10 DE OPS)	TOTAL	TASA
101 Enfermedades Infecciosas Intestinales	3	0,4
102 Tuberculosis, Inclusive Secuelas	1	0,1
105 Meningitis	1	0,1
106 Septicemia	1	0,1
108 Enfermedad Por EL VIH/SIDA	2	0,2
109 Infecciones Respiratorias Agudas	16	1,9
110 Otras ENF. Infecciosas Y Parasitarias	2	0,2
201 Tumor Maligno Del Estomago	9	1,1
202 Tumor Maligno Del Colon	3	0,4
203 Tumor M. ORG. Digestivos Y Peritoneo, Excl. Estom. Y Colon	1	0,1
204 Tumor Maligno Hígado Y Vías Biliares	4	0,5
205 Tumor Maligno Del Páncreas	1	0,1
206 T. M. De Tráquea, Bronquios Y Pulmón	4	0,5
208 Tumor Maligno De La Mama	2	0,2
209 T. Maligno Del Útero	1	0,1
210 T. Maligno De La Próstata	2	0,2
211 T. Maligno Otros Órganos Genitourinarios	1	0,1
212 T. Maligno tejido linfático, org. Hematopoy. Y tejidos afines	7	0,8
213 Residuo De Tumores Malignos	7	0,8
214 CARCINOMA IN-SITU, T. Benignos y de comporta. Incierto o descon.	2	0,2
OTRAS	325	38,0
TOTAL	395	46,1

Fuente: DANE: DEFUNCIONES POR, MUNICIPIO DE RESIDENCIA Y GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN

GRAFICA 32. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR GRUPO DE CAUSA EN SANTANDER DE QUILICHAO 2008-2010

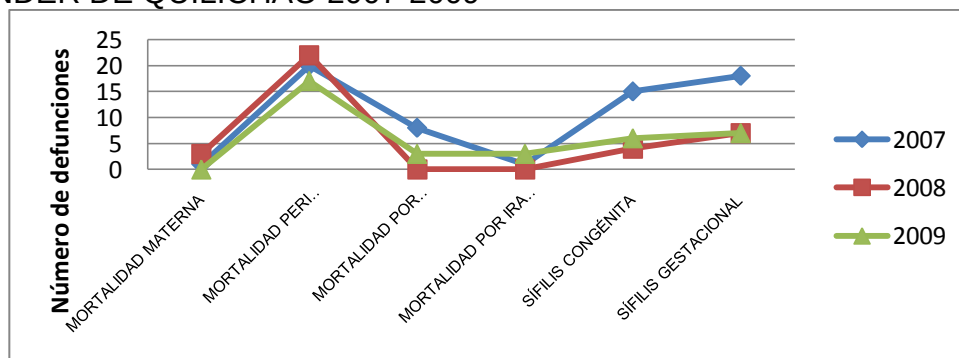


Fuente: elaboración propia

TABLA 53. Eventos SIVIGILA 2007-2009 (Mortalidad Materna-Perinatal, IRA, EDA, Sífilis Congénita y Gestacional) en Santander de Quilichao. 2010

AÑO	NOM. EVE				SÍFILIS CONGÉNITA	SÍFILIS GESTACIONAL	TOTAL GENERAL
	MORTALIDAD MATERNA	MORTALIDAD PERINATAL	MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS	MORTALIDAD POR IRA 0-4 AÑOS			
2007	1	20	8	1	15	18	63
2008	3	22			4	7	36
2009		17	3	3	6	7	36
TOTAL	4	59	11	4	25	32	135

GRAFICA 33. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD DE ACUERDO AL SIVIGILA EN SANTANDER DE QUILICHAO 2007-2009



Fuente: elaboración propia

5.1.4. El antes y el después de la implementación del Programa de APS en Santander de Quilichao desde la perspectiva de los actores.

5.1.4.1. Relevancia del Programa de APS en Santander de Quilichao

5.1.4.1.1. ¿Cuál es su opinión acerca del Programa de Atención Primaria en Salud de QUILISALUD E.S.E. implementado en 2007?

Los actores generaron una percepción favorable frente al programa referenciándolo como la ejecución de la Política Pública que el municipio se planteo en salud enfocado sobre todo al tema de Promoción y Prevención en salud. Lo perciben como un equipo de personas que trabajo muy cerca de la comunidad y en articulación con líderes de la misma comunidad para el mejoramiento de la salud de la población de Santander de Quilichao. (... *“el programa busca fortalecer que la comunidad se conozca y se reconozca a través de un observatorio y una cartografía social que además sirve para hacer una planeación de la zona en la que vamos a trabajar de que queremos intervenir”...*) (IAPS001).

Otros actores percibieron la participación comunitaria, institucional e intersectorial como uno de los pilares más importantes que ayudan a que el programe marque una diferencia significativa en el tema del mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la comunidad.

5.1.4.1.2. ¿Cómo era la salud en Santander de Quilichao antes del 2007?

La percepción general en los actores fue de una salud intervenciones, activista y medicalizada donde lo importante era atender la enfermedad y no las necesidades y los riesgos que podían estar afectando la salud de la comunidad. Percibían la salud como la institución donde acudían para ser curados y donde no era tenido en cuenta su entorno y lo que podía estar causando o afectando su salud. (... *“mi relación con QUILISALUD ha sido, llámemelo un noventa por ciento satisfactorio, el trabajo que se ha estado realizando en el tema de salud ha dado resultados y lo puedo catalogar*

como uno de los mejores programas en salud desde hace mucho tiempo, de lo que yo conozco aquí en esta zona”...) (IAPS002).

5.1.4.2. Valores y Principios del Programa de APS en Santander de Quilichao.

5.1.4.2.1. ¿Qué opina sobre la forma de llevar los servicios de salud cerca a donde la comunidad los necesita?

Algunos actores percibieron las bondades del acercamiento que de QUILISALUD a la comunidad porque construyó un lazo que podía unir la comunidad y la institución. (... *“el llegar con unos equipos conformados por médicos o por enfermeros, por auxiliares de enfermería, por promotores y líderes comunitarios me pareció muy bueno, eso nos dio una perspectiva de diagnóstico... el ir a la casa tener su ficha”...*) (IAPS006).

Reconocen otros actores que las herramientas utilizadas eran indispensables para poder acompañar en el proceso a las familias y reconocerlas en su propio territorio y desde sus necesidades más sentidas y en sus avances o cambios de comportamiento frente a su auto cuidado y en el reconocimiento de sus deberes y derechos en salud.

5.1.4.2.2. ¿Cómo eran el trato y las soluciones que le dieron a sus necesidades en salud o a las de su comunidad?

Un proceso participativo y de escucha activa de una empresa que tendió la mano y generó un trabajo conjunto y corresponsable con salud en el municipio percibieron las soluciones los actores. La manera de que la comunidad fuera el principal protagonista del proceso y su realidad fuera la generadora de las estrategias y de las soluciones era un aspecto llamativo dentro del trabajo de la empresa (... *“a mí me ha parecido muy bien, sobre todo que nos tienen en cuenta y nos llaman y todo eso. Como líder me siento muy contenta de que estén trabajando todas esas cosas y contando con la comunidad... he trabajado en talleres que nos están dando para*

capacitarnos... en mi comunidad ya saben del buen manejo que QUILISALUD le está dando a los problemas”...) (IAPS007).

Los actores percibieron que el tener un equipo interdisciplinario, capacitado y con competencias en el trabajo comunitario mostraba gran sensibilidad frente a la necesidad del otro y eso hacía que el trato que le brindaban a cada persona fuera el reconocimiento a su individualidad y a su participación en un contexto.

5.1.4.2.3. ¿Qué clase de trabajo y participación conjunta entre la comunidad y la institucionalidad vivencio con el Programa de Atención Primaria en Salud de QUILISALUD E.S.E. implementado en 2007 – 2010?

Reconocen los actores que la relevancia de los líderes comunitarios, fue vital para el seguimiento y la veeduría del programa. (... *“eran estos lideres los que acompañaban dentro de su barrio o vereda...y estaban pendientes que todas las personas estuvieran... y eso llevo a que fortaleciera mucho el trabajo de la comunidad con QUILISALUD”...*) (IAPS005).

La capacitación y el acompañamiento brindado a la comunidad desde la planeación que se generó desde la línea base permitió la articulación al programa de acciones de otros sectores que se percibían aporte de la salud pero que en el camino la comunidad y las mismas instituciones se reconocieron como parte activa de la salud en el municipio, esto hizo que acciones del sector de gobierno, ambiental, de deporte y recreación, de educación dieran respuesta a las necesidades de una comunidad de manera articulada y no con actividades aisladas entre sí.

5.1.4.2.4. ¿Qué cosas escucho o vivencio frente a la rendición de cuentas de la administración municipal en cuanto al Programa de Atención Primaria en Salud de QUILISALUD E.S.E. implementado en 2007 – 2010?

El manejo de las ligas de usuarios, la información periódica y la retroalimentación de los avances a los líderes y a la propia comunidad, como a la institucionalidad del municipio permitió generar mejoras y dar continuidad al proceso en su fase de implementación estas son las percepciones de los actores frente a la rendición de cuentas, proceso que para ellos estuvo presente desde que inicio en programa en 2007. (... “Nosotros como institución rectora del sistema en el municipio estuvimos muy expectantes, observando lo que pasaba, si se veía ese vínculo muy fuerte entre líderes comunitarios, comunidad respecto a QUILISALUD, sentían mucho mas propia la empresa, eso sirvió también para que la gente se empoderara y alguno de esos líderes formaran parte de la liga de usuarios... y empezar a posicionar la empresa y hacer que la gente sintiera que eso un bien del municipio”...) (IAPS001).

Aspectos como la concertación y la construcción conjunta de acciones y no la imposición de las mismas fue uno de los puntos que resaltaron los actores frente al proceso lo que lo convertían en un trabajo conjunto y sus logros, resultados o desaciertos eran tomados como un accionar de todas las partes.

5.1.4.3. Recursos del Programa de APS en Santander de Quilichao

5.1.4.3.1. ¿Cómo considera usted los recursos humanos, técnicos y económicos que tenía a su disposición el Programa de Atención Primaria en Salud de QUILISALUD E.S.E. implementado entre el 2007 – 2010 para la satisfacción a sus necesidades en salud y la de su comunidad?

Fue relevante dentro de las percepciones de los actores que el programa no atendiera o se implementara en todo el municipio pues los logros que se conocían en los barrios y las veredas eran muy importantes pero se quedaban en un sector de la población y tal vez desconocía una dimensión que también podía ser necesaria

atender. Como eran las comunidades indígenas aunque para entonces ellos ya hablan de su modelo de salud propio, lo que justificaba su renuencia a participar.

Sin embargo la inversión en tiempo, dinero y esfuerzos que se tuvo en los barrios y las veredas fue importante pues se invertía de manera integral en unas poblaciones de alta vulnerabilidad social, donde se concentraban, sobre todo en la parte urbana, los asentamientos humanos y de alto migración de población. Por lo que contar con servicios, personal y recursos enfocados a sus necesidades ayudo a marcar una diferencia entre la salud como la atención de la enfermedad y la salud como el bienestar de las personas. (... *“el proceso de demanda inducida consiste en caminar, tocar de casa en casa, verificar que carnet de salud tienen o si son del sisben, la edad de la persona si es apta para ingresar al programa del joven, si tiene de 10 a 29 años, para crecimiento y desarrollo niños de 1 mes hasta los 10 años ”...*) (IAPS003).

Los actores también manifiestan que la infraestructura que QUILISALUD tiene estaba siendo pensada para la comunidad pues de tres centros de salud con los que toda la vida había trabajado paso a abrir uno nuevo que beneficio a la comunidad del oriente del municipio donde predomina el área rural.

5.1.4.4. Estrategias, Actividades y Servicios del Programa de APS en Santander de Quilichao.

5.1.4.4.1. ¿Cuál es su opinión sobre las estrategias, las actividades desarrolladas y los servicios prestados con el Programa de Atención Primaria en Salud de QUILISALUD E.S.E. implementado en 2007 – 2010?

Perciben los actores un apoyo importante las estrategias y las acciones que está haciendo QUILISALUD, denotan que hay un interés real por los problemas de los barrios y las veredas y también por fortalecer los recursos que en las mimas se encuentra, no solo limitándose a la prestación del servicio de salud sino a lo que

determina que esta genere o no calidad de vida. (...”a mí me ha parecido muy importante la labor que hacen las muchachas... porque ellas hacen es como concientizar a las personas lo importante que es de venir... a planificar, ellas les hablan, eso es muy importante porque las muchachas como ellas son muy recelosas a veces no vienen la primera vez pero con la insistencia logran de que ellas vengan, y de cinco que vengan tres eso es mucho lo que se hace.. y para nosotros los adultos también y sobre todo en nuestra generación que no se utilizaba que el examen de seno, que de cáncer”...) (IAPS 002).

Dentro del reconocimiento de las acciones o estrategias perciben la integración de las intervenciones individuales y colectivas que muestran una coordinación y una orientación clara frente al desarrollo del plan de acción conjunto que se construyo para el programa.

5.1.4.5. Factores Facilitadores y Limitantes del Programa de APS en Santander de Quilichao.

5.1.4.5.1. ¿Qué cree usted acerca del apoyo de las instituciones y de la comunidad al Programa de Atención Primaria en Salud de QUILISALUD E.S.E. implementado en 2007 – 2010?

Loa actores perciben que el proceso ha sido paso a paso, pues el venir de un modelo asistencialista a uno donde participativo generaba expectativas que en algunos momentos podía enlentecer el proceso, pero con la labor decida y clara de la empresa QUILISALUD, los sectores e instituciones no dudaron en tomar parte del programa, volviéndose este un referente no solo municipal, sino que empezó a trascender a lo departamental y a ser también un referente de país en muchos temas. De esta manera la comunidad fue generando credibilidad y el apoyo se acrecentó para el desarrollo de los planes de acción que tenia la empresa (... “en cuanto a la participación de la comunidad, pues un poco difícil la unificación de todas las personas, pero igualmente como se va a trabajar haciendo visitas domiciliarias a

cada familia, creo que esto va a dar resultado porque se le va a explicar a las personas porque debemos trabajar y estar unidos para lograr un futuro mejor en el municipio”...) (IAPS004).

5.1.4.5.2. ¿Cuáles cree usted son los factores que facilitaron y cuales los factores que limitaron el Programa de Atención Primaria en Salud de QUILISALUD E.S.E. implementado en 2007 – 2010?

Las acciones mancomunadas de las instituciones presentes en el municipio, la voluntad política, el compromiso comunitario, la responsabilidad del equipo de salud y la visión transversal de la salud son para los actores los más importantes factores facilitadores del programa

Se percibe que aunque hubo buen compromiso institucional, faltaron muchos actores por convencer pues no todas las empresas promotoras fueron participes del programa generando un respuesta lenta o una no respuesta a las necesidades de parte de la población, pues no veían una rentabilidad económica para sus empresas a pesar de que QUILISALUD hacía una inversión importante de recursos iniciales para acercar la salud al lugar de residencia de las personas. Siendo esto factores que limitaron el acción del programa (... “ *lo que se empezó a ver allí fue que se empezaron a captar personas para citologías y la EPS dijo, bueno y porque tantas si yo tenía dentro de mi plan hacer nada mas estas, se empezaron a captar gente para operación de cataratas, y decían bueno porque tantas personas... ellos no estaban como muy preparados para cubrir esa avalancha de necesidades y nosotros creamos una expectativa en las personas, pues una vez se le dice a la personas usted tiene... lo que busca ella es que se le corrijan esas patologías y entonces estaba diciendo la empresa no es que yo dentro de mis costos ...tengo detectado que solo voy a operar estas cosas... ”...*) (IAPS003).

5.1.4.6. Coherencia del Programa de APS en Santander de Quilichao

5.1.4.6.1. ¿Cree usted que fue coherente lo que plantearon en el Plan de Acción con lo que se desarrollo?

Los actores percibieron que el enfoque integral e integrador del Programa, con herramientas como el Plan de Desarrollo, el Plan Territorial de Salud, lo que llevo a que la opinión y los aportes que la ESE hacia fueran tenidos en cuenta para las decisiones frente a la comunidad, lo que llevo a que se respondiera de forma coherente a las necesidades de la misma y que estaban planteadas en unas estrategias de intervención en el plan de acción construido al inicio del programa (... *“cuando se vino esa parte de infraestructura se pudieron intervenir algunos acueductos, se pudieron hacer algunas cosas... ”...*) (IAPS007).

También perciben que sectores del gobierno, de educación a nivel de competencias profesionales o de aporte para el desarrollo de la estrategia no es coherente, pues a pesar de que la ley habla de formación y equipos básicos se ha notado que en la region no hay como dar respuesta a todos las necesidades en salud que pueden haberse encontrado en las áreas de intervención, estos es, no hay suficiencia en los especialistas, el recurso económico, humano planteado por el gobierno para APS no es claro y suficiente para dar atención y respuesta a la comunidad. Lo que no daría una coherencia entre lo que Santander perseguía con el programa y lo que encuentra en su contexto para responderle a esa comunidad.

5.1.4.7. Logros del Programa de APS en Santander de Quilichao.

5.1.4.7.1. ¿Cuáles cree usted que fueron los logros del Programa de Atención Primaria en Salud de QUILISALUD E.S.E. implementado en 2007 – 2010?

Se percibe entre los actores que los logros relevantes en la etapa de implementación del programa son el contar con una base de datos de un sector de la población que es confrontado con la realidad de su contexto. Que haya tenido esta población un

seguimiento y un acompañamiento. Que se tenga una línea de base, una identificación de un momento inicial que permitió una planeación de intervenciones que se pueden medir y si han impactado a corto plazo o no sobre los hallazgos iniciales. La participación de la comunidad en su desarrollo propio y en la búsqueda de un mejoramiento de su salud. El desarrollo de estrategias demostrativas que mejoraban la calidad de vida, la salud de varios sectores de la población, así como programas y servicios direccionados teniendo en cuenta los requerimientos y las necesidades encontradas en las zonas del municipio, otra la capacidad articuladora de QUILISALUD con los otros sectores del municipio y por último la creación de políticas públicas donde se acercan las familias, donde se les brinda un acompañamiento para mejorar sus condiciones de salud. (... *“a estas familias se les enseña como ellas también son responsables de que ese acompañamiento surta un efecto positivo en su familia. Que las personas sepan que son ciudadanos y que ser ciudadanos les da unos derechos y también les da unos deberes... cambiar la posibilidad de dar una atención diferente a la población, con unos servicios que se acercan a la gente... que busca la necesidad sentida por la comunidad, haciendo que los servicios de salud se vuelvan mas amigables y que verdaderamente respondan a las necesidades que la población tiene”...*) (IAPS001).

5.1.4.8. Capacidad del Programa de APS en Santander de Quilichao

5.1.4.8.1. ¿Qué opinión tiene sobre los cambios que ha tenido que enfrentar el Programa de Atención Primaria en Salud de QUILISALUD E.S.E. implementado en 2007 – 2010 y cree que este es capaz de adaptarse a los mismos?

La perspectiva que tienen los actores frente a los cambios que el Programa ha tenido que enfrentar no es alentadora para ellos pues ven como desventaja y como una limitante el proceso de cambio administrativo que tuvo QUILISALUD a finales del año 2010. Pues desde entonces surgió una incertidumbre frente a la continuidad en la ejecución del Plan de Acción en cada zona. Además varios líderes manifiestas

inconformidad pues ven que el trabajo en el cual estuvieron activamente involucrados, esta relegado y en momentos olvidado. Perciben que un Programa de estos depende de la perspectiva gerencial y administrativa de que tiene es el tomar de decisiones en los periodos que establece el gobierno nacional, lo que no genera un blindaje para que experiencias realmente medible e impactantes en la salud y la calidad de vida permanezcan el tiempo a pesar de los cambios administrativos. Por lo que unánimemente concluye que el programa no tuvo la capacidad hasta el momento de adaptarse, (... *“Mi temor es que cuando se vuelva con otra estrategia la gente diga bueno es que usted la vez pasada nos dejo tirados, nos capacito... la idea es que usted nos colaborara... no sé... Esto pasa por tiempo, paso por momentos y las ESE al llegar nuevos gerentes... llegan sacan la gente y se acaba la memoria institucional y la gente es muy dada a llegar a las instituciones y descubrir que el agua moja y desconocer todo lo que las otras personas hicieron y arrancar de cero... cada cierto tiempo llega una persona con su combo y arranca de cero llega otra y también, eso debe puede llegar a cansar la comunidad, no hay nada que garantice memoria institucional”...*) (IAPS001).

6. DISCUSIÓN

Con la ley 10 de 1990, la institucionalidad de la Salud en Colombia inicia un proceso de transición entre el Sistema Nacional de Salud y el actual Sistema de Salud, dado su avance en la búsqueda de estrategias como la atención primaria para la identificación, canalización, atención y control de las comunidades en respuesta a convenios internacionales como el de Alma Ata, Canadá 1978. Este ordenamiento involucra la prestación, la dirección y el control e inicia la articulación de los diversos actores sectoriales e intersectoriales y se constituye en un importante antecedente del desarrollo organizacional del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS. (Organización Panamericana de la Salud, et al., 2009).

La Organización Mundial de la Salud – OMS define el sistema de salud como aquel que “comprende todas las organizaciones, las instituciones y los recursos que realizan acciones cuyo principal propósito es mejorar la salud”.

Por tanto y teniendo en cuenta el contexto y la dinámica en salud del municipio de Santander de Quilichao se plantea como objetivo de la presente investigación Evaluar el proceso de implementación del programa de Atención Primaria en Salud en QUILISALUD ESE Santander de Quilichao, Cauca entre 2007 y 2010 y determinar la coherencia entre el programa de APS tal como fue planteado y los recursos, las estrategias, actividades o servicios que se desarrollaron en su implementación, identificando los factores facilitadores y limitantes de la misma, hasta los logros percibidos por los actores participantes y el cumplimiento de metas según el plan de acción.

De manera que el primer objetivo para el cumplimiento de esta investigación fue determinar la coherencia entre el programa de APS tal como fue planteado y los recursos y estrategias, actividades o servicios que se llevaron a cabo en su implementación.

En el plan de acción para la instrumentación de estrategias regionales que busca el objetivo de “Salud para todos en el año 2000” refiere que la morbilidad y la mortalidad por diarreas y enfermedades respiratorias agudas, potenciadas por la desnutrición y el medio ambiente adverso, aunque bajen en su importancia relativa, continuaran diezmando a los estratos de la población postergada de las ciudades y del medio rural. Será posible lograr el control de estas enfermedades, así como las prevenibles por vacunación y las endémicas más notables, y mejorar la atención integral de la familia, para lo cual se deberá asignar y desplegar considerables esfuerzos y recursos (56).

Lo que para el programa de APS de Santander de Quilichao fue claro desde cuando de manera participativa planteo su Plan de Acción (61) por zona en el cual se trabajo las prioridades que son comunes a todo el municipio, como se ve a continuación:

1. MEJORAR LA SALUD INFANTIL

Que considero como estrategias de intervención

a) Detección oportuna del Crecimiento y Desarrollo

Indicadores de entrada:

En los niños menores de 1 año identificados en la aplicación de la ficha se encontró que:

El 54.32% de los niños asistían al control

Al 1% de los niños se les ha detectado problemas visuales.

El 2% de los niños presentan problemas de lenguaje

El 5 % de los niños presentan problemas del área motora.

El 1% de los niños tienen señales de maltrato.

En los niños menores 1 a 4 años identificados en la aplicación de la ficha se encontró que:

El 65% de los niños asisten al control

Al 3% de los niños se les ha detectado problemas visuales.

El 17% de los niños presentan problemas de lenguaje

El 14% de los niños presentan problemas del área motora.

El 1% de los niños tienen señales de maltrato.

Llama la atención que un 45% de los menores de un año, y un 35% de los niños de 1 a 4 años no se encuentran inscritos en el programa de crecimiento y desarrollo, por lo que se tiene parte a lo siguiente:

Situación real: Los indicadores mencionados no son satisfactorios, ya que por lo menos todos los niños menores de cinco años deberían estar inscritos en el programa. Las posibles causas de esta situación pueden ser: por un lado que existan barreras institucionales que impidan el acceso (horarios de atención, actitudes de los funcionarios en la forma de atención, no resolutiveidad de problemas detectados, falta de información masiva) y por otro lado el poco interés de padres, responsables y/o acudientes de ingresar y/o cumplir con las citas de seguimiento de los menores 10 años al programa de crecimiento y desarrollo.

Meta: Lograr el ingreso y la adherencia al programa de crecimiento y desarrollo, del 95% de la población menor de 5 años y por lo menos el 70% de la población de 5 a 10 años detectados en la fase de caracterización.

Estrategia: Ingresar y mantener en el programa de control de crecimiento y desarrollo a los menores de 10 años, con énfasis en los menores de 5 años, procurando la resolutiveidad de los problemas encontrados en esta atención (60).

Para lo cual se implementaron dos grandes estrategias como son Escuelas Saludables y AIEPI la primera que en el municipio de Santander abarcaba desde los hogares infantiles hasta el bachillerato, por lo que se logro cubrir una población de dos Unidades Pedagógicas Atención del ICBF que cubrían las 35 hogares infantiles y 17 Instituciones Educativas que estaba en las zonas donde se desarrollo la estrategia, siendo esto coherente con lo planteado en el plan de acción para ***Mejorar la Salud Infantil***.

Teniendo en cuenta que entre las líneas de base más relevantes se encontraron **17** muertes en menores de 1 año por cada **1000** nacidos vivos en 2005, **3** muertes de menores de 5 años por cada **1000** menores de 5 años en 2005, en Santander de Quilichao, las metas planteadas para trabajar sobre la mortalidad y morbilidad en menores de 5 años consideraron también una estrategia tan importantes como la de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI). Es por esto que la ESE QUILISALUD dentro de su misión se presenta como una institución que presta servicios de baja complejidad a través de mecanismos y estrategias que propenden por apoderar a la comunidad en conocimientos, prácticas y actitudes saludables; de esta manera en el año 2009 se comenzó con la implementación de la estrategia AIEPI que ha sido mejorada de una manera continua para lograr el cumplimiento de los objetivos del milenio propuestos por la OMS, entre las acciones realizadas en la implementación esta: Elaborar las rutas de atención de los componentes clínico y comunitario de la estrategia AIEPI, apoyar el proceso de implementación de la línea de base mediante la realización de encuestas para caracterizar la población menor de 5 años, realizar seguimiento de las bases de datos de las consultas relacionadas con enfermedades prevalentes de la infancia en

los diferentes NAP de la ESE QUILISALUD de la población menor de 5 años, capacitar a los agentes comunitarios en salud en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de las prácticas claves, capacitar e implementar UROCs y UAIRAs en las zonas de mayor prevalencia de IRA y EDA en el municipio.

Por estas razones y teniendo en cuenta que en estas zonas que se intervino con APS hay personas con diferente aseguramiento y no se puede discriminar a la comunidad en acciones colectivas ni en algunas individuales se hace necesario que todo el personal de las IPS y la EPS presentes en el municipio se comprometan con la estrategia AIEPI y sus 16 practicas para así hacer un abordaje adecuado a la educación e información de las familias con niños y niñas < de 5 años.

Pues con la educación e información adecuada las familias pueden y deben ser protagonista en el trabajo de promoción de la salud y prevención de las enfermedades más frecuentes que afectan a la niñez

Con un adecuado fortalecimiento seguimiento y control de las conductas de las familias con niños y niñas < de 5, en conjunto con el compromiso de los integrantes de la institución logran:

- Impulsar cambios para construcción de valores, comportamientos y ambientes saludables para el crecimiento y desarrollo adecuado de los niños y niñas < de 5 años
- Garantizar una adecuada calidad de atención de los niños menores de 5 años tanto en los servicios de salud como en el hogar y la comunidad.
- Fortalecer aspectos de promoción y prevención en la rutina de la atención de los servicios de salud y en la comunidad.

- Mejorar el acceso y calidad en la prestación de los servicios de prevención y control de los riesgos de la gestante durante el control prenatal y la atención del parto.
- Concertar las metas y estrategias con todos los actores y sectores, así como con la comunidad, a favor de la salud y derechos de la niñez para construir entornos saludables

b) Programa Ampliado de Inmunización

Indicador de entrada:

El 39% de los niños menores de un año y el 55% de los niños de 1 a 4 años, identificados con la aplicación de la ficha familiar, tienen esquema completo de vacunación.

Situación real: Siendo este uno de los programas considerado como prioritario en las políticas públicas nacionales, departamentales y municipales, es preocupante las bajas coberturas de vacunación en los niños menores de 5 años lo cual conlleva a la necesidad de una intervención oportuna con un plan de contingencia, para aumentar estas coberturas y prevenir posibles enfermedades.

Meta: Obtener coberturas de vacunación con todos los biológicos del programa ampliado de inmunizaciones por encima del 90% en los menores de 5 años.

Estrategia: Intensificar las actividades de vacunación en la zona, tanto a nivel intramural como extramural, facilitando el acceso y garantizando la calidad del biológico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han definido al PAI como el resultado del esfuerzo conjunto de muchos organismos gubernamentales y no gubernamentales, tendiente a lograr una

cobertura universal de vacunación, con el fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles.

En Colombia es una de las prioridades en salud pública, dado su carácter universal, equitativo y costo-efectivo, y por su alcance en el propósito de proteger a la población contra enfermedades prevenibles por vacunación, a través de estrategias de erradicación, eliminación o control, con el objetivo final de disminuir la morbilidad y la mortalidad, obedeciendo a políticas sanitarias locales e internacionales dentro del contexto de globalización social y económica.

En este sentido, el PAI obedece a una declaración política del quehacer en salud pública a favor de grupos prioritarios y vulnerables, enmarcado en un conjunto secuencial y ordenado de políticas articuladas en los diferentes planes de beneficio, mediante una serie de operaciones ordenadas y lógicas, cuyo fin último es lograr erradicar, eliminar y controlar las enfermedades prevenibles por vacuna.

La articulación exitosa de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el país, se constituye en garantía para obtener los resultados óptimos deseados de coberturas mayores del 95% en todos los municipios del país para todos los productos biológicos en la población objeto de atención integral en el PAI.

Entonces para medir el impacto de la aplicación de estos biológicos en nuestro municipio se toma como meta las dosis trazadoras para el PAI, como se relacionan a continuación (60):

Coberturas 2010 para Santander de Quilichao para Polio virus 99.4%, Pentavalente 99%, Triple viral 108.6%, BCG 136.5% el 8.1% y el 36.5 % por encima de la meta se debe a niños de otros municipios que fueron vacunados en Santander de Quilichao, que es un municipio intermedio por lo cual migran con facilidad familias de otras partes del Departamento o porque por la Red de Prestación de Servicios el municipio

cuenta con el Nivel II de Atención para el Norte del Cauca y finalmente Fiebre amarilla con un 100.7%.

Por lo que al culminar el año 2010, se ve reflejado el arduo trabajo de los vacunadores, en coberturas optimas en las dosis trazadoras para el PAI. Con este trabajo lograron disminuir el riesgo de adquirir enfermedades inmunoprevenibles a los niños y niñas, y así, mejorar la calidad de vida de las familias en busca de vida digna, siendo esta también una estrategia coherente con la necesidad de ***Mejorar la Salud Infantil.***

2. MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Indicadores de entrada:

1. La población femenina de mujeres de 10 a 59 años, que no se han tomado la citología vaginal corresponde al 86%.
2. La población femenina de 35 a 69 años, que no se han realizado el auto-examen de mama, corresponden al 80, %.
3. La población de hombres y mujeres de 10 a 52 años, en un 69%, no utilizan al menos un método de planificación familiar.
4. La población masculina de 40 a 59 años que no se han realizado el examen de próstata corresponden al 85%.
5. El 28% de las gestantes, no han recibido un control prenatal.

Situación real: De la información de entrada se puede deducir que una alta proporción de hombres y mujeres no utilizan los programas que se ofrecen institucionalmente como son: planificación familiar, detección temprana de cáncer de mama, de cérvix, de próstata, de testículo; como tampoco el de control prenatal, contenidos dentro del plan nacional de salud sexual y reproductiva. Las posibles causas pueden ser: por un lado barreras institucionales, que impidan el acceso

(horarios de atención, actitudes de los funcionarios en la forma de atención, no resolutiveidad de problemas detectados, falta de información masiva) y por otro lado desinterés de esta población específica por falta de información sobre la importancia de prevenir oportunamente este tipo de alteraciones o por barreras culturales, como creencias o percepciones de las personas alrededor de estas temáticas.

Meta:

1. Mejorar las coberturas de tamizaje Cervico-uterino en un 80% de las mujeres de 25 a 69 años y en las menores con vida sexual activa.
2. Procurar que al menos un 80% de la población de mujeres de 20 años en adelante, se realicen el autoexamen de mamas.
3. Lograr que el 70% de la población utilice algún método de planificación familiar.
4. Ingresar el 85% de jóvenes de 10 a 29 años al programa de detección temprana de alteraciones en el joven.
5. Lograr que el 80% de los hombres mayores de 40 años, reconozcan la importancia de realizarse el examen digito-rectal para detectar oportunamente las alteraciones de la próstata.
6. Lograr mantener en 0 la tasa de mortalidad materna.
7. Captación del 95% de las gestantes para ingresar al programa de control prenatal o realizar el respectivo control según el riesgo. Además de promover que el 90% de las gestantes, cuenten con una atención del parto institucional.

Estrategias:

Estrategia No 1. Aumentar la toma de citología cervico-vaginal para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino, incentivando en el nivel extramural la importancia que tiene la realización de este examen (60).

El Plan de Acción del programa considero entre las acciones para contener la mortalidad por Ca de Cérvix que en 2010 registro 4 casos, acciones de promoción de salud y la demanda inducida hacia los servicios de toma, lectura y orientación hacia la recepción de los resultados de la citología cervicouterina en las mujeres del municipio. Los resultados obtenidos en el último trimestre de 2010 en la ESE QUILISALUD nos muestran un aumento del 34% en la toma de la citología en las mujeres de 25 a 59 años.

Así mismo la estrategia planteo el seguimiento a las pacientes como parte de sus acciones estratégicas. Ese proceso de continuidad en la atención inicia desde que llega al NAP el reporte de la citología anormal.

Respecto a la continuidad de atención diagnóstica se presentan varios factores asociados que no favorecen el proceso de seguimiento por parte de la enfermera del programa, entre estos se encuentran pacientes con residencia en zona rural dispersa, falta de contratación por parte de las EPS con la institución de II nivel de referencia Hospital Francisco de Paula Santander HFPS, teléfonos falsos, cambio de residencia de las pacientes, desconocimiento del informe de las pruebas confirmatorias.

De esta manera en 2010 de las 35 pacientes reportadas con anormalidad en las células escamosas, solamente 15 reportan haberse realizado biopsia y/o colposcopia, representando el 42.8%. de esta manera se genero un plan de mejora que considero seguimiento individual por paciente según NAP de esta manera se obtuvo que el NAP Centro, se encuentra que de las pacientes 1 el especialista consideró no necesario solicitar biopsia y colposcopia y por lo tanto no recibió tratamiento. También otra paciente tuvo resultado negativo para Lesión Intraepitelial Escamosa (LIE) en las pruebas confirmatorias y otra tiene pendiente el resultado de

la biopsia para definir conducta médica. De las demás pacientes se inicia búsqueda domiciliaria. En el NAP Mondomo, 5 pacientes que han accedido a biopsia y colposcopia, de las cuales 1 fue negativa a LIE, 3 han recibido tratamiento y 1 paciente tiene en trámites administrativos el proceso. En búsqueda domiciliaria se encuentran 5 pacientes, de las cuales 1 no reside en la vereda reportada, no tiene teléfono, ni familiares para contactarla. En el NAP Antonio Nariño, 2 pacientes no han accedido a la toma de biopsia y colposcopia. Una de las pacientes refiere que no lo ha hecho por presentar dolor pélvico y hemorragia, pero está en control con ginecología. Respecto a la otra paciente no fue posible contactarla telefónicamente, se indica visita domiciliaria y está pendiente el informe. Respecto al tratamiento solamente 2 pacientes tienen reporte de tratamiento, las demás no ha sido posible ubicarla. En el NAP Morales Duque, existen 3 pacientes que han accedido a las pruebas de diagnóstico de las cuales 2 son negativas para LIE, 1 tiene pendiente el resultado, otra paciente reside en la ciudad de Cali y abandonó el proceso de diagnóstico y 1 paciente recibió tratamiento.

Estrategia No 2. Estimular la utilización de los métodos anticonceptivos y el control de la planificación familiar en hombres y mujeres de 10 a 52 años.

Estrategia No 3. Estimular en la población joven la asistencia al programa de detección temprana de alteración del joven, para prevenir las enfermedades evitables (60).

Los factores de vulnerabilidad más frecuentemente asociados a condiciones precarias de SSR son el bajo nivel de escolaridad, la situación de pobreza, la ubicación en zonas rurales o urbanas marginales, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas de conflicto, los comportamientos de riesgo y el inicio temprano de relaciones sexuales. Además de estos factores, existen estereotipos y valores culturales agregados sobre la sexualidad, la reproducción y, en general, sobre las relaciones afectivas, que condicionan actitudes y comportamientos que no siempre

favorecen la salud y el desarrollo autónomo de proyectos de vida significativos para cada persona en su contexto específico.

Las áreas de la Salud Sexual y Reproductiva más preocupantes desde el punto de vista de la salud pública y, por lo tanto, las áreas que fueron priorizadas, atendidas y orientadas son el aumento de la incidencia de ITS y VIH/SIDA, el aumento de las tasas de embarazo a edades cada vez más tempranas, el alto porcentaje de embarazos no planeados, los altos índices de violencia doméstica y sexual que afectan no sólo las condiciones de salud de las víctimas, sino el ejercicio de los derechos humanos fundamentales, limitando las posibilidades de convivencia social.

Es por ello que la población joven requiere acciones de promoción de SSR específicamente diseñados para ella, con su participación, como parte de un servicio de orientación que responda a sus necesidades y características propias de su ciclo vital. Es de esta manera como QUILISALUD E.S.E desarrollo una estrategia demostrativa que la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) orientado al desarrollo de habilidades para la vida como lo es la estrategia de Servicios Amigables para Jóvenes en Salud Sexual y Reproductiva.

La situación cobra su real dimensión al intentar entender este complejo fenómeno. Como lo demostró el estudio “Ritmos y Significados de la Sexualidad Juvenil”, editado por la Universidad de los Andes, la mitad de las adolescentes que tienen actividad sexual quedan embarazadas sin quererlo, pero alrededor de un 42 por ciento de las niñas y adolescentes embarazadas querían ese embarazo³.

Y es que, señala el mismo estudio, las niñas en los estratos bajos quieren conscientemente quedar en embarazo porque no tienen otro aliciente en sus

³ QUILISALUD ESE. Análisis Situacional De La Salud Pública Del Municipio Desde El Plan De Intervenciones Colectivas. Santander de Quilichao Cauca.

proyectos de vida. No tienen oportunidades de Educación, de Capacitación, de Trabajo, de Recreación. El embarazo es el resultado de la falta de opciones en materia de Salud, Educación y Recreación que la sociedad les ofrece.

El embarazo las aleja de la escuela, pero les garantiza acceder a Salud, a tener una primera atención médica en su vida, les fortalece su identidad como mujeres, les llena vacíos afectivos y creen encontrar una forma de asegurar su futuro. El sexo, sin orientación alguna, convertido en herramienta de supervivencia.

Situación que se refleja en la realidad Quilichagueña, puesto que pese al esfuerzo y a la voluntad administrativa para generar espacios de orientación al joven intra y extramural con personal capacitado e idóneo que genere confianza para acceder un servicio de orientación en SSR, aun existen elementos culturales que han convertido los embarazos a temprana edad como una opción dentro del proyecto de vida de los y las jóvenes. Es por ello que QUILISALUD E.S.E dentro de su modelo de atención Primaria en Salud haya propendido porque la información y la educación vayan de la mano con la prestación de los servicios de salud, puesto que la educación permite la construcción de nuevos imaginarios alrededor del proyecto de vida del educando y esa debe ser la apuesta del programa de SSR.

De manera que Quilisalud E.S.E desde sus acciones basadas en la APS brindo actividades educativas, participativas y lúdicas en temas de SSR dirigidas a jóvenes, con los padres, madres, cuidadores y maestros se continuara abordando el tema de SSR desde una perspectiva de crianza positiva, espacios que posibiliten e inviten al dialogo, puesto que continúan siendo los amigos la primera fuente de información del joven y la demanda de servicios médicos en salud sexual y salud productiva por parte de los adolescentes no es espontánea por lo general se presenta cuando se está frente a una situación de riesgo.

Estrategia No 4. Aumentar la captación al ingreso del control prenatal durante el primer trimestre de gestación y fomentar la adherencia y permanencia al mismo (60).

Entre las estrategias propuestas para la prevención de la mortalidad materna y perinatal esta la conformación de Redes de Vigilancia Comunitaria, como una de las acciones que soportan el modelo perseguido por el municipio en APS desde 2007, pues estas están conformadas por agentes comunitarios en salud que son personas de la comunidad capacitadas en temas relacionados con la morbilidad y la mortalidad del municipio. Por lo que el instrumento utilizado para el diagnóstico situacional fue la encuesta, la cual tiene como objetivo determinar si en la comunidad en la cual vive el agente comunitario se encuentra la población objeto de vigilancia como mujeres gestantes, mujeres puérperas y recién nacidos. También realizar búsqueda activa de casos de mortalidad materna y perinatal en las zonas y conocer su interés por pertenecer a la red para contribuir al mejoramiento de la salud de su comunidad.

Según los resultados, los agentes comunitarios en salud, sí están en contacto con la población objeto de la red de vigilancia como son las gestantes. También identifican a QUILISALUD ESE como una institución prestadora de los servicios de salud que atiende esta población en este proceso Las EPS del régimen contributivo también son entidades participantes de la atención prenatal del municipio.

La estrategia de Maternidad Segura y Feliz logro establecer que Los factores de riesgo que se asocian a las muertes perinatales analizadas durante el periodo 2009 – 2010 fueron: periodo intergenesico prolongado, vaginosis bacteriana, el alta del paciente, la negación del servicio de Doppler, pre eclampsia leve, no consultar inmediatamente iniciaron los signos y síntomas de alarma, la demora en la atención en el Hospital Francisco de Paula Santander, bajo nivel de escolaridad, la demora en toma de la segunda ecografía obstétrica por parte de la usuaria para evaluar el bienestar fetal, la inasistencia de la usuaria hacia la valoración psicológica, lo que

pudo haber cambiado el riesgo de la embarazada por alto riesgo psicosocial, embarazo no deseado, factores socioeconómicos, embarazo prolongado.

La reorientación necesaria de los sistemas de salud ha de basarse en datos científicos sólidos y en un manejo racional de la incertidumbre, pero en ese proceso ha de tenerse en cuenta lo que las personas esperan de la salud y la atención sanitaria para sí mismas, sus familias y la sociedad (49). Esto ha llevado a que el Programa de APS de QUILISALUD haya sido coherente en los alcances en torno a ***Mejorar la salud sexual y Reproductiva.***

3. SALUD ORAL

Indicador de Entrada:

El 23% de los niños de 1 a 4 años tienen caries.

El 33% de los niños de 5 a 14 años tienen caries.

Situación real: Alto porcentaje de población con caries dental, como consecuencia de la falta de motivación, interés e información de los padres, para que sus hijos desde los 2 años tengan la atención preventiva en salud oral.

Meta:

- El 80% de niños y niñas desde los 2 años adquieran un buen hábito de higiene oral.
- Lograr reducir en por lo menos 10 puntos el porcentaje de niños con caries en el área.

Estrategias: Incentivar la asistencia de la población al programa de atención preventiva en salud y realización de intervenciones intra y extramurales en salud oral (60).

Si bien la Salud Bucal de la población colombiana, ha presentado una evidente mejoría en el transcurso de los últimos 30 años, según las tendencias observadas en los tres estudios nacionales realizados en 1966, 1977 a 1980 y en 1998, sigue siendo un riesgo importante para la calidad de vida de las personas que debe analizarse desde la compleja situación que presenta debido a la estructura del sistema, a los esquemas laborales, de formación y de relación sectorial e institucional de la profesión, y a las tendencias del mercado. Por ello las soluciones son complejas, y deben ser cuidadosamente elaboradas y concertadas, partiendo de los intereses y prioridades de los actores, pero con la firme decisión de ser parte de la solución y de que el bienestar general prima sobre los intereses particulares.

El segundo Estudio Nacional de Salud Bucal realizada en 1980 reportó un aumento en el número de personas con historia de caries en relación al primer estudio (al pasar de 95.5% a 96.7% en 1977/80) aunque el promedio de dientes afectados por persona se redujo de 15.4 a 12.7. El CPO-D de 4.8 a los 12 años llevó a la Organización Mundial de la Salud a clasificar a Colombia dentro de los países con alto índice de caries, es decir con un problema de importancia en salud pública, al comparar este resultado con el primer indicador mundial del estado de salud bucodental establecido como meta para el año 2000 (CPO-D de 3.0 a los 12 años).

Con estos antecedentes en mente se adelantó la III Encuesta Nacional de Salud Bucal (ENSAB), a fin de establecer la situación de salud y de morbilidad bucal, identificar el nivel de representaciones, conocimientos y prácticas en la población e identificar las necesidades de atención odontológica con el fin de orientar acciones de promoción y prevención y de prestación de servicios asistenciales.

De esta manera y atendiendo entonces la primera causa de morbilidad del municipio Quiliscalud E.S.E, desde el 2004 plantea la necesidad de realizar intervenciones en salud oral que conlleven a producir un impacto positivo en la salud bucodental de la población escolar del municipio de Santander de Quilichao y se decide como mejor

opción implementar el programa de salud oral, donde se realizó un tamizaje odontológico de los escolares, detectándose principalmente las siguientes patologías bucodentales: caries y enfermedad periodontal, cuya presencia se asociaba con una deficiente higiene oral y técnica inadecuada de cepillado dental, con un promedio del índice de placa bacteriana (O'Leary) del 68%; los escolares que participaron en esta actividad fueron remitidos y/o se les realizó demanda inducida para su respectivo tratamiento.

En el año 2005 al revisar los resultados obtenidos en el informe preliminar del programa de salud oral en las escuelas donde se había realizado la intervención, durante el tamizaje odontológico se encontró que la mayoría de los escolares presentaban obturaciones desalojadas y fracturadas de estas relacionadas con el consumo de alimentos altamente cariogénicos, presencia de caries y enfermedad periodontal asociada con una deficiente higiene oral, técnica inadecuada de cepillado y el no funcionamiento de la política de cepillado escolar donde los docentes y padres de familia manifestaron que esto era debido a los bajos ingresos económicos de los padres para comprar nuevamente los implementos de aseo como lo son el cepillo dental, la crema dental y jabón de manos.

Quilisalud E.S.E teniendo como referencia los hallazgos anteriores, decide en los años 2006 y 2007 fortalecer la parte educativa del programa de salud oral y realizar seguimiento a la política de cepillado escolar y lavado de manos, diseñando un material pedagógico para cada actor relevante dentro de la comunidad educativa (escolares, docentes y padres de familia) acompañado con la gestión y dotación de cepillos y cremas de dentales. Durante estos dos años se tomó como referencia de evaluación de la política de cepillado el promedio del primer índice de control de placa de O'Leary el cual se mantuvo constante entre los dos años y fue del 32% en un total de 7.299 escolares.

Para los años 2008 y 2009 se incorporó como una de las estrategias del plan de Acción de APS se toma como referencia para evaluación de la política de cepillado

los resultados obtenidos, además del índice de control de placa de O'Leary, el índice COP-D; el promedio obtenido para dientes cariados fue de 2.1, obturados 1.0 y perdidos 0.1 lo cual da como resultado un promedio de índice de COP-D de 3.2, siendo este resultado superior al reportado por la ENSAB III, pero es inferior para meta esperada del municipio que era de 6.0. Los diagnósticos bucodentales más significativos que reportaron los escolares fueron: Caries en el 72%, Gingivitis en el 40%, Sanos en el 27%, Fluorosis en el 27%, Mal posiciones dentales en el 11,4%, Restos radiculares en el 7,2%, Patologías pulpares en el 5.3% y un promedio de índice de placa bacteriana de O'Leary del 27% en un total de 2.104 escolares.

Con lo que se concluye que por ser los 12 años, la edad de comparación internacional, es importante resaltar que el índice COP-D reportado por los jóvenes de 12 años en el municipio de Santander de Quilichao fue de 2.9, dato que se encuentra por debajo de la meta establecida por la Organización Mundial de la Salud de 3.0.

Las políticas públicas en el sector de la salud, junto con las de otros sectores, tiene un enorme potencial en lo que se refiere a garantizar la salud de las comunidades (49). Las personas desean vivir en comunidades y entornos que garanticen y promuevan la salud (49). Es por eso que esta estrategia se encontró coherente con el plan de acción construido participativamente para la implementación del Programa de APS en Santander de Quilichao.

4. Disminuir las Enfermedades Crónicas no Transmisibles

Indicador de entrada: El 32%, de la población mayor de 60 años tienen alguna enfermedad crónica no transmisible.

Situación real: Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Meta:

1. Reducir en un 5% las secuelas por complicaciones en los casos diagnosticados de enfermedades crónicas no transmisibles.
2. Lograr que un 20% de la población se incluya en las estrategias tendientes a la prevención de enfermedades crónicas.

Estrategia:

Coordinar acciones interinstitucionales para la promoción de la salud y prevención de factores condicionantes para las enfermedades crónicas no transmisibles y realizar acciones de control para la población objeto (60).

Estilos de vida saludable es una de las estrategias también demostrativa considera por APS, que pretende promover la práctica de la actividad física en la población Quilichagueña propiciando un envejecimiento activo, saludable y con éxito, que lleve a la prevención y disminución de las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles.

El programa de estilos de vida saludable en Santander de Quilichao inicio actividades en el 2004 con 3 grupos de trabajo del área urbana, la ampliación de la cobertura se ha realizado de forma progresiva partiendo de los requerimientos de la comunidad, en el 2006 eran intervenidos 16 grupos urbanos y rurales, al finalizar el 2008 se contaba con 26 grupos vinculados al programa y una estimación de 1122 beneficiarios actualmente activos en todo el municipio, adultos de 30 a 59 años y adultos mayores autovalentes de 60 o más años portadores o no de uno o más factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM II, obesidad), sin contraindicaciones para el ejercicio y que aceptaron participar libre y voluntariamente en el programa, siendo coherente con lo planteado en el Plan de Acción.

Por otra parte identificar los factores facilitadores y limitantes para la implementación del programa desde los valores, principios y los elementos de la APS renovada permiten que el Programa en QUILISALUD pueda dar respuesta a las necesidades de salud de la población. Descarta que la APS sea un conjunto estipulado de servicios de salud, ya que estos deben ser congruentes con las necesidades locales en materia de salud (55).

Por lo que al describir los logros del programa percibidos por los actores participantes se pueden ver los impactos que el programa ha dejado. Pues aunque en esencia la definición de la APS sigue siendo la misma que la de la Declaración de Alma Ata. La definición renovada se centra en el sistema de salud en su conjunto; incluye a los sectores público, privado y sin fines de lucro (55). En este marco alcanzan los actores a percibir los logros de la implementación del Programa de APS entre 2007 y 2010 en Santander de Quilichao.

De esa manera el concepto renovado de APS debe propugnar más enérgicamente un enfoque razonado y basado en la evidencia que permita lograr una atención universal, integral e integrada. Esto no quiere decir que se deban interrumpir todos los programas verticales o que estos no sean necesarios. En efecto, los programas verticales son necesarios con frecuencia para atender brotes o “problemas de salud que afecten en tan alta proporción a la población que constituya un factor que entorpezca de forma considerable el desarrollo económico y social del país” (49). De tal forma que los logros que se establecieron del programa en términos del cumplimiento de sus metas muestra el antes y el después de la implementación como significativo pues en los siete programas priorizados se pudo medir el aumento de los ingresos, los controles y la necesidad de los programas en toda la población de las zonas donde se implemento APS.

7. CONCLUSIONES

El haber investigado sobre cómo son la coherencia, los factores facilitadores y limitantes en cuanto a valores, y los principios de la APS y los logros del proceso de implementación del programa de Atención Primaria en Salud en Santander de Quilichao entre los años 2007 – 2010, sirvieron para dejar la evidencia de la efectividad de la intervención antes y después y de los modelos de salud basados en APS.

Los indicadores analizados nos muestran una perspectiva de intervención y orientación de los servicios hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y la necesidad de fortalecer la estrategia de Atención Primaria en Salud que Santander de Quilichao viene trabajando desde 2007.

Se sugiere que QUILISALUD ESE considere la segunda etapa del Programa y dentro de esta la gestión para la movilización de la institucionalidad que está dentro del sistema y que pudo ser un limitante dentro de la etapa de implementación, como son las EPS del contributivo, pues la población caracterizada dentro de las zonas y que pertenecían a este régimen no lograron tener un seguimiento de su estado de salud, tal como lo planteaba el programa.

Evaluable los impactos a corto plazo se requiere medir los impactos a largo plazo que ha tenido la estrategia y hacerlo el presente para poder generar planes de mejora y fortalecer el Plan de Acción del Programa.

Programas como el de APS en Santander de QUILISALUD han logrado ser tan relevantes para la toma de decisiones que sus resultados y los logros obtenidos

han servidos de insumo para la toma de decisiones a nivel regional, pues cabe mencionar que el documento de Análisis de la Situación de Salud 2010 elaborado por el Equipo de APS fue la base que tuvo la Secretaria de Salud Departamental para las propuestas realizadas dentro del Proyecto Plan Norte Del Cauca.

El Programa de APS de QUILISALUD fue planteado desde las necesidades de la comunidad de los 33 barrios y veredas mas vulnerables del municipio de Santander de Quilichao, sin embargo no considero en su plan de acción estrategias relevantes desde el inicio y que influyen directamente sobre la calidad de vida y per se sobre la salud de la comuniad como es el programa de Tuberculosis.

El empoderamiento y la articulacion intersectorial son un insumo generador de resultados importantes y de avance dentro de las comunidades, como lo mostro el programa que se desarrollo en Sanrtander de Quilichao, que con la dinamica de articulacion entre sectores e instituciones logro las metas propuestas para la fase de implementación.

8. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados de evaluación del Programa de APS Santander de Quilichao implementado por QUILISALUD ESE se sugiere:

Continuar con en el análisis del desarrollo del Programa hasta el presente año (2013) para poder trabajar sobre logros del proceso en todas las fases del programa de Atención Primaria en Salud en Santander de Quilichao.

Generar un plan de mejoramiento que de continuidad al proceso y el Plan de Acción 2007- 2011.

Mantener los esfuerzos para que el programa tenga continuidad en el municipio.

Generar todo el fortalecimiento estratégico para que el programa puede sobrevivir a las interferencias de tipo político administrativas del municipio.

Mantener siempre un Equipo Humano con formación continua y un proceso de Coordinación que pueda garantizar el desarrollo del plan de acción.

Fortalecer el procesos de capacitacion comunitaria, como un elemento fundamental del Programa tal y como fue planteado desde el inicio de la implemntacion.

Dar continuidad al programa de APS y a la propuesta de evaluación como una herramienta que puede ser tomada de referencia en otras experiencias desarrolladas en el departamento del Cauca.

A la Universidad del Valle y a los sectores que esten desarrollando o tengan insidencia sobre los programas de APS que considere para futuras evaluaciones el modelo de evaluación ajustado que el presente trabajo de investigación planteo.

Generar la evaluación de cada una de las estrategias que considera el Plan de Acción para de esta manera medir los impactos sobre la morbilidad sentida por la comunidad donde se implento el Programa.

Poder dar una nueva denominación al “Programa” que sea coherente y este acorde con los planteamientos normativos y estructurales alrededor de la APS, esto es que se titulo “Estrategía de Atención Primaria en Salud de Santander de Quilchao”.

Fortalecer el capitulo de Determinantes Sociales de la Salud y generar de manera mas precesisa y explicita cómo el Programa planteado por QUILISALUD, puede accionar las estrategias que para trabajar al rededor de los principios generales planteados para este tema, es decir sobre como Mejorar las condiciones de vida, como Luchar contra la distribución desigual del poder y como Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. ALLENDE, Salvador. La Realidad Medico- social Chilena. Editada por Soto, Requena e Illanes. Editorial Cuarto Propio. Santiago. Santiago de Chile, 1999.
2. ABAD H. Teoría y práctica de Salud Pública. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 1987.
3. ALLEYNE, J. Investigación de servicios de salud, conceptos y posibilidades. Evaluación de servicios de salud materno infantil. Ginebra: Publicación del Programa de salud materno infantil, OPS/OMS; 1989.
4. ALMEIDA FIHLO, Nohamar. Complejidad y Trans disciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. En: Salud Colectiva, 2006.
5. ALMEIDA, Celia. Delimitación del campo de la Investigación en Sistemas y Servicios de salud. Desarrollo histórico y Tendencias. Texto base para su discusión. Cuadernos para la discusión No.1. Red de Investigación en Sistemas y Servicios de salud del cono sur. Rio de Janeiro. 2001.
6. APRÁEZ, Giovanni. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN COLOMBIA COMO POLÍTICA DE SALUD, 1939-2008, UN ESTUDIO DE CASO. Universidad de Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública, Doctorado Inter facultades en Salud Pública. Bogotá. 2010.
7. BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. Servicios de Salud en América Latina y Asia. En: MOLINA, Carlos Gerardo y NÚÑEZ DEL ARCO, José. editores. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. Washington, 2003
8. BASAGLIA, Franco. La Institución Negada. Informe de un hospital psiquiátrico. Barral Editores. Barcelona. 1972.
9. BENJAMIN, Paul. Social Science in Public Health. American Journal of Public Health. 1956.

10. BIRT, Cristopher, GUNNING S, Louise, HAYES, Andrew and JOYCE Laraine. Cómo desarrollar la política en salud pública. Un Estudio de caso en salud publica en Europa. Journal of Public Health Medicine.
11. BLOCH C, Godoy C, Luppi I, Quinteros Z, Troncoso M. Evaluación del programa de atención primaria de la salud en la Ciudad de Rosario. Oficina Sanitaria Panamericana, Centro de Información y Documentación "Dr. Juan Cesar García". 1992. Publicación N°34. 183 páginas. Disponible en: <http://www.ops.org.ar/publicaciones/pubOPSARG/pub34.pdf> Consultado: octubre 19 de 2009.
12. BRAVEMAN, Paula and TARIMO, Eleuther. El Reconocimiento Sistemático en la Atención Primaria en Salud: determinación de prioridades con recursos limitados. Publicación ocasional de Organización Mundial de la Salud. Ediciones de la OMS. Ginebra, 1996.
13. BRAVO, Alfredo. Development of Medical Care Services in Latin America. American Journal of Public Health. 1958.
14. BROWN, Theodore and FEE, Elizabeth. Sidney Kark and John Cassel. Social Medicine Pioneers and South Africa Emigrés. In: American Journal of Public Health Washington. vol.92, no.11. 2002.
15. BRYANT, Jonh. Mejoramiento Mundial de la Salud Publica. Heath and Developing world. Editorial. Pax-Mexico.1971.
16. CALVO, Haroldo et al. El Nuevo enfoque de la salud en Colombia: Un reto y una progresiva realidad. Editorial Antares. Bogotá. 1979.
17. CAMINAL HOMAR, Josefina, STARFIELD, B, SANCHEZ, E, MARTIN, M. La Atención Primaria y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions en Cataluña. Revista Clínica Española. 2001.
18. CARVALEIRO, J R. Investigaçao em serviços de saúde. Qual é o seu problema? Revista Saúde e Sociedade. 1994.

19. CASTAÑEDA LÓPEZ, Gabriela y RODRÍGUEZ DE ROMO, Ana Cecilia. Henry Sigerist y José Joaquín Izquierdo. Dos actitudes frente a la Historia de la Medicina del Siglo XX. En: Historia Mexicana. México, vol. 57,no.1 2007.
20. CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Declaración de Alma-Ata. Septiembre 6 -12 de 1978. Kazajistán.
21. CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD. Carta De Ottawa.1986 nov. 21. Canadá
22. DE CAMPOS F.E. Resolutividad. Una aproximación a la evaluación cualitativa de los servicios de salud [Tesis Doctoral]. Fiocruz, Rio De Janeiro: Universidad Brasilia; 1988.
23. DÍAZ Sonia, KLOSS Bárbara, KROGER Axel, OCHOA Héctor. Reforma del Sector Salud en Latinoamérica y Experiencias Europeas. Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional. Universidad de Liverpool. 1998.
24. DONABEDIAN, A. La calidad de la atención Médica. Definición y métodos de evaluación. The University of Michigan. México. 1984.
25. FOUCAULT, Michael. El Nacimiento de la Clínica. Décimo tercera edición. México, Siglo XXI Editores. 1989.
26. FRENK J, Peña J. Evaluación de tecnología y calidad de la atención. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 1985.
27. FRENK, Julio. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. 3ª ed. México, Fondo de Cultura Económica. 2003.
28. FUNDACIÓN FES. Desarrollo de la APS en las grandes ciudades. Fundación FES 1989.
29. GAITÁN, Jorge Eliecer. La Sanidad en Colombia. Ministro de Trabajo, Higiene y Prevención Social. 1944.
30. HERNÁNDEZ, Mario. El Enfoque Sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. En: Rev. Cubana Salud Pública. La Habana. vol.29, no.3. 2003.

31. INSTITUTE OF MEDICINE. Community Oriented Primary Health Care. National Academy Press. Washington. 1983.
32. KELEHER, H. „Why primary health care offers a more comprehensive approach for tackling health inequities than primary care. Australian Journal of Primary Health. 2001.
33. KROEGER. A., LURIA. R. Atención Primaria de Salud: Principios y Métodos. Organización Panamericana de la Salud. México: OPS, 1992.
34. LONDOÑO, Juan Luis. Activar el Pluralismo en el Trópico. Reforma de la Salud en Colombia. Capítulo 5. página 180. En: MOLINA, Carlos Gerardo y NÚÑEZ DEL ARACO, José. Servicios de salud en América Latina y Asia (2003). ISBN 1931003416
35. MERCADO F. La investigación cualitativa en América Latina: Perspectivas críticas en salud. International Journal of Qualitative Methods. 2002.
36. MINISTERIO DE SALUD. Desarrollo del sistema nacional de salud en Colombia. Memorias del congreso rediseño del sistema de salud. 1987-1988. Bogotá, Colombia.
37. MORENO Elsa, Calidad de la atención Primaria. Aporte Metodológico para su evaluación. Tucumán, 1998.
38. NAVARRO, Vicente y BENACH, Joan. Desigualdades Sociales en España. Informe de la Comisión Científica de Estudios de la Desigualdades Sociales en Salud en España. Revista Española de Salud Pública.
39. NAVARRO, Vicente. subdesarrollo de la salud o la salud del subdesarrollo: un análisis de la distribución de los recursos humanos de la salud en Latinoamérica. Trabajo presentado en la V Conferencia Panamericana de Educación Médica, Caraballeda, 4 al 7 de noviembre de 1974.
40. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS. Investigaciones sobre servicios de salud. Una antología. Publicación científica No. 534. Washington 1992.

41. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Nacionales. Documento oficial No. 179. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 1982.
42. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS/OMS. Consulta regional sobre la renovación de la Atención Primaria de Salud (APS) en las Américas- OPS/OMS. Hotel Radisson Montevideo Victoria Plaza, Montevideo, Uruguay. 26-29 de Julio 2005.
43. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS. Ministerio de Salud. Experiencias de Municipios Saludables por la Paz. Bogotá. 1999.
44. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS, CAPRECOM, COHAN. Manual Operativo de las Unidades Móviles de Salud. Choco Colombia. 2009.
45. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas. 2006
46. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Municipios Saludables. Comunicación para la Salud No.11. Washington D.C.. 1997.
47. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma Ata. 1978 Organización Mundial de la Salud. Ginebra Suiza 1980.
48. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Conferencia internacional sobre Promoción de la Salud. Carta de Ottawa. Canadá. 1986.
49. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud Más necesaria que nunca. Ediciones de la OMS. Ginebra, Suiza, 2008.
50. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Sistemas De Salud Basados En La Atención Primaria: Estrategias Para El Desarrollo De Los Equipos De APS. Washington D.C.: 2008. Disponible en: http://new.paho.org/hss/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=2083&Itemid=99999999 Consultado: marzo de 2010.

51. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 46. ° Consejo Directivo. Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención Primaria de Salud. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Orientación estratégica y programática para la Organización Panamericana de la Salud. 2004, Washington, D.C. en Disponible en <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd46-13-s.pdf> Consultado: 14 de Septiembre de 2009.
52. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Gobernabilidad y Salud. Políticas Públicas y participación social. 1999.
53. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Investigaciones en Servicios de Salud: Una Antología. Publicación Científica. Washington. 1992.
54. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Los Objetivos De Desarrollo Del Milenio En Las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2004. Disponible en http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v25n2-mdgs.htm Consultado: 19 de Octubre de 2009.
55. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición. Washington.2007.
56. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud para todos en el año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Nacionales. Documento oficial No. 179. Washington, 1982.
57. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 1 Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria: Estrategias para el desarrollo de los Equipos de APS. 2008.
58. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2 La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. 2008.
59. PABÓN, Hipólito. Evaluación de los Servicios de Salud. PRIDES. Editorial Universidad del Valle. Cali 1985.

60. QUILISALUD ESE. Análisis Situacional De La Salud Pública Del Municipio Desde El Plan De Intervenciones Colectivas. Santander de Quilichao Cauca. 2010.
61. QUILISALUD ESE. Programa de Atención Primaria en Salud: Análisis Situación de Salud y Plan de Acción. Santander de Quilichao Cauca. 2008.
62. RESTREPO E Helena. Experiencia del Municipio de Versalles, Departamento del Valle: una mirada desde la promoción de la salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Vol. 20 No.1 enero-junio. 2002.
63. RODRÍGUEZ J, PABÓN H. Marco conceptual para la investigación aplicada a los servicios de salud educación médica y salud. Edue Md Salud. 1981. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/5736.pdf> Consultado: Enero de 2010.
64. RODRÍGUEZ J, RICO V. Programa de Investigación en modelos de prestación de Servicios de Salud (PRIMOPS). Componentes evaluativos de la Atención Primaria. Universidad del Valle, División de Salud. Secretaria de Salud Municipal de Cali. 19??.
65. ROEMER, Milton. Medical Care Programs in Other Countries. Henry Sigerist and International Medicine. American Journal of Public Health.1958.
66. ROEMER, Milton. Evaluación de los Centros de Salud Publica. Ginebra. 1972.
67. ROJAS R, Oscar. Evaluación de un Programa de Atención Primaria en Salud y Bienestar Familiar. 1981.
68. ROSE, Geoffrey. La Estrategia de la Medicina Preventiva. Masson Salvat. Barcelona. 1994.
69. SEGURA DEL POZO, Javier. Epidemiología mestiza. En: Gaceta Sanitaria. vol. 21, no. 1.
70. SIGERIST H. Enfermedad y civilización. México: Fondo de Cultura Económica; 1943.
71. SIGERIST, Henry. Enfermedad y Civilización. 1a Edición. México, Fondo de Cultura Económica. 1946.

72. STARFIELD B. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Editorial Masson; 2004.
73. STARFIELD, Bárbara. Equidad en Salud y Atención Primaria: Una Meta Para Todos. En: Revista Gerencia y Políticas de Salud. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. No.1. 2001.
74. SZPIRMAN. L. Atención Primaria y Medicina Comunitaria. Centro de Estudios Cooperativos y Laborales. Tel Aviv, Israel: Hadfus Echadas, 1994.
75. TORRES F. Candelaria Valle Municipio modelo de Colombia. Sus Principales programas y realizaciones. Editorial del Pacífico. Cali Colombia.1962.
76. UNIVERSIDAD DE CHILE y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Revisión de las Políticas de Atención primaria en América Latina y el Caribe. Santiago. Mayo, 2003.

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código: _____

Entiendo que se me ha pedido que participe voluntariamente como sujeto en la investigación llamada Evaluación del proceso de implementación del programa de atención primaria en salud de una ESE nivel I en Santander de Quilichao 2007 -2010 bajo la dirección del Doctor Giovanni Arráez y la ejecución de Sonia Milena Mesías Castillo, en QUILISALUD ESE, Santander de Quilichao

Propósito del estudio: Evaluar el proceso de implementación del programa de Atención Primaria en Salud en QUILISALUD ESE Santander de Quilichao, Cauca entre 2007 y 2010. Con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas en el municipio.

Numero de sujetos: El número total de entrevistados corresponde a siete (7).

Tiempo de participación en el estudio: los sujetos participaran tres (3) años periodo 2007 -2010

Procedimiento: Si decido participar voluntariamente en el estudio una vez haya firmado el consentimiento informado, entiendo que:

- 1) Responderé un cuestionario sobre el proceso de implementación del programa de Atención Primaria en Salud, facilitando información como teléfono y dirección que podrá ser utilizada para contactarme si existe la necesidad en el futuro.
- 2) Aceptaré que mi información sea codificadas y almacenada mediante categorías en una base de datos.
- 3) Autorizare que mi entrevista sea grabada en audio para garantizar la calidad de los datos y su posterior análisis.

Responsabilidades del sujeto en el estudio

Durante mi participación en el estudio, tendré que:

1. Firmar el consentimiento informado.
2. Aportar la información que se requiera en la entrevista.

Posibles riesgos o molestias

Entiendo que no tendré riesgos potenciales por mi participación en este estudio.

Beneficios al sujeto: El sujeto no recibirá ninguna retribución económica ni de otro tipo por su participación voluntaria en el estudio.

Beneficio a la sociedad: el estudio aportará acerca del proceso de Implementación de la Programa de Atención Primaria en Salud en Santander de Quilichao. Esto con el fin de contribuir a una estrategia de mejoramiento de un modelo de atención primaria en salud para el municipio, mejorando así la calidad de vida de sus habitantes.

Gastos del sujeto: Entiendo que por mi participación en el estudio no incurriré en ningún tipo de gasto económico.

Confidencialidad: Entiendo que la información de la entrevista será identificada con un código único para proteger mi identidad y datos personales. Esta información será mantenida bajo estricta confidencialidad por parte del investigador principal el Doctor Giovanni Apráez.

Derecho a conocer la información: Los sujetos tendrán derecho a conocer los resultados de la investigación.

Personas a contactar: Si tiene alguna pregunta sobre el estudio, puede contactar a: Doctor Giovanni Apráez o a Sonia Milena Mesías en los teléfonos 3116472185 o al 3183777876. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos o queja sobre el estudio, puede dirigirse a: Laura Piedrahita en la universidad del Valle – sede San Fernando Cali (Valle del Cauca) teléfono 5185677, quien es la Presidente o miembro del Comité de Ética que aprobó el estudio y este consentimiento.

Circunstancias de finalización de la participación en el estudio: Entiendo que mi participación en el estudio será finalizada cuando se termine la entrevista, teniendo en cuenta que podrá ser contactado si el investigador requiere información adicional.

Duración del estudio y de la participación:

La duración del trabajo de campo y análisis de la información será un mes, y de la entrevista será aproximadamente cuarenta (40) minutos.

Su participación en este estudio es voluntaria; tiene completa libertad de participar o no en él. También tiene usted el derecho a dejar de participar en este estudio en cualquier momento.

Autorización de utilización de datos: Permitiré el uso de los datos para este estudio y estudios posteriores debidamente aprobados por los respectivos comités de ética de las Instituciones que así lo requieran.

Al firmar a continuación acepto que:

He leído el presente documento y he tenido suficiente tiempo para considerar mi decisión de participar en este estudio. He presentado todas mis preguntas y han sido resueltas a mi satisfacción. El personal científico me ha explicado los procedimientos así como los beneficios y riesgos de mi participación en el estudio. Entiendo que si decido retirarme del estudio, puedo hacerlo sin perder mis derechos. He recibido copia de este formato. Por el presente documento acepto participar en este estudio titulado: EVALUACIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE UNA E.S.E. NIVEL I EN SANTANDER DE QUILICHAO 2007 – 2010.

Lugar y fecha:

Nombre del voluntario:

cédula:

Cargo:

Firma:

Nombre de quien explica el estudio:

cédula:

Firma:

Nombre del primer testigo:

cédula:

Firma:

Nombre del segundo testigo:

cédula:

Firma:

ANEXO 2. INSTRUMENTO ENTREVISTA SEMI - ESTRUCTURADA

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE QUILISALUD E.S.E. EN SANTANDER DE QUILICHAO 2007 - 2010

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVE

1. Datos Técnicos de la Entrevista

1.1 Datos Generales

Fecha: ____/____/____ | Hora inicial: ____:____ m | Hora final: ____:____ m | Duración: ____ min |

2. ENTREVISTADO

Nombre: _____ | Clase de Informante clave: _____
Barrio/vereda: _____ | código _____ |

3. ENTREVISTADOR

3.1 Entrevistador principal

Nombre: Sonia Milena Mesías Castillo | Teléfono: 3183777876 | e-mail: somimecas@hotmail.com

4. DESARROLLO DE LA ENTREVISTA

4.1 Saludo inicial

4.2 Presentación personal entre entrevistado y entrevistador

4.3 Objetivo de la entrevista: Con el propósito de recoger las percepciones sobre el proceso de implementación del programa de atención primaria en salud de QUILISALUD E.S.E. en Santander de Quilichao 2007 - 2010 es necesario realizar una serie de entrevistas, a los diferentes actores institucionales y comunitarios del municipio en las cuales se buscan identificar la información clave para el estudio.

5. PREGUNTAS

CATEGORÍA: RELEVANCIA

¿Cuál es su opinión acerca del Programa de Atención Primaria en Salud de QUILISALUD E.S.E. implementado en 2007?

¿Cómo era la salud en Santander de Quilichao antes del 2007?

CATEGORÍA: VALORES Y PRINCIPIOS

¿Qué opina sobre la forma de llevar los servicios de salud cerca a donde la comunidad los necesita?

¿Cómo eran el trato y las soluciones que le dieron a sus necesidades en salud o a las de su comunidad?

¿Qué clase de trabajo y participación conjunta entre la comunidad y la institucionalidad vivencio con el Programa de Atención Primaria en Salud de QUILISALUD E.S.E. implementado en 2007 – 2010?

¿Qué cosas escucho o vivencio frente a la rendición de cuentas de la administración municipal en cuanto al Programa de Atención Primaria en Salud de QUILISALUD E.S.E. implementado en 2007 – 2010?

CATEGORÍA: RECURSOS

¿Cómo considera usted los recursos humanos, técnicos y económicos que tenía a su disposición el Programa de Atención Primaria en Salud de QUILISALUD E.S.E. implementado entre el 2007 – 2010 para la satisfacción a sus necesidades en salud y la de su comunidad?

CATEGORÍA: ESTRATEGIAS, ACTIVIDADES Y SERVICIOS.

¿Cuál es su opinión sobre las estrategias, las actividades desarrolladas y los servicios prestados con Programa de Atención Primaria en Salud de QUILISALUD E.S.E. implementado en 2007 – 2010?

CATEGORÍA: FACTORES FACILITADORES Y LIMITANTES

¿Qué cree usted acerca del apoyo de las instituciones y de la comunidad al Programa de Atención Primaria en Salud de QUILISALUD E.S.E. implementado en 2007 – 2010?

¿Cuáles cree usted son los factores que facilitaron y cuales los factores que limitaron el Programa de Atención Primaria en Salud de QUILISALUD E.S.E. implementado en 2007 – 2010?

CATEGORÍA: COHERENCIA

¿Cree usted que fue coherente lo que plantearon en el Plan de Acción con lo que se desarrollo?

CATEGORÍA: LOGROS DEL PROGRAMA.

¿Cuáles cree usted que fueron los logros del Programa de Atención Primaria en Salud de QUILISALUD E.S.E. implementado en 2007 – 2010?

CATEGORÍA: CAPACIDAD DEL PROGRAMA

¿Qué opinión tiene sobre los cambios que ha tenido que enfrentar el Programa de Atención Primaria en Salud de QUILISALUD E.S.E. implementado en 2007 – 2010 y cree que este es capaz de adaptarse a los mismos?

ANEXO 3. FICHA SICAPS

VIVIENDA									
Tipo de vivienda 1. Casa, Apdo. 2. Cuartel(s) 3. Improvada		¿De dónde se toma el agua para consumo humano? 1. Acueducto 2. Pozo 3. Lavina 4. Río 5. Pila 6. Leguna 7. Manantial 8. Tanques 9. Riego		Tipo de tratamiento actual del agua Tratamiento del agua en la fuente No Si					
Tenencia 1. Propia 2. En arrend. 3. Otra		La basura es 1. Reciclada 2. Contenedor 3. Quemada 4. Tirada 5. Enterrada 6. Otros		¿Se reciclan las basuras? No Si					
El servicio sanitario que utilizan es 1.1 2.2		¿Hay actividad productiva en la vivienda? No Si							
Tipo de alumbrado utilizado principalmente 1.1 2.2									
¿En alguno de los dormitorios de la vivienda duermen tres o más personas? No Si									
¿Hay humo dentro de la vivienda? No Si									
Animales dentro de la vivienda ¿Cuántos? ¿Cuántos vacunados? Gatos Perros Equinos									
¿Otros animales dentro de la vivienda? ¿Cuántos? 1 2									
		Observe si hay: Ventilación adecuada Ruidos Aluviones de agua Anillos en puertas y ventanas		No Si No Si No Si No Si	El material predominante en: El piso es: El techo es: Las paredes es:	1.1 2.1 3.1 4.1			
1. SERVICIO SANITARIO 1. No tiene servicio sanitario 2. Leve 3. Intermedio sin conexión a alcantarillado y con séptico 4. Interconectado a alcantarillado 5. Interconectado a alcantarillado	2. TIPO DE ALUMBRADO 1. Vela o vela 2. Lámpara 3. Electrico 4. Otro	3.1 MATERIAL PREDOMINANTE EN EL PISO 1. Tierra 2. Madera, burla, tabla, ladrillo 3. Madera curado, tabla, ladrillo 4. Baldosa, vial, tablero o ladrillo 5. Aluvión o mezcla de pared y panel 6. Material, pared o material propio	3.2 MATERIAL PREDOMINANTE EN EL TECHO 1. Deshechos: Cartón, lodo, sacos, etc. 2. Paja o paja 3. Teja de barro, zinc, cemento, sin cielo raso 4. Cielo o plancha de metal, zinc, aluminio, cemento con cielo raso	3.3 MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES 1. Deshechos: Cartón, lodo, sacos, etc. 2. Guano, cenizas, estiércol 3. Guano, cenizas, estiércol 4. Ladrillo o ladrillo 5. Brique 6. Teja plana o teja 7. Brique, ladrillo, piedra o material propio, ladrillo, material propio	1.1 2.1 3.1 4.1				

4. NIÑOS(AS) MENORES DE UN AÑO (0 a 11 meses)

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

C.O.D.	NOMBRES	Valoración Nutricional										Valoración del Desarrollo					Problemas						
		Crecimiento y desarrollo		Lentitud o retraso a 11 meses		Peso		Talla		Perímetro		Hemoglobina		Lenguaje		Motor		Conducta		Visuales		Auditivas	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							



VACUNACIÓN

Carrel	BCC	DPT	Polio	Hepatitis B	Hib (mese)
1	1	2	3	4	5
2					
3					
4					
5					

SERIALES DE MALNUTRICIÓN

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
3									
4									
5									

REVISIÓN A:

1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐ 10. ☐ 11. ☐ 12. ☐ 13. ☐ 14. ☐ 15. ☐ 16. ☐ 17. ☐ 18. ☐ 19. ☐ 20. ☐ 21. ☐ 22. ☐ 23. ☐ 24. ☐ 25. ☐ 26. ☐ 27. ☐ 28. ☐ 29. ☐ 30. ☐ 31. ☐ 32. ☐ 33. ☐ 34. ☐ 35. ☐ 36. ☐ 37. ☐ 38. ☐ 39. ☐ 40. ☐ 41. ☐ 42. ☐ 43. ☐ 44. ☐ 45. ☐ 46. ☐ 47. ☐ 48. ☐ 49. ☐ 50. ☐ 51. ☐ 52. ☐ 53. ☐ 54. ☐ 55. ☐ 56. ☐ 57. ☐ 58. ☐ 59. ☐ 60. ☐ 61. ☐ 62. ☐ 63. ☐ 64. ☐ 65. ☐ 66. ☐ 67. ☐ 68. ☐ 69. ☐ 70. ☐ 71. ☐ 72. ☐ 73. ☐ 74. ☐ 75. ☐ 76. ☐ 77. ☐ 78. ☐ 79. ☐ 80. ☐ 81. ☐ 82. ☐ 83. ☐ 84. ☐ 85. ☐ 86. ☐ 87. ☐ 88. ☐ 89. ☐ 90. ☐ 91. ☐ 92. ☐ 93. ☐ 94. ☐ 95. ☐ 96. ☐ 97. ☐ 98. ☐ 99. ☐ 100. ☐ 101. ☐ 102. ☐ 103. ☐ 104. ☐ 105. ☐ 106. ☐ 107. ☐ 108. ☐ 109. ☐ 110. ☐ 111. ☐ 112. ☐ 113. ☐ 114. ☐ 115. ☐ 116. ☐ 117. ☐ 118. ☐ 119. ☐ 120. ☐ 121. ☐ 122. ☐ 123. ☐ 124. ☐ 125. ☐ 126. ☐ 127. ☐ 128. ☐ 129. ☐ 130. ☐ 131. ☐ 132. ☐ 133. ☐ 134. ☐ 135. ☐ 136. ☐ 137. ☐ 138. ☐ 139. ☐ 140. ☐ 141. ☐ 142. ☐ 143. ☐ 144. ☐ 145. ☐ 146. ☐ 147. ☐ 148. ☐ 149. ☐ 150. ☐ 151. ☐ 152. ☐ 153. ☐ 154. ☐ 155. ☐ 156. ☐ 157. ☐ 158. ☐ 159. ☐ 160. ☐ 161. ☐ 162. ☐ 163. ☐ 164. ☐ 165. ☐ 166. ☐ 167. ☐ 168. ☐ 169. ☐ 170. ☐ 171. ☐ 172. ☐ 173. ☐ 174. ☐ 175. ☐ 176. ☐ 177. ☐ 178. ☐ 179. ☐ 180. ☐ 181. ☐ 182. ☐ 183. ☐ 184. ☐ 185. ☐ 186. ☐ 187. ☐ 188. ☐ 189. ☐ 190. ☐ 191. ☐ 192. ☐ 193. ☐ 194. ☐ 195. ☐ 196. ☐ 197. ☐ 198. ☐ 199. ☐ 200. ☐ 201. ☐ 202. ☐ 203. ☐ 204. ☐ 205. ☐ 206. ☐ 207. ☐ 208. ☐ 209.

C.C.O.		NOMBRES		CRECIMIENTO Y DESARROLLO										SALUD ORAL										OTRO											
				ANTENATAL					POSTNATAL					PREVENCIÓN					TRATAMIENTO																
				Edad	Sexo	Fecha	Peso	Altura	Temperatura	Frecuencia	Presión	Edad	Sexo	Fecha	Peso	Altura	Temperatura	Frecuencia	Presión	Edad	Sexo	Fecha	Peso	Altura	Temperatura	Frecuencia	Presión	Edad	Sexo	Fecha	Peso	Altura	Temperatura	Frecuencia	Presión

7. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

7.1 Planificación familiar (hombrres y mujeres de 19 a 52 años)

C.C.O.		NOMBRES		EDAD		EUROPEA		EUROPEA		EUROPEA		EUROPEA	
				19-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54			



7.3 Hombrres entre 40 y 59 años

C.C.O.		NOMBRES		ESTADO DE PROSTATA		PROBLEMAS TRONCALES	
				SI	NO	SI	NO



7.2 Mujeres de 19 a 59 años

C.C.O.		NOMBRES		CICLO MENSTRUAL		CICLO MENSTRUAL		CICLO MENSTRUAL		CICLO MENSTRUAL		CICLO MENSTRUAL	
				19-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54			



7.3 Mujeres entre 40 y 59 años

C.C.O.		NOMBRES		VACUNACIÓN		VACUNACIÓN		VACUNACIÓN		VACUNACIÓN	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO		



[illegible]

ANEXO 4. Sistema de Información de Base Comunitaria para Atención Primaria en Salud – Lista de Indicadores Plan de Acción 2008.