

**FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LOS PROGRAMAS DE PROTECCIÓN
ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO-ESE- HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA.**

**JOSÉ FERNANDO PÉREZ DIAZ
MARLON OLAYA SANTAMARIA**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA - DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIDAD EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2013**

**FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LOS PROGRAMAS DE PROTECCIÓN
ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO-ESE- HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA**

**JOSE FERNANDO PEREZ DIAZ
MARLON OLAYA SANTAMARIA**

**Monografía para optar el título de Especialista en Administración de
Servicios de Salud**



**DIRECTORA:
MYRIAM RUIZ RODRÍGUEZ, MSC, PHD**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA - DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIDAD EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2013**

DEDICATORIA.

Dedico este gran logro de mi vida académica a Dios por darme la oportunidad de
alcanzar esta meta infinitas gracias.

A mi madre Celina Díaz Parra por darme todo el apoyo incondicional en los
momentos más difíciles infinitas gracias.

A Gina Marcela González por el apoyo personal que me brindo.

José Fernando Pérez Díaz.

A mi madrecita SILVIA ROSA, quien como maestra me cultivo el amor por los
libros, por la ciencia.

Marlon Olaya Santamaría.

AGRADECIMIENTOS.

A nuestra profesora y directora de la monografía la Dra. Myriam Ruiz por ser nuestra guía y compartir con nosotros sus conocimientos tan importantes como ser humano y profesional.

A la Dra. Mary Lupe Angulo por el apoyo constante y el ejemplo que siempre nos inculco como profesionales en continua formación.

A todos los profesores de la especialización de Administración de Servicios de Salud que nos aportaron conocimientos y valores para que todos alcanzáramos una formación profesional y personal de calidad.

A la Gerente de la E.S.E Hospital San Rafael de Oiba Beatriz Rodríguez Barrera por haber permitido realizar este trabajo de grado en su institución.

TABLA DE CONTENIDO.

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.1 Descripción del problema	16
1.2. Justificación	17
1.3 OBJETIVO GENERAL	19
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
2. MARCO TEORICO	21
2.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD	21
2.1.1 Hitos sobre la promoción de la salud (cuadro 1).	22
2.2. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.	30
2.3. LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS)	41
2.3.1 Valores de la Atención primaria en Salud.	45
2.3.2 Elementos estructurales de la APS.	48
2.4. MARCO NORMATIVO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	55
2.5 MARCO CONTEXTUAL DE LA MONOGRAFIA	60
2.5.1 Misión.	63
2.5.2 Visión.	63
2.5.3 Principios institucionales.	63
2.5.4 Valores institucionales.	64
3. METODOLOGIA.	65
4. RESULTADOS	67
4.1 DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA Y SEGUIMIENTO QUE MANEJA LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA.	67
4.2 DESCRIBIR CÓMO FUE EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA EN DE LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA EN EL AÑO 2012.	67

4.3. PERCEPCIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA POR PARTE DE LOS USUARIOS	81
5. CONCLUSIONES	94
6. RECOMENDACIONES	96
BIBLIOGRAFIA.	98
ANEXO.	102

LISTA DE CUADROS.

	Pág.
Cuadro 1. Conferencias Internacionales Sobre Promoción de la Salud.	26
Cuadro 2. Niveles de la prevención de la enfermedad Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención Cuarta Unidad Modular Prevención de la enfermedad Universidad de Costa Rica Vicerrectoría de Acción Social Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública 2004 pagina 10.	37
Cuadro 3. Organización Panamericana de la Salud Renovación de la atención primaria de salud en las Américas	44
Cuadro 4. Normatividad del Ministerio de Protección Social.	55
Cuadro 5. Recurso Humano ESE Hospital San Rafael de Oiba encargado de los programas de P y P	62
Cuadro 6. Programa Ampliado De Inmunización PAI.	69
Cuadro 7. Programa de Salud Oral.	70
Cuadro 8. Atención del Parto y Recién Nacido.	72
Cuadro 9. Programa de Planificación Familiar.	73
Cuadro 10. Programa de Crecimiento y Desarrollo.	74
Cuadro 11. Programa de Alteraciones del Joven.	75
Cuadro 12. Programa de Control Prenatal.	76
Cuadro 13. Programa de Alteraciones del Adulto.	77
Cuadro 14. Programa de Cáncer de Cuello Uterino.	78
Cuadro 15. Programa de Agudeza Visual.	78
Cuadro 16. Evaluación del Componente de Acceso.	83
Cuadro 17. Evaluación del Componente De Contacto.	84
Cuadro 18. Evaluación del Componente de Integralidad.	84
Cuadro 19. Componente de Consejería y Educación.	86
Cuadro 20. Evaluación del Componente de Orientación a la Comunidad.	87
Cuadro 21. Evaluación del Componente de Enfoque Familiar.	88
Cuadro 23. Funcionarios que Asistieron al Taller.	89

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Valores, principios y elementos esenciales en un Sistema de Salud basado en la APS Organización Panamericana de la Salud Renovación de la atención primaria de salud en las Américas	46

RESUMEN

TITULO: FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LOS PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO-ESE- HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA*

AUTORES: JOSE FERNANDO PEREZ.
MARLON OLAYA SATAMARIA**

PALABRAS CLAVES: Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención primaria en salud

DESCRIPCION

En Colombia las reformas del sistema de salud han orientado los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Las empresas aseguradoras contratan con las prestadoras de servicios de salud para cumplir las metas que de acuerdo a la normatividad se estipulan para cada ente territorial. Para esto, las instituciones prestadoras de servicios de salud implementan estrategias que disminuyan los obstáculos que impiden el cumplimiento de las metas. Este trabajo trata sobre este aspecto.

Objetivo. Analizar los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del hospital San Rafael de Oiba en términos de sus debilidades y fortalezas con el fin de sugerir estrategias de mejora que permitan el logro de las metas de promoción y prevención.

Metodología. Se hizo un análisis documental de los principales elementos teóricos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de las metas de cumplimiento de de los programas de promoción y prevención del hospital. Seguidamente se analizaron datos obtenidos de una encuesta a usuarios sobre los principios y atributos de la APS en la prestación de servicios, los cuales fueron obtenidos de una investigación realizada por la UIS. Finalmente se obtuvo información de los trabajadores del hospital para identificar las fortalezas y debilidades de dichos programas.

Resultados y conclusiones. Se encontraron porcentajes de cumplimientos heterogéneos por programas. Se identificaron debilidades relacionadas con la estructura del sistema de salud colombiano que son difíciles de cambiar desde las políticas del Hospital y otras relacionadas con aspectos operativos de los mismos programas. Se identificó desde los usuarios que los programas de promoción y prevención, aunque tienen una excelente percepción en cuanto a la calidad, tiene poco énfasis comunitario y el enfoque familiar es débil

* Trabajo de grado.

** Facultad de Salud, Escuela de Medicina, Departamento de Salud Pública, Especialización en Administración de Servicios de Salud, Directora Dra. RUIZ Myriam.

ABSTRACT

TITLE: STRENGTHS AND WEAKNESSES OF SPECIFIC PROTECTION PROGRAMS AND EARLY DETECTION OF -ESE-HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA *

AUTHORS: JOSE FERNANDO PEREZ.
MARLON OLAYA SATAMARIA**

KEY WORDS: Health promotion, disease prevention, primary health care.

DESCRIPTION

In Colombia, the health system reforms have oriented health services to health promotion and disease prevention. Insurance companies hires health care providers to meet the goals that according to the regulations are set for each local authority. In order to get this, the health care providers implement strategies to reduce obstacles to the fulfillment of the goals. This text is about this aspect.

Objective: Analyze programs about health promotion and disease prevention from the hospital of San Rafael in Oiba in terms of their strengths and weaknesses, in order to suggest strategies for improvement, to enable the achievement of the goals of promotion and prevention.

Methodology: A documental analysis was made about the main theoretical elements of health promotion and disease prevention and compliance goals of promotion and prevention programs of the hospital. After these. The data from a user survey on the principles and attributes of the APS were analyzed. This data was obtained from an investigation by the UIS. Finally, hospital workers provided information, in order to identify the strengths and weaknesses of these programs.

Results and conclusions: Heterogeneous rates of compliance were found in this programs. Weaknesses were identified related to the structure of the Colombian health system that are difficult to change from the hospital policies itself, and others related to operational aspects of the same programs. From users, it was identified that the promotion and prevention programs, although they have an excellent perception regarding the quality, have low community emphasis and the family approach is weak

*Trabajo de grado.

**Facultad de Salud, Escuela de Medicina, Departamento de Salud Pública, Especialización en Administración de Servicios de Salud, Directora Dra. RUIZ Myriam.

INTRODUCCIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS de Colombia ha venido reorientando la política de prestación de servicios, desde un enfoque curativo hacia un enfoque preventivo. Conceptos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención primaria en salud definidos internacionalmente han sido incorporados en la nueva normatividad del SGSSS, especialmente en la Ley 1438 de 2011. La mayoría de instituciones prestadoras de servicios de salud, en especial las de naturaleza pública (E.S.E) han venido realizando esfuerzos para prestar estos servicios mediante la contratación con las empresas aseguradoras de salud-EPS.

En Colombia las E.S.E en los pequeños municipios han venido ejecutando las acciones de Promoción y Prevención (P y P) a nivel individual y colectivo mediante contratos, ya sea con los aseguradores o con las direcciones locales a través del Plan Obligatorio de Salud-POS o del Plan de Intervenciones Colectivas-PIC. El propósito de estas acciones es disminuir los factores de riesgo y aumentar los comportamientos saludables. Este propósito no se podría llevar a cabo si las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud no hacen una buena gestión de los recursos y hacen monitoreo de sus acciones tanto en la comunidad, como al interior de las mismas instituciones. Hacer análisis de cómo se están prestando los servicios es un elemento central de la administración de los servicios de salud. El objetivo de esta monografía está orientado hacia este aspecto y está dirigido a analizar los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del hospital San Rafael de Oiba en términos de sus debilidades y fortalezas con el fin de sugerir estrategias de mejora que permitan el logro de las metas de promoción y prevención.

El presente trabajo está dividido en varios apartados. El primero presenta el planteamiento del problema, seguido de una revisión teórica y normativa del objeto de estudio. El tercer apartado presenta la metodología y finalmente se muestran los resultados y conclusiones del trabajo.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La resolución 412 del 25 de febrero del 2000 mediante la cual el Ministerio de Protección Social estableció las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida, de obligatorio cumplimiento para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana a las Instituciones Prestadoras de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud(SGSSS) deja muy claro la obligación que la Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben cumplir con los programas demanda inducida, detección temprana y protección específica cuyo objetivo es mejorará la calidad de vida de su población a cargo.

La E.S.E Hospital San Rafael de Oiba como actor del SGSSS al ser una Institución Prestadora de Servicio debe realizar las acciones conducentes a reducir el riesgo de enfermar y morir por causas evitables, alcanzar mejoría en los niveles de salud y garantizar la salud colectiva, buscando impactar positivamente las metas de salud pública del país.

La salud de la población es el resultado de los factores y servicios de salud integrales que ofrece acciones preventivas con el fin de disminuir la morbilidad, existe evidencia científica que demuestra que todas las acciones encaminada a prevenir las enfermedades afectan positivamente los sistemas de salud disminuyendo la presencia de enfermedades en la población objeto y alivia la carga económica que le representa al sistema estas el tratar dichas enfermedades, El hospital entiende esta necesidad y tiene una responsabilidad social en el correcto cumplimiento de la promoción de la salud.

El municipio de Oiba Santander es un municipio que cuenta con una población DANE de 9694 habitantes de los cuales la gran mayoría pertenecen al sistema de salud de régimen subsidiado, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) encargadas de esta población son Cafesalud EPS y Comparta EPS contratan respectivamente los servicios con la E.S.E. y uno de ellos es el cumplimiento de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. A pesar de que la ESE hace múltiples esfuerzos para lograr las metas asignadas en la ESE Hospital de Oiba no se ha realizado un estudio que permita identificar las fortalezas y debilidades de estos programas. La presente monografía identifica las fortalezas y debilidades de los programas de protección específica y detección temprana que maneja la E.S.E Hospital San Rafael de Oiba para dar información al equipo directivo y contribuir a la búsqueda de estrategias que potencialicen las fortalezas y disminuyan las debilidades.

1.2. Justificación

El crecimiento de la población mundial y el aumento en la esperanza de vida han prendido las alarmas en los diferentes sistemas de salud a nivel mundial y por supuesto el nuestro no es la excepción, por este motivo los sistemas de salud como el Colombiano crean programas de salud pública dirigidos a las poblaciones más vulnerables para mejorar la calidad de vida y así poder enfrentar los retos que le implican al sistema de salud esta problemática de la población.

La principal meta de los gobiernos y la Organización Mundial de la Salud (OMS) es que todos los ciudadanos del mundo alcancen un grado de salud satisfactorio que a su vez les permitirá llevar una vida social y económicamente productiva; Por eso es muy importante que los individuos se apropien de la responsabilidad de cuidar su salud con ayuda del Estado, esto conlleva a que la salud sea promovida

a través de un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, descanso y recreación.

En la conferencia internacional llevada a cabo en 1986 en Canadá en la ciudad de Ottawa, se estableció que la promoción de la salud debía ser una estrategia de acción para todos los países del mundo, Según la carta de Ottawa, la Promoción de la Salud consiste en: 'Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma ((Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención Básica ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa?) Esto se lograría con plena satisfacción si se trabajaba en 5 componentes importantes que son: Elaboración de una política pública seria, reconocerle a la comunidad una fuerza de acción, la creación de ambientes favorables para la comunidad, reorganizar los sistemas de salud basados en la curación tradicional de la enfermedad y muy importante que los ciudadanos desarrollen actitudes personales de responsabilidad.

En 1991 la responsabilidad de promover la salud a nivel de América latina fue tomada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con ayuda de los gobiernos de cada país, destacando que debían existir factores condicionantes como: paz, educación, vivienda, alimentación, ingresos económicos adecuados, ecosistemas estables, justicia social y la equidad, para que se cumpliera y se mejorara a cabalidad las condiciones de salud en esta región del mundo.

En 1992 se firmó la Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Santafé de Bogotá donde se evidenciaba la necesidad de empezar a trabajar para mejorar las condiciones de inequidad que existen en el campo de la salud de nuestro país. También se creó una política pública para solucionar este problema mediante la reforma a la Constitución Política donde claramente se consagra el artículo 48 la salud como derecho colectivo y el artículo 49 donde se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección

y recuperación de la salud, estos elementos con mayor detalle fueron incluidos en la ley 100 “Ley de Seguridad Social Integral en Salud”.

En Colombia las Empresas Sociales del Estado – ESE en los pequeños municipios han venido ejecutando las acciones de Promoción y Prevención (P y P) a nivel individual y colectivo mediante contratos, ya sea con los aseguradores o con las direcciones locales a través del Plan Obligatorio de Salud-POS o del Plan de Intervenciones Colectivas-PIC. El propósito de estas acciones es disminuir los factores de riesgo y aumentar los comportamientos saludables. Este propósito no se podría llevar a cabo si las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud no hacen una buena gestión de los recursos y hacen monitoreo de sus acciones tanto en la comunidad, como al interior de las mismas instituciones. Hacer análisis de cómo se están prestando los servicios es un elemento central de la administración de los servicios de salud. El objetivo de esta monografía está orientado hacia este aspecto.

1.3 OBJETIVO GENERAL

Analizar los programas de protección específica y detección temprana del hospital San Rafael de Oiba en términos de sus debilidades y fortalezas con el fin de sugerir estrategias que me permitan mejorar la prestación del servicio.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los programas de protección específica y detección temprana de la E.S.E Hospital san Rafael de Oiba.

- Describir cómo fue el cumplimiento de metas de actividades de los programas de protección específica y detección temprana en de la E.S.E Hospital San Rafael de Oiba en el año 2012.
- Identificar a partir de diferentes fuentes cuales son las debilidades y fortalezas con las que cuenta los programas de protección específica y detección temprana.

2. MARCO TEORICO

2.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Desde tiempos remotos, los seres humanos buscan recuperar, mantener y proteger el bienestar y la salud; por consiguiente, los medios y mecanismos gubernamentales, estructuran constantemente con el pasar del tiempo los sistemas de salud que buscan optimizar los recursos humanos, para mejorar los estilos de vida del individuo y de la comunidad.

La Promoción de la Salud, parte de un concepto básico conocido como Salud, el cual define la Organización Mundial de la Salud OMS, como una condición completa de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia; de éste modo, la salud no sólo se considera como un estado de bienestar físico, sino como un medio para lograr un determinado fin, haciendo que la vida del individuo sea más productiva en el ámbito social, económico e individual (1)

La Carta de Ottawa para la promoción de la salud en 1986, argumenta que la salud no es el objetivo, sino una fuente de riqueza de la vida cotidiana, siendo éste un concepto positivo, que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas; por consiguiente, se refleja que la promoción de la salud busca alcanzar la equidad sanitaria y que sus acciones están encaminadas a reducir desigualdades en el estado actual de salud, permitiendo que todos los individuos desarrollen al máximo su condición de salud (2).

Antiguamente, la atención en salud estaba encaminada principalmente a la curación de la enfermedad, a la prevención de factores de riesgo y hacia algunos

aspectos esenciales para proteger y maximizar la salud, pero hoy en día, la atención en salud ha optado por abarcar todas las esferas del ser humano, ofreciendo un mayor grado de bienestar para mejorar los estilos y calidad de vida del individuo.

Desde un enfoque etimológico, se reconoce la promoción como la acción de promover y por ende, promover es impulsar, subir de nivel, destacar, facilitar el acceso o simplemente, hacer más asequible algo que se necesita. En pocas palabras, la promoción es el método por el cual se oferta soluciones, según las necesidades individuales y colectivas.

Cuando se habla de promoción, se posesiona en el territorio de acciones coordinadas con una dirección y una finalidad, siendo esta, una serie de actos articulados, orgánicos y orientados a una finalidad específica; esto vale para la promoción que se lleva a cabo en cualquier situación, ya sea su utilización en el área mercantil, hasta su utilización laboral y aún, en la promoción de la salud.

Durante los últimos años, la inclusión de las ciencias sociales en materia de salud, ha generado un impacto significativo en cuanto a los cuestionamientos en salud, lo cual fortaleció el enfoque de la promoción de la Salud que Henry Sigerist desde 1945 venía promulgando. Con una nueva y mejorada perspectiva actual sobre la promoción de la salud, se busca privilegiar el fomento y protección de la misma, sin olvidar la necesidad de intervenir, prevenir y rehabilitar a los usuarios en general (1)

2.1.1 Hitos sobre la promoción de la salud (cuadro 1). Desde que en 1978 en la declaración de Alma Ata se afirmó “Salud para todos en el año 2000”, se busca que la promoción de la salud mejore y promueva la salud como un derecho básico universal en el mundo, sabiendo que es una de las mejores inversiones que puede

hacer un país para lograr un desarrollo económico y social tanto verdadero como duradero.

Posteriormente, en 1986, se celebra en Ottawa, Canadá, la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud llamada “Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública”, con la publicación de la Carta de Ottawa, orientada también al objetivo “Salud para todos en el año 2000”, allí se evalúa cual ha sido el avance desde la declaración de Alma Ata y se enfatiza el concepto de salud pública partiendo de la promoción basados en el autocuidado y el trabajo intersectorial.

Se indica que la salud no es solo responsabilidad del sector salud se llegó a la conclusión que es muy importante involucrar otros sectores de la sociedad, para esto es necesario la creación de una política pública en salud, la creación de ambientes saludables, el trabajo adecuado con la comunidad, desarrollo del talento humano que se desempeña en el sector para que se comprometan a favor de la promoción de la salud (3).

Luego en Australia en 1988 se celebra la Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, donde se utilizó el slogan “Políticas públicas favorables a la salud”. En esta reunión se declaró la importancia de la construcción de políticas públicas saludables, señalando que éstas deben ser abordadas por todos los sectores para actuar sobre los determinantes de la salud para reducir las inequidades sociales y el acceso equitativo a bienes, servicios y a la atención en salud. (4).

Para lograr esto es necesario trabajar en cuatro áreas claves para una acción inmediata en salud pública: 1. Apoyar la salud de la mujer; 2. Mejorar la seguridad alimentaria de la población 3. Reducir del consumo del tabaco y del alcohol, 4. La creación de ambientes saludables para la salud.

En 1991, se celebra en Sundsvall, Suecia, la Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud titulada: “Podemos hacerlo”, esta conferencia se centró específicamente en promover el concepto de vida saludable y la creación de ambientes favorables para la salud a favor de la sociedad especialmente la sociedad más vulnerable (5).

En 1992, se realiza la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en Santa Fe de Bogotá y se adopta la Declaración de Promoción de la Salud en América Latina, se aclaró lo importante de renovar el compromiso con la solidaridad y la equidad en lo concerniente a la salud. Rechazo total de la violencia y se apeló a la voluntad política para modificar las condiciones sociales esto con el objetivo principal que la marginalidad, la desigualdad, el abuso y el daño ambiental sean inadmisibles en nuestra sociedad.

En Francia, en 1994, se realiza el Seminario Internacional sobre Políticas, Estrategias y Estructuras Nacionales de Promoción de la Salud. Los acuerdos más importantes fueron la movilización de recursos, apoyo a la Promoción de la Salud y la creación de condiciones para políticas, estructuras y roles que la favorezcan, incorporando el tema político – estructural (6).

En 1997 se realiza en Yakarta, Indonesia, la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: “Nueva era, nuevos actores; busca adaptar la promoción de la salud al siglo XXI”. Siendo la primera conferencia en donde hay participación activa del sector privado, se propone reconsiderar los factores determinantes de la salud y señalar los obstáculos y las estrategias necesarias para resolver las dificultades de promoción de la salud en el siglo XXI. Reitera el compromiso internacional que existe con las estrategias de la Carta de Ottawa y hace énfasis en la importancia que haya una participación social activa en las actividades de promoción de la salud en cada país de esta reunión surge la Declaración de Yakarta (7).

En 1998 aparece la Resolución sobre Promoción de la Salud adoptada durante la LI Asamblea Mundial de la Salud que insta a todos sus miembros a: 1) promover la responsabilidad social para la salud; 2) incrementar la inversión para el desarrollo de la salud; 3) incrementar la capacidad comunitaria y empoderar al individuo en materia de salud; 4) fortalecer las consideraciones de los requerimientos en salud y promoción en todas las políticas, y 5) adoptar un enfoque basado en evidencia para las políticas de promoción de la salud y sus prácticas.

Hace un llamado a las instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales e intergubernamentales, privadas, donantes y comunidad internacional a que apoyen la implementación de las estrategias y establezcan una red global en apoyo a la promoción de salud, e insta al desarrollo de espacios saludables y a la implementación de estrategias de promoción durante todo el ciclo vital, priorizando a los grupos vulnerables (8).

En México, en el año 2000, se realiza la Quinta Conferencia Internacional de Promoción de Salud: “Promoción de la Salud hacia una mayor equidad”. El objetivo fue enfatizar el aporte de la promoción de la salud en las políticas, los programas y proyectos de salud, promoviendo los Planes Nacionales de Promoción de la Salud; Se instó en la movilización de recursos financieros y operacionales para elaborar, aplicar, vigilar y evaluar los planes de acción nacionales y establecer o fortalecer redes nacionales e internacionales que promuevan la salud (9).

En Bangkok, Tailandia 2005, se realizó la Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, titulada «Los determinantes de la salud en relación con las políticas y las alianzas para la acción sanitaria» orientada a reducir las desigualdades en materia de salud en un mundo globalizado mediante el fomento de la salud; Aquí se introduce con mucha fuerza el tema de los determinantes de

la salud, los conceptos de equidad y condiciones socio-económicos, género, situación laboral, vivienda, relacionados con la salud (10).

Cuadro 1. Conferencias Internacionales Sobre Promoción de la Salud.

FECHA.	CONFERENCIA.	APORTES.
1978.	Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; Alma-Ata, Rusia.	Nace el concepto de APS orientada hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver los problemas de la salud pública.
1986.	Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá.	Promoción de la salud debe proporcionar al pueblo los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mejor control sobre ésta. La salud es una fuente de riqueza no un objetivo. La promoción de la salud no solo es exclusiva del sector salud.
1988.	Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud; Adelaida, Australia.	Formulación y ejecución de políticas públicas realmente favorable para la salud. Lo que se busca es crear entornos sociales y físicos para que las personas lleven una vida sana. Se requiere un enfoque social y económico. Se definen 4 áreas claves de estas políticas 1. Apoyo a la salud de la mujer. 2. Alimentación y Nutrición. 3. Tabaco y alcohol. 4. Creación de entornos propicios.
1991.	Tercera conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Sundsvall. Suecia.	Todos los pueblos del mundo tomen medidas para hacer los entornos más propicios para la salud, los ambientes de las personas que viven en extrema pobreza atentan cada día más a su salud. Velar porque el medio ambiente -físico, social, económico y político- favorezca la salud, en vez de perjudicarla.
1992.	Santa Fé, Bogotá Conferencia Internacional de Promoción de la Salud.	Declaración de Promoción de la Salud de en América Latina.

FECHA.	CONFERENCIA.	APORTES.
1994.	Paris, Francia: Seminario Internacional sobre las Políticas, Estrategias y Estructuras Nacionales de Promoción de la Salud.	Incorporación de lo político en la promoción de la salud.
1997.	Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud; Yakarta, República de Indonesia.	Primera vez que el sector privado participa en el concepto de Promoción de la salud, Visión y nuevo punto de enfoque para el siglo XXI. Utilizar todos los recursos posibles para abordar los factores determinantes de la salud en el nuevo siglo.
2000.	Quinta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud; México DF.	Situar la promoción de la salud como prioridad en las políticas y programas de salud Internacionales, Nacionales, Regionales y Locales.
2005	Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud; Bangkok, Tailandia.	Crea Políticas y alianzas destinadas a empoderar las comunidades para que tengan más control en los determinantes en salud y así cerrar la brecha que existe entre ricos y pobres.
2009.	Séptima Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud; Nairobi, Kenya.	Capacitación en promoción de la salud de la salud, fortalecimiento de los sistemas de salud, alianzas y acción intersectorial, empoderamiento comunitario, alfabetismo en salud y conductas en salud.
2013.	Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Helsinki,	Los gobiernos deben incorporar la salud y la equidad en salud en sus agendas y realizar avances estructuras, recursos y capacidad institucional de apoyo a la estrategia.

Fuente: elaboración propia a partir de las fuentes citadas.

Los Hospitales promotores de la salud, no solo buscan ofrecer servicios asistenciales para la curación de la enfermedad y rehabilitación, sino que también pretenden fomentar una cultura y estructura organizativas dentro de la promoción de la salud, partiendo de la participación activa tanto de los funcionarios en salud, como de los usuarios, para fortalecer el vínculo promoción-salud-comunidad. Las

instituciones que promueven la salud, desean convertirse en organizaciones saludables y así adoptar medidas y acciones encaminadas al mantenimiento de la salud, mediante la oferta (11).

Las instituciones poseen estructuras esenciales para la promoción de la salud, como el modelo de Atención Primaria en Salud (APS) que se encuentra dentro de los niveles de complejidad y de atención. La estrategia APS, la cual se define en la Conferencia de Alma Ata en 1978, denota un avance para superar modelos biomédicos centrados en la enfermedad que tienen un alto costo, por modelos basados en la promoción de salud a costos que sean alcanzables para la población.

Las instituciones también emplean los niveles de atención como un método para organizar los recursos en tres niveles de atención; por ende, se reconocen como niveles de complejidad, el número de labores diferenciadas o procedimiento complejos que llegan a comprender la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por la misma; es por ello que, la APS no es atención de segunda clase destinada a la población vulnerada, sino a todas las personas según sus necesidades.

La APS, utiliza elementos fundamentales para la promoción de la salud, como la nutrición adecuada, agua potable, saneamiento básico y el suministro de alimentos y nutrición adecuada para los ciudadanos, la asistencia materno-infantil, las inmunizaciones, la planificación familiar, entre otras.

La estrategia de la promoción de la salud dentro de la APS, intenta diseñar entornos y ambientes saludables, para facilitar la participación de todas las personas y así construir ciudadanía, para establecer estilos de vida saludables. Por tanto, la promoción de la salud pretende involucrar a la comunidad con respecto a la inclusión de políticas en salud.

A diferencia de la prevención, la cual tiene un enfoque básico en la cura de las enfermedades, teniendo en cuenta los factores de riesgo tanto del individuo, como de la comunidad, la promoción de la salud se centra en los determinantes en salud y en determinantes sociales que influyen en los mismos(12) En Santander, apoyada por la Asamblea Departamental, en Abril del 2012, se da a conocer la Ordenanza N° 013 y dentro de la misma, se logra adoptar el Plan de Desarrollo, conocido como: "SANTANDER EN SERIO, EL GOBIERNO DE LA GENTE 2012-2015", (13) el cual busca favorecer el derecho de alcanzar el mayor nivel de bienestar y de salud posible, mediante métodos y tecnologías científicamente simples, pero fundamentadas y avaladas socialmente, para permitir la accesibilidad de la información al individuo, a la familia y a la comunidad.

Para poder lograr implementar estrategias en miras de lograr alcanzar los objetivos del milenio, a continuación se refleja algunas de las metas a alcanzar en Santander, las cuales son:

- Mantener en 0.09%, la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 1 año.
- Disminuir en 0,08 la tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 1 año.
- Mantener en 7,61 el porcentaje de bajo peso al nacer en niños a términos.
- Mantener igual o menor de 0,02 la mortalidad por EDA en menores de 5 años.
- Disminuir en 0,03 la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años.
- Reducir en un punto el porcentaje de desnutrición global en niños menores de 5 años.

En conclusión, la promoción de la salud se logra reconocer como acción primordialmente protectora, que busca promover estilos de vida saludables tanto para el individuo, como para la comunidad y que se pueden emplear dentro de la vida cotidiana, para alcanzar un alto estado en salud. Además, la promoción de la

salud actúa sobre los determinantes en salud logrando conseguir el bienestar y desarrollo humano tanto de la persona con un buen estado de salud, como de la persona que padece una enfermedad determinada.

El aporte financiero sustancioso por parte del estado Colombiano para la promoción de la salud, sigue siendo de gran ayuda en materia de salud; estas financiaciones específicas para la promoción de la salud, por medio de la Ley 60 de 1993, se logran evidenciar con aportes de rentas cedidas y con medio punto del régimen contributivo en un 10% del situado fiscal.

Aún queda un camino largo y extenuante para lograr alcanzar un mejoramiento de la calidad de vida, en donde si en primera instancia se llegan a realizar inversiones elevadas, se debe tener en cuenta que las ganancias se verán reflejadas en un futuro, gracias al compromiso de sectores estatales, del individuo y de la población en general.

2.2. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

Todos los países independientemente de su nivel de recursos pueden lograr mejoras en la prevención de la enfermedad porque se conocen las principales causas de las enfermedades. Durante los últimos años han existido reformas muy importantes en el sistema de salud de nuestro país y uno de los cambios más representativos es el traslado la prioridad de la atención en salud a las medidas de prevención de la enfermedad, en los hospitales de salud de primer nivel todas estas medidas encaminadas a disminuir la carga de morbilidad deben ocupar un lugar preponderante con el fin de mejorar los niveles de salud de la población en general.

La prevención de la enfermedad es una estrategia de la APS; su objetivo principal es buscar una atención integral de las personas, considerado al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial y buscando interrelacionar de la mejor manera diferentes factores de la atención de la enfermedad como son la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del sistema Nacional de Salud (14). El concepto de prevención de la enfermedad es claro y se define como “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (15). Ello implica promover la salud y sobre todo hábitos de vida saludables, diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, también rehabilitarlo y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, mediante sus diferentes niveles de intervención, la aplicación de este concepto muy seguramente lograra mejorar el estado de salud de la población a corto, mediano y largo plazo.

Entendiendo esto, es responsabilidad que los servicios de salud realizar acciones concretas y continuas para fortalecer la prevención de la enfermedad considerando que los individuos están expuestos a factores de riesgo claramente identificables que son ciertas variables asociadas con la probabilidad del desarrollo de una enfermedad pero que no son suficientes para provocarla , la modificación de estas conductas de riesgo constituye una de las metas principales de la correcta prevención de la enfermedad.

Es de vital importancia aclarar que existen factores de riesgo no modificables que son aquellos relacionados con la individualidad de las personas como sexo, edad, herencia, y también factores de riesgo modificables son aquellos susceptibles al cambio por medio de intervenciones primarias claras y bien definidas que si se realizan como debe ser se minimizaran o eliminaran la aparición de una

enfermedad en el futuro, es de vital importancia la identificación de los factores de riesgo modificables para cumplir este objetivo.

Las enfermedades igual que los seres humanos tiene un proceso dinámico, los dos están influenciados por múltiples factores, el desarrollo de la enfermedad es el resultado de la interacción entre su agente causal, sus factores de riesgos con el huésped; la clave está en intervenir o modificar estos factores manipulables en sus diferentes etapas, entre más temprano se manipule y se realicen medidas de intervención mejor será el resultado al momento de prevenir la enfermedad.

Para identificar y analizar la prevención de la enfermedad es importante entender que la enfermedad, de acuerdo a Leavell & Clark, consiste en un proceso de fenómenos que se inicia en un individuo al exponerse a una serie de factores de riesgo que pueden desencadenar la aparición de la enfermedad subclínica y clínica. El conocimiento de este proceso de cada una de las enfermedades es fundamental para plantear cuáles estrategias se deben implementar para disminuir el riesgo de sufrirla o para diagnosticar y tratar tempranamente. Según Leavell & Clark la enfermedad está enmarcada por la presencia de tres periodos los cuales son, pre patógeno, patógeno y resultado; Por esto la prevención de la enfermedad se da por la relación que existe entre sus tres niveles de atención, el nivel primario, secundario y el terciario(16).

Estrategias para prevención primaria

Estas estrategias sin duda alguna van dirigidas principalmente a la población en general y su efectividad será más exitosa si es la misma comunidad la que participa en la sensibilización de la modificación de determinadas conductas de riesgo no saludables, estas estrategias deben estar dirigidas a prohibir o disminuir la disposición que tiene el individuo a los factores nocivos para su salud (17). El objetivo de la prevención primaria es disminuir la incidencia de las enfermedades,

ejemplo: enseñar a usar el condón para prevenir el contagio del HIV y otras infecciones de transmisión sexual, programas educativos que enseñen como se transmite y como se previenen las enfermedades como el dengue.

Las acciones de prevención primaria pueden dividirse en dos: las de mejoramiento de calidad de vida, que tiene que ver con todas aquellas políticas que mejoran calidad de vida (vivienda digna, cobertura de servicios públicos etc.) , las acciones de protección, aquellas que si los individuos las adoptan los van a proteger de problemas de salud (cinturón de seguridad al conducir, vacunas, consumo de sal yodada, uso de condón , etc) y las medidas que tienen que ver con la identificación, control y monitoreo de factores de riesgo que pueden afectar la salud colectiva e individual. Como puede verse, las acciones de prevención primaria involucran a muchas instituciones y sectores distintos al de salud y supone una alta coordinación entre ellos.

Estrategias de prevención secundaria

Estas actividades se orientan a la detección precoz de enfermedades sin que haya aparición de los síntomas buscar en una persona aparentemente sana enfermedades, el objetivo de esta prevención es detectar a la población en riesgo de padecer cierta enfermedad, también cumple un papel muy importante sensibilizando y sobre todo educando a la población que es un rol primordial. Esto se logra a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos, lo ideal es detectar a tiempo la enfermedad empezar el tratamiento para evitar o retrasar las secuelas. Ejemplo es el tratamiento de la hipertensión arterial en sus estadios iniciales realizando un control periódico y seguimiento del paciente, para monitorear la evolución y detectar a tiempo posibles secuelas (18).

Es importante recalcar que en la prevención secundaria de la enfermedad la captación oportuna, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno son

primordiales y muy importantes para el control de la enfermedad, por eso es indispensable que el sistema de salud tome conciencia de la relevancia que existe en captar oportunamente los casos y realizarles un control periódico, esto muy seguramente retardara o evitara la aparición de las secuelas. Lo que busca sin duda alguna es que se apliquen las medidas preventivas en la fase pre clínica, cuando el daño que está sufriendo el ser humano no es tan avanzado.

La prevención secundaria implica que los sistemas de salud implementen políticas y/o pruebas de tamizaje poblacional para aquellas enfermedades que pueden ser captadas con medios diagnósticos que en su evaluación muestran buena sensibilidad y especificidad con el fin de hacer más costo efectivo las intervenciones de salud

Estrategias de prevención terciaria

Estas estrategias son mucho más complejas porque esta orientadas al tratamiento de la enfermedad, detectar las secuelas y cumplir con rehabilitación física, psicológica y social según sea necesario del progreso natural de la enfermedad, por esto estas actividades deben ser realizadas por las instituciones de II y III nivel de atención según sea necesario.

Es fundamental necesario que exista un control y seguimiento estricto del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente.

Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. Por ejemplo en lo relativo a rehabilitación ejemplificamos: la realización de fisioterapia luego de retirar un yeso por fractura (19).

Es fundamental tener en mente que la prevención terciaria también juega un papel importante, sabiendo que una vez diagnosticada una enfermedad el control y el seguimiento que se le deben hacer a la persona son muy estrictos, principalmente para verificar la efectividad del tratamiento y si es necesario realizar medidas de rehabilitación oportunas según sea el caso, todo esto con el fin de minimizar la alteración cotidiana de la vida que causa la enfermedad, facilitando al enfermo a sepa vivir con su enfermedad sin que se afecte su calidad de vida.

En la prevención terciaria, los sistemas de salud deben incorporar, no solamente, el uso de tecnología para mejorar la calidad de vida de aquellas personas que tienen un problema crónico, sino incluir en los planes de atención, aquellas acciones propias del apoyo psicosocial y las del tratamiento paliativo a los enfermos para dar garantizar un trato integral y digno.

El hecho de que no se tenga claridad en el concepto de prevención de la enfermedad por parte de los profesionales de la salud genera notables dificultades en planteamiento, el alcance de las metas, en la determinación de estrategias, claridad frente a la población de interés y la distribución misma de los recursos por esto en la práctica están privilegiadas las acciones de prevención sobre las de promoción, esto conlleva a que se trabaje específicamente sobre los determinantes de la salud lo que conlleva a que se hagan grandes inversiones, haya trabajo intersectorial, compromiso concretos por parte del estado en cuanto a la creación de políticas.

La participación comunitaria en cuanto a la prevención está muy limitada en cuanto a la ejecución de sus acciones porque generalmente esta impuesta desde niveles superiores, por esto todos los programas técnicos que contengan actividades de prevención debe tener una participación activa, por esto el único responsable de plantear dichas acciones para su ejecución le corresponde

únicamente al sector salud con un apoyo intersectorial y debe existir un apoyo entre el personal de salud y las misma comunidad.

La prevención de la enfermedad es un trabajo que se debe realizar en equipo donde se integren todos los actores del sistema de salud de Colombia ya sea E.P.S, IPS, ES.E, Talento humano del sistema definiendo muy bien los roles que cada uno cumple es esta labor asignando responsabilidades. La prevención de la enfermedad fue descrita por primera vez en 1945 por Henry Sigerist medico suizo, como una de las 4 principales funciones que debería ejercer la medicina, además de la reparación, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad que padece el ser humano.

Es muy importante tener en cuenta que si se va a hablar de la prevención se tiene que hablar y entender la historia natural de cualquier enfermedad según el esquema de Leavell y E. G. Clark donde se explica la aplicación de las medias técnicas en salud que tiene como finalidad impedir la aparición de la enfermedad y minimizar sus secuelas. Bajo este enfoque se plantearon los niveles de prevención de la enfermedad.

En el siguiente cuadro 2 niveles de la prevención de la enfermedad se puede observar cómo se articulan la historia natural de la enfermedad, los niveles de prevención y sus principales estrategias. En cualquier sistema de salud se debe tener presente estos niveles para ofrecer una atención integral.

Cuadro 2. Niveles de la prevención de la enfermedad Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención Cuarta Unidad Modular Prevención de la enfermedad Universidad de Costa Rica Vicerrectoría de Acción Social Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública 2004pagina 10.

NIVELES DE ATENCION.			
	NIVEL PRIMARIO.	NIVEL SECUNDARIO.	NIVEL TERCIARIO.
CONCEPTO.	Son todas las medidas que van orientadas a evitar la aparición de la enfermedad o algún problema de salud, mediante el adecuado control de los agentes causales y los factores de riesgo.	Medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud, ya presente en un individuo en cualquier punto de su aparición.	Medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud.
OBJETIVO.	Disminuir la incidencia de las Enfermedades	Reducir la prevalencia de la enfermedad	Mejorar la calidad de vida de las personas enfermas.
ETAPA DE LA ENFERMEDAD QUE ATACA.	Pre patogénico	Patogénico.	Cronicidad. Discapacidad
ACTIVIDAD.	<ul style="list-style-type: none"> a. Promoción de la salud (dirigida a las personas. b. Protección de la salud (Realizadas sobre el medio ambiente. c. incluir acá los de identificación , monitoreo y control de factores de riesgo 	El núcleo fundamental de actividades lo forman los programas de cribado o detección.	<ul style="list-style-type: none"> a. Tratamiento para prevención de secuelas. b. Rehabilitación física, ocupacional, psicológica.

La prevención de las enfermedades especialmente de las enfermedades crónicas es una inversión vital que cada país debe hacer, el impacto de este tipo de enfermedades es cada vez más grande es los países de ingresos medios y bajos como el nuestro, para lograr esto es imprescindible que los líderes de cada país y la comunidad internacional adopten un nuevo enfoque de salud.

Del total de 58 millones de defunciones previstas para 2005 por todas las causas, se estima que 35 millones corresponderán a enfermedades crónicas, lo que supone el doble del número de defunciones correspondiente al conjunto de todas las enfermedades infecciosas (incluidos el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria), las enfermedades maternas y perinatales y las carencias nutricionales (20).

Sólo un 20% de las muertes por enfermedades crónicas se producen en los países de altos ingresos, mientras que el 80% se registran en los países de ingresos bajos y medios, donde vive la mayor parte de la población mundial. Las enfermedades crónicas graves tienen por causa factores de riesgo comunes y modificables. Dichos factores de riesgo explican la gran mayoría de las muertes por ese tipo de enfermedades a todas las edades, en hombres y mujeres y en todo el mundo. Entre ellos destacan:

- Una alimentación poco sana.
- La inactividad física.
- El consumo de tabaco.

Cada año, como mínimo:

- 4,9 millones de personas mueren por causa del tabaco.
- 2,6 millones de personas mueren como consecuencia de su sobrepeso u obesidad.
- 4,4 millones de personas mueren como resultado de unos niveles de colesterol total elevados.

- 7,1 millones de personas mueren como resultado de una tensión arterial elevada.
- De las 64 millones de personas que fallecerán en 2015, 41 millones lo harán de enfermedades crónicas, a menos que se tomen medidas urgentes.

Es algo muy importante recalcar que dentro de las metas a cumplir a nivel mundial en los objetivos del milenio (ODM) en ningún lado habla de la erradicación o mejor la disminución de la morbilidad que padecen las personas con enfermedades crónicas, pero si se analiza mejor el objetivo 1 habla de la erradicación de la pobreza extrema y el hambre que le generan a las personas estas enfermedades, por eso es muy importante que los países incluyan a estas enfermedades y mejor a sus factores de riesgo dentro de las políticas de salud pública para mejorar el bienestar biopsicosocial de las persona.

Muchas personas creen que los sistemas de salud de los países de ingresos bajos y medios como el nuestro debe controlar más las enfermedades infecciosas que las crónicas, esto permite que exista un conflicto entre los retos viejos y los retos nuevos que maneja la salud pública, muchos de estos países ya experimentan un cambio en el aumento de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas y las defunciones por esta causa.

Las enfermedades crónicas generan un círculo de pobreza porque las personas con escaso recursos tienen mayor probabilidad de desarrollar esta enfermedad que una persona con mejor estabilidad económica, además el manejo de estas enfermedades conlleva a que se haga un significativo gasto financiero por la persona que la padece esto lleva a que el individuo y su familia se hunda más en la pobreza.

La sociedad cree que las enfermedades crónicas afectan principalmente a las personas mayores y a los hombres esto es algo falso, los adultos de edad madura

son los que principalmente se enferman de este tipo de patologías, las personas tienden a desarrollar las enfermedades a más temprana edad, padecerla durante toda su vida y fallecer por las complicaciones que les generan. Y este tipo de enfermedad afecta de forma similar tanto a hombres como mujeres el género si tiene ningún factor determinante.

El Estado es el único responsable que este tipo de enfermedades vengan e aumento, se cree que las personas desarrollan estas enfermedades por el resultado de modos de vida poco saludables, pues es falso, la responsabilidad individual se puede ejercer cuando los individuos gozan de acceso equitativo y una vida sana, las intervenciones de los sistemas de salud son de vital importancia pues son ellos los que deben velar por la población y especialmente por los más vulnerable como son los niños que crecen en ambientes poco saludables, los pobres que tiene poca alternativa al momento de elegir su estilo de vida.

Rol de la atención primaria en salud

Las actividades preventivas se integran a la labor diaria de los sistemas de salud de primer nivel, todo esto con el fin de mejorar el estado de salud de su población objeto, por supuesto para lograr una adecuada integración de las actividades preventiva es importante tener un grado elevado de motivación, preparación técnica y mucha colaboración intersectorial e los diferentes equipos de salud porque de lo contrario la efectividad de las acciones que se realicen van a disminuir, la clave está en lograr crear estrategias de actuación que incidan en los grupos asignados al equipo de salud, ya sea porque se les enseñó la importancia de acudir oportunamente a la consulta o son visitados en sus hogares mejorando la forma como ven la institución de salud.

Los encargados de la APS juegan un papel muy importante porque son el primer contacto que tiene el ser humano con el sistema de salud, debe conocer la

problemática que maneja la comunidad en la que están trabajando esto genera una credibilidad muy necesaria, sus actividades diarias se deben enfocar en establecer y ejecutar actividades de prevención primaria sin olvidar que también deben ayudar al equipo de salud a controlar las actividades de prevención secundarias y terciarias.

2.3. LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD (APS)

En septiembre de 1978 se desarrolló la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria en Salud (APS) en Alma Ata, donde se consideraba una acción urgente reunir a todos los gobiernos del mundo, todo el personal de salud y comunidad en general interesada; para proteger y promover la salud de todos los pueblos, de esta conferencia nace la declaración Primaria en Salud (21). En esta conferencia los países participantes reiteran que la salud es el completo bienestar físico, mental y social del que todo ser humano tiene el derecho a gozar y que todo gobierno tiene la obligación de hacer cumplir.

La APS es la asistencia sanitaria esencial que se le debe garantizar a cualquier persona basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (21). En este sentido, la APS debe ser el primer contacto no solo un sistema de salud del país con el individuo, sino también con su familia y la comunidad. Para lograr esto no se debe esperar que la persona o la familia vengán a las instituciones de salud, sino buscarlos para satisfacer todas las necesidades que tengan en su hogar.

La APS se reconoce como uno de los componentes fundamentales de un sistema de salud efectivo (22) que ayuda a reducir las inequidades en salud; La organización mundial de la salud adoptó la APS como una estrategia que buscaba alcanzar un objetivo universal en los países del mundo “Salud para todos”. Debemos recordar que la salud es un fenómeno con implicaciones sociales, económicas y políticas por eso factores como la desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia social son las causas más importantes de los problemas que tienen los sistemas de salud en los países del mundo, entendiendo esto se debe tener claro que este modelo debe articularse en un contexto socio-económico y político para que logre una efectividad y así no se distorsione el deber ser del modelo de atención de salud.

El concepto de APS, desde sus inicios tiene una visión holística de la salud que va más allá del modelo tradicional curativo reconociendo que muchas de las causas que afectan la salud de las personas y en particular de las menos favorecidas van más allá del sector salud y por lo tanto deben abordarse desde un enfoque mucho más social de ese modo se cumplirá con los principios y valores que maneja el modelo APS.

En los distintos países la APS se ha aplicado desde distintos enfoques, unos más selectivos que otros. En este sentido, se puede corroborar que abundan los conceptos y discrepancias con relación a la APS. En Europa y otros países industrializados se habla de APS como el primer nivel de atención de los servicios de salud para toda su población; en países en vía de desarrollo, la APS ha sido selectiva enfocada a acciones concretas y pequeñas poblaciones bien definidas por la alta prevalencia de morbilidad; en solo unos pocos países se ha aplicado el modelo con una total integralidad nacional. Se puede concluir de esta diversidad de conceptos se dio porque, desde su nacimiento en la declaración de Alma Ata el concepto de APS se fue ampliando y globalizando. Cada país integró este concepto a sus necesidades particulares.

No obstante las distintas formas de aplicación de este modelo han podido identificar diversos enfoques alrededor de cual se organiza la APS en un país. Estos van desde la concepción de la APS como un conjunto de actividades, hasta uno que concibe la APS no como un servicio ni nivel, sino la forma cómo un sistema de salud soluciona sus problemas. El resumen de estos enfoques pueden observarse en el cuadro 3.

Cuadro 3. Organización Panamericana de la Salud Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, © 2007.pagina 17.

ENFOQUE	DEFINICION O CONCEPTO DE LA APS	ENFASIS
APS selectiva	Se centra en un número limitado de servicios de gran repercusión para afrontar los desafíos de salud más prevalentes Los principales servicios, conocidos como GOBIB (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización), a veces incluían los suplementos alimentarios, la alfabetización de la mujer y la planificación familiar (GOBI-FFF).	Conjunto específico de actividades dirigidas a los pobres.
Atención Primaria	Se refiere a la puerta de entrada del sistema de salud y al lugar donde se atiende a la mayor parte de la población. Éste es el concepto de APS más común en Europa y en otros países industrializados, este enfoque se relaciona directamente con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o medicina de familia. . <i>Institute of Medicine. Defining Primary Care: An Interim Report .Washington, DC: National Academy Press, 1994.</i>	Nivel de atención de un sistema de servicios de salud.
Atención Primaria de Salud integra de Alma Ata	La Declaración de Alma Ata define APS como la “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud, como del desarrollo socioeconómico de un país. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas. <i>WorldHealth Organización. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Geneva: WHO, 1978.</i>	Estrategia de organización de los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud.
Enfoque de Salud y Derechos Humanos	Concibe la salud como un derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud. Difiere de la Declaración de Alma Ata en que pone énfasis en sus implicaciones sociales y políticas. Señala que el enfoque social y político de la APS ha dejado atrás los aspectos específicos de las enfermedades y que las políticas de desarrollo debieran ser más “globales, dinámicas, transparentes y debieran estar apoyadas por compromisos legislativos y económicos” para conseguir mejoras equitativas en materia de salud. <i>Peoples' Health Movement. The Medicalization of Health Care and the challenge of Health for all. People'sHealthAssembly; 2000 December 2000; Dhaka, Bangladesh.</i>	Filosofía que impregna el sector social y de salud.

Los sistemas de salud basados en la APS son la mejor estrategia para promover mejoras equitativas y sostenibles en los países en vía de desarrollo, donde se propone como principal objetivo que la población alcance el mayor nivel de salud posible maximizando la equidad y la solidaridad que debe tener todo sistema de salud. Un sistema de tal naturaleza debe estar fundamentado por los principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.

Se debe descartar la idea inicial que la APS es un servicio de salud ya que debe estar creada por las diferentes necesidades locales de salud que se presentan en cada región, la APS va más allá que la prestación de un servicio de salud, su éxito depende del mismo sistema de salud y de procesos sociales. Por eso cada país debe desarrollar su propio sistema de APS basado en sus condiciones sociales, políticas, económicas, tecnológicas; pero teniendo como común denominador sus valores y principios.

Por esto es muy importante tener claro y entender cuáles son los principios y valores de la APS, y entendiendo esto se podrá iniciar con verdadero compromiso la implementación de este sistema en cada país. **Figura 1.**

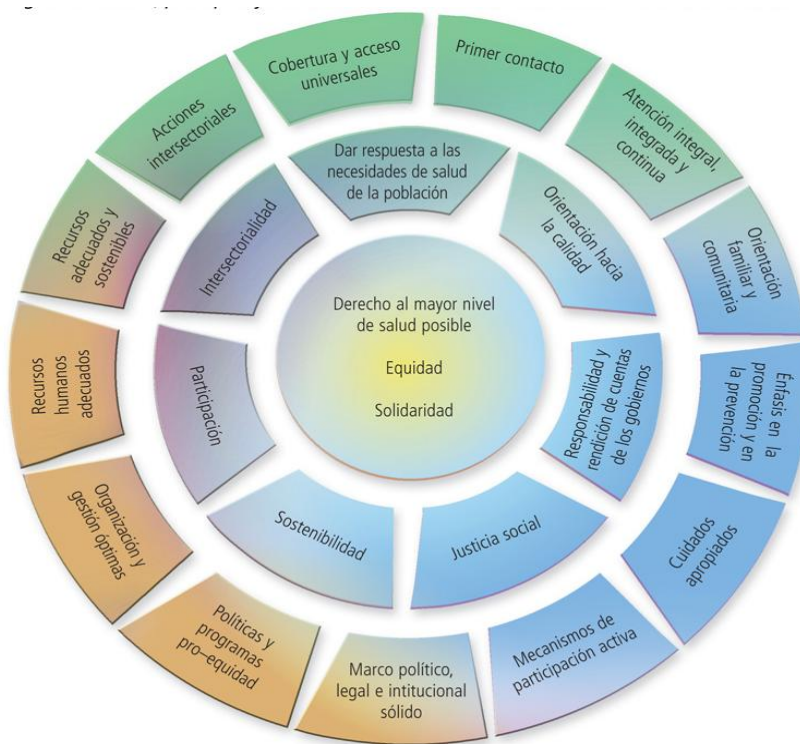
2.3.1 Valores de la Atención primaria en Salud.

- **Derecho a un mayor nivel de salud posible** sin discriminación de ningún tipo esto se expresa en muchas constituciones nacionales, donde se le otorgan derechos legalmente definidos a los ciudadanos y el estado se hace responsable de velar que se cumpla como el derecho a la salud.
- **La equidad** que haya ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, el acceso a la atención y a los ambientes saludables tratar a todas las personas

por igual sin categorizar a los seres humanos. Este es uno de los valores centrales de la APS que busca una salud justa con efectividad y calidad.

- **Solidaridad** es el grado en el que los miembros de la sociedad están comprometidos buscando trabajar en equipo donde lo único que importe es el bien común, debe existir solidaridad social para que se expresen y solucionen los problemas comunes en salud, los sistemas de salud basados en la APS deben trabajar conjuntamente con otros sectores y actores para mejorar la salud.

Figura 1: Valores, principios y elementos esenciales en un Sistema de Salud basado en la APS Organización Panamericana de la Salud Renovación de la atención primaria de salud en las Américas



Fuente: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).Washington, D.C: OPS, © 2007.Pag 22.

Los principios sirven para conectar los valores sociales y los elementos estructurales con las funciones de la APS con el único fin de lograr una implementación correcta de este modelo, entre los principales principios tenemos.

- **Dar respuesta a las necesidades de salud de la población:** implica que los sistemas de salud se centren en las personas y que busquen satisfacer sus necesidades en salud de la forma más efectivamente posible, pero la clave del éxito de este principio es que se definan las necesidades de forma subjetiva no por expertos sino por los individuos que las viven a diario, basándose en la evidencia.
- **Los servicios orientados hacia la calidad:** son servicios que satisfacen las necesidades de la población de forma correcta pero además anticipan las posibles necesidades que se pueden presentar más adelante y sobre todo tratan a todas las personas con dignidad y respeto al tiempo que aseguran una intervención que busca evitar cualquier daño (23).
- **La responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos:** El gobierno debe garantizar y aplicar los derechos sociales; buscando la protección de los ciudadanos, para esto es necesario que exista una política reguladora y procedimientos legales que aseguren la no vulneración de estos derechos que los ciudadanos puedan exigir cuando se sientan afectados. Todo esto con el fin de un seguimiento oportuno y una mejora continua de los sistemas de salud basados en la transparencia.
- **La justicia social:** los gobiernos deben lograr que todas sus acciones aseguren el bienestar de todos sus ciudadanos y en especial los más vulnerables (24); esto se logra garantizando que todas las personas se traten con respeto y dignidad, mejorando la cobertura de los pobres por los sistemas de salud, asignando más recursos por su condición social, educando a la población y desarrollando acciones concretas que permitan disminuir la brecha de la desigualdad social en salud.

- **La sostenibilidad:** para lograrla la sostenibilidad del sistema de salud se debe partir por una correcta planificación estratégica estableciendo compromisos a corto y largo plazo, un sistema de salud basado en la APS es la mejor forma de invertir en la población.
- **La intersectorialidad:** esto implica que el sector salud debe trabajar mancomunadamente con otros sectores y actores, con el fin de maximizar su contribución a la salud, por esto el sector salud siempre debe estar presente cuando los gobiernos tomen decisiones sobre políticas de desarrollo, esto se logra creando vínculos con el sector público y privado.

2.3.2 Elementos estructurales de la APS. Los sistemas de salud basados en la APS están conformados por elementos estructurales y funcionales que se interrelacionan y están presente en todos sus niveles, todo esto buscando una mejora continua del sistema de salud entre los elementos principales con que cuenta la APS tenemos:

- **La cobertura y el acceso universal:** aseguran que un sistema de salud sea equitativo, implica que el sistema cuente con mecanismos de financiación y organización donde se asegure el cubrimiento de toda la población, una de su principales acciones debe ser eliminar la capacidad de pago como barrera de acceso al sistema, también se deben identificar mas barreras y eliminarlas ya sean de tipo geográfico, económico, sociocultural. Para lograr esto los sistemas de salud deben racionalizar todas las acciones en los niveles de atención.
- **El primer contacto:** la primera atención que se le hace al usuario debe ser la puerta de entrada en el sistema de salud, con esto se busca generar una buena impresión del sistema y fidelizarlo no solo al usuario sino también a su familia y a su comunidad que el entienda que en el sistema siempre va a encontrar la solución a su problema.

- **Atención integral, integrada y continua:** esto implica que la cartera de servicio con los que cuenta el sistema sea suficiente para garantizar la atención de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación y rehabilitación del paciente. La atención integrada exige la coordinación entre todas las partes del sistema para garantizar la atención de las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo, en los diferentes niveles y lugares de atención sin interrupción.
- **El énfasis en la promoción y la prevención:** estas acciones facultan a que los individuos ejerzan un mayor control sobre su propia salud y su costo beneficio se ha demostrado. Este énfasis permite ir más allá de la clínica abarcando la educación comunitaria, esto requiere una implementación de políticas públicas y criterios normativos para llevar a cabo estrategias de promoción y prevención en la comunidad que me permitan fortalecer el sistema de salud.
- **Cuidados apropiados:** el sistema de salud se debe centrar en la persona como un todo y no en la enfermedad, modificando las respuestas que el sistema le ofrece de acuerdo a las necesidades locales que se presentan, garantizando que no sufrirá daños o perjuicios de ningún tipo, obteniendo los mayores resultados con el mínimo recurso sin que se afecte la calidad del servicio.
- **Mecanismo de participación:** esto garantiza que el sistema se maneje con transparencia en todos los niveles, permitiendo que la misma comunidad ejerza como ente de control convirtiéndolos en socios activos e influyentes del sistema.
- **Marco político, legal e institucional solido:** el gobierno debe respaldar la implementación de este modelo de atención en salud mediante toda su legislación, respaldando las acciones, los actores, los procedimientos mediante sistemas legales validos y con fundamento, todo esto por medio de políticas públicas de salud e inversiones estratégicas en el sistema, todas estas acciones deben ser transparentes y libres de corrupción.

- **Políticas y programas pro-equidad:** con el fin de corregir y eliminar la brecha de las desigualdades sociales con las que cuentan los sistemas de salud, Y velar porque todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto. El estado debe hacer gran inversión en las áreas donde existe esta diferencia social tan marcada.
- **Organización y gestión óptima:** busca una mejora constante mediante la innovación continua por medio de una buena planificación estratégica y la evaluación del desempeño, los actores del sistema deben obtener información constante y utilizarla oportunamente para una adecuada toma de decisiones todo esto con el fin de responder adecuadamente a eventuales crisis que puede presentar el sistema de salud.
- **Recurso humano adecuado:** todos los actores del sistema, deben poseer los conocimientos y habilidades adecuadas, contar con las actitudes y aptitudes que el sistema necesita esto permite que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto. Para esto es necesario una buena inversión en el recurso humano que es el activo más importante con el que cuenta cualquier sistema de salud.
- **Recursos adecuados y sostenibles:** estos recursos serían acorde con las necesidades de salud de cada comunidad, incluyendo los recursos de tipo estructurales así como los recursos necesarios para la puesta en marcha y operación del sistema, los recursos variarían dependiendo de la estabilidad económica de cada país pero lo que sí deben garantizar estos recursos es el acceso y la cobertura universal de toda la población. Para lograr la sostenibilidad los líderes políticos se deben comprometer con el respaldo al sistema invirtiendo hoy para satisfacer las necesidades de mañana.
- **Acciones intersectoriales:** hay que crear sinergia entre el sector salud y otros sectores, trabajar con todos los programas de desarrollo con los que cuenta el gobierno, esto no es fácil y depende del compromiso y el desarrollo que tenga cada país.

La APS combina de forma segura, eficaz y socialmente la promoción y la prevención, los cuidados y la asistencia en interacción entre la población y las instituciones: Dar prioridad a las personas, es decir, APS centrada en las personas para que los beneficiarios y los actores del sistema tengan una relación basada en la confianza y creen un vínculo mucho más personal. Por eso es muy importante saber qué clase de pacientes tiene el sistema ha saber contra que enfermedades se va a enfrentar el sistema conociendo esto se puede adaptar los servicios de salud dependiendo de la peculiaridad de la población.

Si las personas se sienten escuchadas y respetadas el sistema gana un valor agregado, la experiencia que toman los usuarios del sistema de salud está basada principalmente por el trato que recibe de los profesionales encargados de atenderlos, prefiriendo a alguien que le genere confianza que lo atiendan en un entorno de respeto y confiabilidad. Con esto muy seguramente la atención en salud ganara eficacia, eficacia y serán más equitativos.

Hay que entender a la gente de manera holística: sus problemas físicos, emocionales y sociales, su pasado y su futuro, y las realidades del mundo en que viven. Sin una perspectiva global de la persona, atenta al contexto familiar y comunitario (25). Por esto el trabajador de salud debe entender a la persona, su sufrimiento, su caso, no limitarse solo a la dolencia, esto le permite al paciente sentirse en un terreno amigable permitiendo la integración de la promoción y la prevención de la salud.

La responsabilidad no puede estar recostada en los equipos de atención primaria, deben contar con un apoyo de servicios e instituciones más especializados que están fuera de la población atendida, ejemplo los hospitales de referencia, la mejor forma de explicar esto es por medio de una pirámide donde en la base están los hospitales o servicios de salud de bajo nivel de complejidad y encima los de más

alta complejidad, de esta forma la atención primaria se basa en la cooperación y la coordinación.

El equipo de asistencia primaria se convierte en el puente entre la comunidad y los demás niveles del sistema, orientando a las personas en el laberinto en que se convierten los servicios de salud en muchos países, esto hace que el trabajo que ejercen los equipos de atención primaria se vuelva más gratificante y atractivo.

Los estudios internacionales avalan a los sistemas de salud que se basados en la APS y concluyen sin duda alguna que lo único que dejan para la población es beneficios incalculables, mostrando una mejora en la eficiencia, el costo y la satisfacción que esto representa, esto genera un ahorro a los sistemas de salud que tiene tan poco margen de rentabilidad y así se demuestra la sostenibilidad y viabilidad esto permite invertir en la población más vulnerable.

Pero se ha aprendido mucho en los países donde se ha implementado un modelo de salud basado en APS. Se puede argumentar que las barreras existentes tales como la orientación del sistema de salud curativo mas no preventivo que es muy común en países como Colombia, la falta de compromiso político, falta de compromiso de los mismos trabajadores de la salud, escasa cooperación intersectorial, clima económico tan variable en las mismas regiones, la inversión en el talento humano que es uno de las fallas más notorias en la aplicación del sistema son las barreras más notorias en las que se debe trabajar para que se implemente con éxito este modelo de salud que trae tanto beneficios para las sociedad y el país.

Los estudios realizados en diferentes países también muestran cuales serán los principales desafíos que tendrán que enfrentar los países cuando tomen conciencia de que es necesario implementar este modelo de atención en salud:

- Los profesionales de salud tienen escasa motivación y remuneración en comparación con otros profesionales.
- Los trabajadores de salud cualificados son insuficientes para prestar cobertura universal.
- El trabajo en equipo está escasamente desarrollado o se estimula insuficientemente.
- Los profesionales cualificados prefieren trabajar en hospitales y ciudades.
- Falta de apoyo y supervisión adecuados.
- La formación universitaria y de postgrado del personal de salud no se ajusta a los requisitos de la práctica de la APS.
- Migración internacional de los trabajadores de salud (fuga de profesionales).

En el caso de Colombia, la Ley 1438 de 2011 ha promulgado que se dé un enfoque de APS en los distintos sistemas locales de salud. Esto implica un compromiso que deben tener varios sectores del país desde el mismo gobierno, las instituciones de salud, las entidades públicas y privadas, el personal que trabaja en el sector de la salud, la misma sociedad comprendiendo el éxito de la intersectorialidad. Es importante la definición de los decretos reglamentarios de dicha Ley que den un sólido marco legal nacional, además de un recurso humano, económico y tecnológico calificado y sostenibles; para lograr la mayor calidad, eficiencia y efectividad en materia de salud, se debe sin duda trabajar con los sectores públicos, privados para lograr este objetivo

No sólo es necesario definir de manera explícita aspectos normativos sobre APS para Colombia, sino que se debe revisar cómo el actual sistema facilita o no la implementación de APS en el país. Precisamente un estudio sobre la implementación de la experiencia de APS en Santander, Colombia, en donde participó el municipio de Oiba arrojó resultados importantes. Entre ellos vale la pena resaltar existe una diferencia entre el modelo diseñado por el departamento y lo que realmente se lleva a la práctica.

Todas las acciones realizadas por los profesionales encargados de la APS iban encaminadas al cumplimiento de las metas de promoción y prevención, a nivel municipal se identificaron falencias como, las acciones se centran en las auxiliares de enfermería, falta de articulación entre los prestadores del servicio y las aseguradoras de la población, necesidad de mayor recurso financiero y un talento humano con mucha más formación en APS y estabilidad laboral mejorando su tipo de contratación (26).

Estas dificultades están dadas por el mismo sistema de salud con el que cuenta el país empezando por los múltiples actores con los que se cuenta, el mismo sistema está orientado más en el cumplimiento de metas que en solucionar los problemas de salud que presenta la comunidad como se refleja en las compañías de PIC que realizan las instituciones de salud.

En los últimos años los sistemas de salud han tenido importantes avances en cuanto a la solución de la problemática que presenta su población, todo esto porque se han creado programas y políticas que mejoran el acceso al sistema. En el modelo de APS es muy importante como ya se dijo anteriormente entender a la persona y a la enfermedad, se debe tener completa claridad en cómo enfrentar las enfermedades es decir la prevención, pero también es igualmente importante el cómo evitarlas y para esto se habla de la promoción de la salud.

2.4. MARCO NORMATIVO DE LA PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD

Cuadro 4. Normatividad del Ministerio de Protección Social.

NORMA	OBJETO DE LA NORMA	DEFINICION DE ELEMENTOS DE PROMOCION Y PREVENCIO.
Ley 100 de 1993.	Todos los afiliados al SGSSS recibirán un plan integral de protección en salud, con atención preventiva.	<p>Planes de beneficios.</p> <p>Crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001.</p> <p>Este Plan permitirá la protección integral a las enfermedades generales, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.</p> <p>Plan Atención Básica. Este plan estará constituido por intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y fomento de la salud.</p>
Ley 1891 de 1994	Precisa los conceptos de gasto de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, así como las reglas básicas de administración de los recursos del fondo de fomento de la salud y prevención de la enfermedad de que trata la Ley 60 de 1993.	<p>Artículo 2: Promoción de la salud, integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas y síquicas de los individuos y las colectividades.</p> <p>La promoción de la salud, de acuerdo con su objeto, tiene acciones de fomento de la salud y la prevención de la enfermedad.</p> <p>Artículo 3: Entiéndase por prevención de la enfermedad el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables.</p>
Resolución 5165 de 1994	Se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y	Artículo 1. El proceso de planeación se orientará a mejorar la salud de la población, mediante la ejecución de las acciones necesarias de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, para intervenir los factores condicionantes de la salud en la

NORMA	OBJETO DE LA NORMA	DEFINICION DE ELEMENTOS DE PROMOCION Y PREVENCIO.
	de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos.	respectiva jurisdicción.
Resolución 4288 de 1996	Por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones.	<p>Artículo 1: El objeto de esta reglamentación es definir y caracterizar el Plan de Atención Básica - PAB -, fijar sus componentes y las competencias territoriales para su aplicación.</p> <p>ARTICULO 3o. EI PAB es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad.</p> <p>ARTICULO 5o. PAB está compuesto por actividades, intervenciones y procedimientos de:</p> <p>a) Promoción de la salud. Busca la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, síquicas y sociales para los individuos y las colectividades.</p> <p>b) Prevención de la enfermedad: Se realizan para evitar que el daño en la salud o la enfermedad aparezcan, se prolonguen, ocasionen daños mayores o generen secuelas evitables.</p>
Resolución 3997 1996.	Determinar el conjunto de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de obligatorio cumplimiento por parte de las EPS, las Entidades Adaptadas, las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) e Instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y establecer los lineamientos para su evaluación y seguimiento.	<p>Capítulo II: establecen cuales son las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p> <p>1. Programas de prevención de las alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños menores de 12 años</p> <p>2. Programas de prevención de las alteraciones sensoriales mediante acciones de manejo de salud visual y auditiva en menores de 12 años.</p> <p>3. programa de prevención de infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedades diarreicas agudas (EDA) en niños menores de 5 años.</p> <p>4. programa de prevención de enfermedades inmunoprevenibles</p> <p>Definidas en el programa ampliado de inmunizaciones (PAI).</p> <p>5. Programa de prevención de alteraciones del crecimiento del aparato estomatológico, de caries y enfermedad periodontal mediante la</p>

NORMA	OBJETO DE LA NORMA	DEFINICION DE ELEMENTOS DE PROMOCION Y PREVENCIO.
		<p>utilización de sellantes, fluorización y medidas de higiene oral</p> <p>6. Programa de prevención de las enfermedades relacionada con el embarazo parto y puerperio.</p> <p>7. Programa de prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), infecciones por VIH.</p> <p>8. Programa de prevención de enfermedades cardio-cerebro-vasculares.</p> <p>9. Programa de prevención del cáncer, especialmente el cáncer de cérvix de mama y de estómago.</p> <p>10. Programa de prevención de tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia..</p> <p>11. Programa de prevención de las complicaciones de las enfermedades crónicas y degenerativas.</p>
<p>Resolución 412 del 2000.</p>	<p>Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública:</p>	<p>ARTICULO 5. DEMANDA INDUCIDA. Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.</p> <p>ARTICULO 6. PROTECCIÓN ESPECÍFICA. Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.</p> <p>a. Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).</p> <p>b. Atención Preventiva en Salud Bucal.</p> <p>c. Atención del Parto.</p> <p>d. Atención al Recién Nacido.</p> <p>e. Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres.</p> <p>ARTICULO 7. DETECCION TEMPRANA. Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.</p> <p>a. Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años).</p> <p>b. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años).</p> <p>c. Detección temprana de las alteraciones del</p>

NORMA	OBJETO DE LA NORMA	DEFINICION DE ELEMENTOS DE PROMOCION Y PREVENCIO.
		embarazo. d. Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años). e. Detección temprana del cáncer de cuello uterino. f. Detección temprana del cáncer de seno. g. Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.
Resolución 3384 del 2000.	La medición del cumplimiento de protección específica y detección temprana, a través de las metas por régimen de afiliación y el uso de matrices de programación.	Artículo 12. A las metas de cumplimiento para cada uno de los procedimientos incluidos en las Normas Técnicas de protección específica y detección temprana para el Régimen Contributivo Artículo 13. Las metas de cumplimiento para cada uno de los procedimientos incluidos en las Normas Técnicas de protección específica y detección temprana para el Régimen Subsidiado. ANEXO No.1 SISTEMA DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LAS ASEGURADORAS FRENTE A LAS ACCIONES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA, DETECCIÓN TEMPRANA Y ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. FORMULA MATRIZ DE PROGRAMACION. ANEXO No. 2 INDICADORES DE CUMPLIMIENTO EN LAS INTERVENCIONES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA (IC).
Ley 1122 del 2007.	La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Fortalecimiento en los programas de salud pública.	Artículo 14, párrafo f: Las actividades propias del POS subsidiado incluidas las de promoción y prevención serán ejecutadas a través de las EPS del Régimen Subsidiado, La prestación de los servicios para la atención de Promoción y Prevención se hará a través de la red pública contratada por las EPS del Régimen Subsidiado del respectivo municipio. Parágrafo K: Es responsabilidad de los aseguradores el implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se enmarquen dentro las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública.

NORMA	OBJETO DE LA NORMA	DEFINICION DE ELEMENTOS DE PROMOCION Y PREVENCIO.
Decreto 3039 del 2007.	<p>Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.</p> <p>El Ministerio de la Protección Social, como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población, define las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud:</p>	<p>CAPITULO III línea política 1: La promoción de la salud es un derecho social inalienable, que busca consolidar una cultura de salud, involucrando el individuo, la familiar, la comunidad y la sociedad. Esto ayuda a que los individuos y sus colectividades ejerzan mayor control sobre sus determinantes de salud. Crea las estrategias de la promoción de la salud a cargo de la nación, las entidades territoriales y EPS e IPS.</p> <p>CAPITULO III línea política 2: acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir, Esta línea de política abarca las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad, la prevención primaria, sino también a gestionar el riesgo para detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida, la prevención secundaria. Crea las estrategias de la prevención de los riesgos a cargo de la nación, las entidades territoriales y EPS e IPS.</p>
Resolución 0425 del 2008	<p>Se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.</p>	<p>Artículo 4°. Líneas de política. El Plan de Salud Territorial adoptará, adaptará e implementará las líneas de política de promoción de la salud, prevención de riesgos, recuperación y superación de los daños en la salud, vigilancia en salud y gestión del conocimiento y gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan.</p> <p>Artículo 6°. Ejes programáticos. El Plan de Salud Territorial, estará integrado por los siguientes ejes programáticos: 4. Promoción salud 5. Prevención enfermedad.</p>
LEY 1438 DEL 2011	<p>Por medio de la cual se reforma el SGSSS y se dictan otras disposiciones.</p>	<p>Los pilares de la estrategia de la atención primaria de salud serán las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p> <p>Artículo 12. La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema</p>

NORMA	OBJETO DE LA NORMA	DEFINICION DE ELEMENTOS DE PROMOCION Y PREVENCIO.
		General de Seguridad Social en Salud. Artículo13. Uno de los principio de la APS es el Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
Resolución 4505 del 2012.	Se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana	Artículo 7: es responsabilidad de las Instituciones prestadoras de servicios de salud recolectar y reportar a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, el registro por persona de las actividades de P y P

2.5 MARCO CONTEXTUAL DE LA MONOGRAFIA

Oiba fue fundado el 28 de febrero de 1540. Se localiza a unos 1.420 m de altitud, en una cañada que desciende hacia el valle del río San Bartolomé. Tiene 9595 habitantes, de los cuales 62.4% viven en el área rural. (Oficina SISBEN a la alcaldía de Oiba, 21 de Marzo del 2013).

Limita territorialmente por el Norte con los Municipios de Guapota y Confines; por el Oriente con el Municipio de Charalá; por el Occidente con los Municipios de Guadalupe y Guapotá; y por el sur con el Municipio de Suaita. El municipio tiene una extensión de 27.534,9809, Cuenta con una extensión total: 287 Km², extensión área urbana: 3 Km² extensión área rural: 284 Km², altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar): 1420, temperatura media: 19° C y una distancia de referencia: 158 km. de Bucaramanga.

La carretera Panamericana atraviesa su territorio y conecta su cabecera por el norte con las ciudades santanderinas de Socorro, Floridablanca y Bucaramanga (ésta última la capital departamental), en tanto que por el sur la comunica con Tunja, cabecera del departamento de Boyacá, y Bogotá, la capital de Colombia de la que dista 235 kilómetros.

De acuerdo con las condiciones biofísicas actuales de los suelos del territorio municipal de 27.872,762, solo un 29.88% de las tierras permiten un uso agropecuario, evidenciando que las restantes tierras deben ser destinadas para la producción agroforestal y forestal y un 16.69% hacia la protección y conservación de los recursos naturales.

Desde hace más de 60 años el municipio cuenta con una institución hospitalaria de primer nivel de atención y actualmente es la única entidad pública de salud con la que cuenta actualmente el municipio. Con el anterior sistema nacional de salud, establecido desde la década de los 70 hasta los años 90 en su desarrollo obtuvo posicionamiento en la región comunera. El hospital se encuentra ubicado en el municipio de Oiba Santander, en cumplimiento de su misión institucional busca garantizar a la población Oibana una vida saludable, un servicio eficiente y oportuno, una atención profesional en las intervenciones de protección específica, detección temprana, procesos asistenciales y atención de enfermedades de interés en salud pública de primer nivel de complejidad.

La Empresa Social del Estado Hospital San Rafael, es una Institución prestadora de servicios de salud, con jurisdicción en el departamento de Santander. Cuenta con una planta de personal de 12 empleados Nomina y 22 por contrato, comprometidos en brindar un servicio óptimo y de calidad, con criterio empresarial fundamentados en la ética, liderazgo y servicio, para garantizar el bienestar de la comunidad y la rentabilidad financiera.

El Hospital de Oiba nace como una casa de albergue y atención para ancianos al cuidado de las hermanas de la caridad. Siendo Alcalde de Oiba el señor Rafael A. Galvis hizo todas las gestiones necesarias para traer a la Madre Amada, quien fue la fundadora del hospital "Integrado San Rafael", y gracias a la labor adelantada por el párroco Marco Fidel Reyes se inician actividades para iniciar la construcción de una planta física para el hospital .El 8 de diciembre de 1953 fue

inaugurada la planta física gracias a la contribución y colaboración de personalidades Oibanas como Don Cristóbal Ardila, Julio Reyes y Pablo Gómez Osorio, entre muchos otros.

Por Resolución Número 3449 del 31 de Octubre de 1959 del Ministerio de Justicia le otorga Personería Jurídica, por Acuerdo Número 034 del 10 de Septiembre de 1999 expedido por el Concejo Municipal se dio el primer paso para la transformación en Empresa Social del Estado, por Acto Administrativo Número 028 de Febrero 9 del 2000 se conformó la Junta Directiva y la adopción de sus estatutos y el día 25 de febrero del 2000 mediante acuerdo número 001 se constituye en empresa. A la fecha el Hospital cuenta con los servicios de: Consulta médica, Laboratorio Clínico, Atención de urgencias, Hospitalización de baja complejidad, Odontología, Servicio farmacéutico, Promoción de la salud, Prevención de la enfermedad, Transporte de pacientes.

En el siguiente cuadro 5 se puede observar el recurso humano con que cuenta en hospital, para atender tanto las actividades propias del hospital como aquellas contratadas con las aseguradoras y con la secretaria de salud municipal.

Cuadro 5. Recurso Humano ESE Hospital San Rafael de Oiba encargado de los programas de P y P

CARGO.	CANTIDAD.	TIEMPO AÑOS.	FUNCIONES.	TIPO DE CONTRATO.
Gerente	1.	5.	Contratación con EPS. Formulación estrategias P y P. Recuperación de cartera.	Planta.
Medico (Servicio Social Obligatorio).	3.	1.	Atención de los usuarios para el cumplimiento de los programas P y P.	Planta.
Jefe de Enfermería.	1.	5	Coordinadora de los programas.	Planta.
Auxiliares de enfermería	1	15	Servicio de consulta externa y programas de P y P.	Planta.
Odontólogo.	1.	1	Consulta de Salud Oral. Atención del programa salud oral.	Integrasalud.
Bacteriólogos y	2.	1.	Todo lo correspondiente con	

Laboratorista Clínicos.			laboratorio de primer nivel.	Integrasalud.
Auxiliar de enfermería	1	1	Encargada de vacunación.	Integrasalud
Auxiliar de odontología.	1.	1	Captación de usuarios y ejecución de programa de P y P Salud Oral.	Integrasalud.
Auxiliares APS.	2.	3	Captación extramural de usuarios y promoción de los programas.	Integrasalud.
Coordinador Facturación.	1.	3	Ejecución y coordinación de la facturación de P y P.	Integrasalud.
Facturador.	1.	1	Ejecución de la facturación P y P.	Integrasalud.
Internado odontología.	2.	0.3	Apoyo a la ejecución de los programas de P y P en salud Oral.	Practicantes.
TOTAL	17			

Actualmente la ESE hospital San Rafael cuenta con un plan estratégico que direcciona su gestión. A continuación se enuncian los principales componentes que dan origen a todos los elementos del plan:

2.5.1 Misión. Somos la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Oiba dedicada a la prestación de los servicios de salud de bajo nivel de complejidad enfocada en la aplicación del modelo de atención primaria en salud a la población de Oiba y sus alrededores, apoyados en el personal calificado, infraestructura adecuada y procesos seguros para brindar a nuestros usuarios un excelente servicio.

2.5.2 Visión. Ser en el año 2016 la Empresa Social del Estado líder en la aplicación del modelo de atención primaria en salud, logrando el mejoramiento de la calidad de vida de la población Oibana y la satisfacción de nuestros usuarios.

2.5.3 Principios institucionales. Honestidad: actuamos en forma recta, honrada y veraz desempeñando nuestra labor en formas responsables y conservando los recursos institucionales.

- **Respeto:** garantizamos el respeto por la vida y la salud, la dignidad humana y las características individuales de nuestros clientes internos y externos.

- **Servicio:** Prestamos servicios de salud de bajo nivel de complejidad de manera integral apoyados en la calidad, calidez y centrados en las necesidades de nuestros usuarios.

2.5.4 Valores institucionales.

Responsabilidad: Cumplimos con nuestros objetivos y deberes instituciones respondiendo en forma oportuna y eficaz a las necesidades en salud de la comunidad de Oiba.

Trabajo en equipo: compartimos conocimientos, experiencias y esfuerzos aportando lo mejor de cada uno para conseguir los objetivos de la ESE San Rafael de Oiba.

Amabilidad: Desarrollamos una cultura institucional basada en el buen trato dentro de un ambiente de cordialidad, respeto, solidaridad, y tolerancia.

3. METODOLOGIA.

La metodología que se utilizó para recolectar la información que se muestra en este trabajo se obtuvo en las siguientes fases:

1. La primera fue a través de una revisión y un análisis de material bibliográfica sobre este tema estos permitió obtener una revisión y una unificación teórica de todos los conceptos importantes que se debían entender y conocer claramente en este trabajo como fueron Promoción de la salud, Prevención de la enfermedad, Atención Primaria en Salud y la Normatividad que regula estas políticas públicas de salud nuestro país etc. También permitió revisar el cumplimiento de metas de los programas de promoción y prevención del Hospital para el período del 2012.
2. Una segunda fase consistió en analizar información de los usuarios del Hospital San Rafael de Oiba sobre los principios y atributos de la APS en la prestación de servicios. Esta información analizada proviene de los resultados obtenidos de la investigación *“Aprendiendo de la Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria en Salud en Santander”* que se realizó en 6 municipios entre ellos Oiba. La investigación fue realizada por la Universidad Industrial de Santander, Departamento de Salud Pública y la Secretaria de Salud de Santander con financiación de Colciencias (27). Esta investigación se realizó aplicando encuestas a usuarios y funcionarios de los 6 municipios, combinando métodos investigativos. La metodología en general de este proyecto puede consultarse en Ruiz-Rodríguez M y cols (26).
3. La tercera fase fue recolectar información proveniente de los trabajadores de la ESE- Hospital San Rafael de Oiba. Se realizó una entrevista con la Gerente el

día 13 de junio del 2013 cuyo objetivo principal fue determinar, desde el punto de vista administrativo, cuáles eran las debilidades y las fortalezas de los programas de P y P que se relacionaban con el cumplimiento de metas de dichos programas. También se realizó un taller con los trabajadores el 14 de junio del 2013 para identificar que debilidades y fortalezas que ellos detectaban como desarrolladores de los programas.

4. RESULTADOS

4.1 DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA Y SEGUIMIENTO QUE MANEJA LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA.

La ESE Hospital San Rafael de Oiba como ya se anotó presta servicios de curación, prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Al igual que otras instituciones del país, este hospital ofrece a su población los programas que están normados a través de la Resolución 412 de 2000 y otras disposiciones relacionadas.

En el anexo 1. se pueden observar cuáles son los programas que el hospital ofrece actualmente donde se hace una descripción de cómo es el manejo institucional de cada programa.

4.2 DESCRIBIR CÓMO FUE EL COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES DE CUMPLIMIENTO EN LAS INTERVENCIONES DE PROTECCION ESPECÍFICA Y DETECCION TEMPRANA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA EN EL AÑO 2012.

En el presente apartado se describe cuál fue el comportamiento de los indicadores de cumplimiento en las intervenciones de los programas de protección específica y detección temprana de la E.S.E en el año 2012. Es importante recordar que son actividades realizadas en cada programa, por una parte tenemos las actividades programadas durante todo el año 2012 y por otro lado las actividades ejecutadas por el hospital. Para calcular el porcentaje de cumplimiento en el numerador irían el número de actividades programadas por la EPS y en el denominador el número

de actividades realizadas por el hospital. Estas actividades son contratadas a el hospital por parte de las EPS subsidiadas Comparta y Cafesalud.

Esta información se obtuvo solicitando a las EPS-S Cafesalud y Comparta el consolidado de los indicadores de cumplimiento en las intervenciones de los programas de protección específica y detección en el año 2012

En el cuadro 6 se observa los diferentes porcentajes de cumplimiento del programa ampliado de inmunización PAI donde podemos concluir que existen esquemas de vacunación que sobrepasan el 100 % de cobertura como son: dosis de Hepatitis B en menores de 1 año, Aplicación de BCG, Vacuna contra la Influenza, Dosis de DPT, Dosis de Anti polio esto se da por que el municipio cuenta con más población que la estimada por las EPS para el cumplimiento, por el contrario también se evidencia que existe esquemas con porcentajes de cobertura menores del 65 % como son: Triple viral en niños (1 año y 5 años), vacuna contra la fiebre amarilla en niños (1 año) y Vacuna Toxoide Tetánica (mujeres entre 10-49 años), se llego a una conclusión en general que afecta el programa de PAI que es que el municipio no cuenta con la población para cumplir estas actividades pues las matrices de programación no concuerdan con la población real del municipio además hay población que esta zonificada en el municipio de Oiba pero realmente no viven allí en el municipio, Entre las actividades que realiza la E.S.E tiene el equipo extramural APS en el área rural que ayuda a revisar esquemas de vacunación en niños y hacer demanda inducida, también cuenta con una atención del programa de vacunación de lunes a viernes de horario laboral, existe una auxiliar de enfermería encargada de este programa, es de vital importancia recalcar que en los últimos tres años no se ha presentado ninguna enfermedad inmunoprevenibles lo que genera satisfacción e indica que el programa está cumpliendo su objetivo principal.

Cuadro 6. Programa Ampliado De Inmunización PAI.

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION PAI			
	METAS PROGRAMADAS EN EL AÑO	METAS EJECUTADAS EN EL AÑO	% DE CUMPLIMIENTO
DOSIS ANTI HEPATITIS B EN MENORES DE 1 AÑO.	53	309	583%
DOSIS EJECUTADA DE BCG.	13	74	569%.
DOSIS DE VACUNA CONTRA INFLUENZA	45	229	508%
DOSIS DPT MENORES 5 AÑOS.	165	369	223%
DOSIS DE ANTIPOLIO.	181	390	215%
DOSIS DE VACUNA TRIPLE VIRAL EN NIÑOS	226	146	64%
DOSIS DE VACUNA CONTRA FIEBRE AMARILLA	107	65	61%
DOSIS DE VACUNA TOXOIDE TETANICO DIFTERICO	1234	100	8 %

En el cuadro 7 se observa el porcentaje del cumplimiento de las metas programadas por parte del hospital en el programa de salud oral donde existen actividades por encima del 100 % como lo son: Detartraje supragingival y Sellantes en personas de 3 – 5 años, también existen actividades por debajo del 85% que son control de placa bacteriana y aplicación de flúor tópico, En cuanto al control de placa se realiza de los 2-18 años 2 veces al año y al mayor de 20 años una vez al año, la aplicación de flúor se realiza de los 5-19 años cada 6 meses, no se cuenta con la población durante todo el año para cumplir esta meta podemos concluir que son metas muy elevadas para la población afiliada. Es interesante

que se evidencia en este programa que también hay población afiliada que realmente no vive en el municipio, también se encontró que las EPS envían la base de datos cada mes y cuando se les realiza el procedimiento a los pacientes si están en la base de datos pero ellos revisan según afiliación de Fondo de Solidaridad y garantías y no me aparece en esta EPS no valen la actividad es decir hay doble afiliación y las bases de datos no reflejan la realidad, otro factor que influye es que cuando se le realiza la actividad al paciente si tiene la edad necesaria pero cuando la EPS revisa esta base de datos asegura que no según edad de revisión no edad de realización de actividad, Según resolución 3384 las actividades de control de placa bacteriana y sellantes debe estar en un 50 % y están en 71 %, además aplicación de flúor tópico y detartraje deben estar como mínimo el 80 % y el hospital la tiene en 105% respectivamente. Se reviso los registros individuales de prestación de servicios RIPS de los últimos 3 años y se evidenció que en los años 2011 un total de 1208 pacientes se diagnosticaron con caries, en el 2012 se diagnosticaron 1229 pacientes y en el 2013 van 558 pacientes podemos ver que hay una reducción importante en este año 2013 de esta morbilidad.

Cuadro 7. Programa de Salud Oral.

SALUD ORAL			
	METAS PROGRAMADAS EN EL AÑO	METAS EJECUTADAS EN EL AÑO	% DE CUMPLIMIENTO
DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	1155	1535	133%
SELLANTES EN PERSONAS DE 3 - 5 AÑOS	1476	1783	120%
CONTROL DE PLACA BACTERIANA	9790	8259	84%
APLICACION DE FLUOR TOPICO	4734	3696	78%

En el cuadro 8 se evidencia el porcentaje de cumplimiento de los programas de atención del parto y recién nacido donde se puede ver claramente que es un programa que presenta un porcentaje de cumplimiento muy bajo en promedio 56 %.

Durante los últimos 3 años el hospital ha manejado dentro de su programa de control prenatales un total de 456 madres embarazadas, Durante el año 2012 el hospital en su programa atendió un total de 176 maternas y debía atender 121 partos en esta institución, es claro recalcar que no todos los partos se pueden atender en un primer nivel esto depende de la valoración por ginecólogo y el Hospital Manuela Beltrán por ser una institución de tercer nivel que cuenta con esta especialidad se observa que están captando a las maternas para que tengan el parto en el Socorro, lo que se puede hacer es que a través de estrategias con las maternas y su núcleo familiar que se tienen inscritas en el programa generar seguridad sobre la oportunidad de atender el parto en el hospital siempre y cuando según concepto del ginecólogo se pueda hacer esto quiere decir fidelizar a la materna que su bebe puede nacer en el hospital para que así ella decida tenerlo y no tener que remitirlo al Hospital Manuel Beltrán del Socorro como se hace con la mayoría de partos.

También que tomen conciencia de la importancia de los controles después del parto que todos los niños vengan a sus controles con efectividad. Se ve que en cuanto a la toma de exámenes para el recién nacido hay oportunidad en la toma de estos exámenes, es muy importante recalcar que en promedio de controles prenatales de las 456 maternas que maneja el hospital en los últimos 3 años son 8 controles prenatales por materna, solo se presento 1 caso de mortalidad materna extrema en los últimos tres años, los casos de muertes perinatales solo se han presentado 2 casos en los últimos 3 años y un caso la materna no vivía en el municipio de Oiba era una paciente que estaba de vacaciones en el municipio no pertenecía a esta institución, también se reconoce que se han presentado 35

casos de bajo peso al nacer. Es importante tener claro que la resolución 3384 me acepta como porcentaje, mínimo de cumplimiento para este programa 95 % para que sea optimo y esta en 21 %.

Cuadro 8. Atención del Parto y Recién Nacido.

ATENCION DEL PARTO Y RECIEN NACIDO			
	METAS PROGRAMADAS EN EL AÑO	METAS EJECUTADAS EN EL AÑO	% DE CUMPLIMIENTO
ATENCION DE PARTO	121	12	10%
SEROLOGIA	121	12	10%
CONSULTA MEDICA DE CONTROL POSTPARTO	121	60	49%
ATENCION RECIEN NACIDO			
INYECCION DE VIT K	121	12	10%
TSH	121	12	10%
HEMOCLASIFICACION	121	12	10%
CONSULTA MEDICAS DE CONTROL	121	59	49%

En el Cuadro 9 se ve el programa de planificación familiar se puede decir en general que es un programa con un porcentaje de cumplimiento excelente por que las actividades que se pueden realizar en el hospital siendo un nivel de complejidad bajo están todas por encima del 100 % de cumplimiento. Es importante optimizar esfuerzos porque como se dijo las EPS no pagan las actividades que se hagan por encima del las pactadas y en este programa todas están por encima el 100 % desde el punto de vista social es muy bueno, pero desde el punto de vista administrativo estoy cumpliendo más de lo pactado y no me genera ninguna ganancia económica. Este porcentaje de cumplimiento tan oportuno también me indica que las mujeres están tomando más conciencia sobre la planificación familiar y cada vez va hacer más bajo el número de maternas en el municipio. Se observa que los embarazos en menores de 14 años han disminuido

en los últimos tres años pasando en el 2011 con un total de 4 embarazos, en el 2012 2 embarazos y en el 2013 3 embarazos, igualmente se ha disminuido los embarazos en edades de los 15 a los 20 años iniciando en el 2011 con 43 casos, en el 2012 22 casos y en el 2013 aumento a 35 casos. La resolución 3384 me indica que este programa debe tener un porcentaje de 80 % y se evidencia que está por encima del 100 %.

Cuadro 9. Programa de Planificación Familiar.

PLANIFICACION FAMILIAR			
	METAS PROGRAMADAS EN EL AÑO	METAS EJECUTADAS EN EL AÑO	% DE CUMPLIMIENTO
CONSULTA DE CONTROL A MUJERES	760	1245	163%
ENTREGA ANTICONCEPTIVOS HORMONAL ORAL CICLO	644	1050	163%
APLICACIÓN DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO DIU	13	20	153%
CONSULTA POR PRIMERA VEZ EN MUJERES CON MEDICO O ENFERMERA	99	139	140%

En el cuadro 10 se observa el porcentaje de cumplimiento del programa de Crecimiento y desarrollo 8 (0 – 9 años) donde se puede concluir que cuenta con una cobertura baja; hay que buscar estrategias que mejoren este programa porque es una población de gran importancia para prevenir enfermedades y ayudar al sistema de salud. Hay que crear estrategias que ayuden a mejorar este programa. Porque esta es la edad ideal para crear la cultura de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Lo ideal según resolución 3384 es que este

programa este en un 90 % hay que mejorar la captación por que el porcentaje esta en 66 %.

Cuadro 10. Programa de Crecimiento y Desarrollo.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO			
	METAS PROGRAMADAS EN EL AÑO	METAS EJECUTADAS EN EL AÑO	% DE CUMPLIMIENTO
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO	249	179	72%
CONSULTA DE CONTROL	1771	1076	61%

En el cuadro 11 se puede ver el cumplimiento de las metas del programa de Alteraciones del joven donde se observa que tiene un porcentaje de cumplimiento bajo lo ideal es que todas las actividades estén por encima del 90 % de cumplimiento, especialmente en esta población para general una cultura de promoción de la salud y prevención de le enfermedad. Hay que crear actividades que llamen la atención e ese tipo de probación que es una población difícil por su edad. Según resolución 3384 debe estar en un porcentaje mínimo de 75 % y es hospital lo tiene en 77%.

Cuadro 11. Programa de Alteraciones del Joven.

ALTERACIONES DEL JOVEN			
	METAS PROGRAMADAS EN EL AÑO	METAS EJECUTADAS EN EL AÑO	% DE CUMPLIMIENTO
HEMOBLOBINA JOVENES DE 10- 13 AÑOS	81	72	89%
CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR MEDICO	589	381	65%

En el cuadro 12 se evidencia el porcentaje de cumplimiento del programa de Control prenatal que ha tenido el hospital donde se puede observar que las actividades con más del 100 % de ejecución fueron: suministro de multivitamínicos y consulta de control con medico; también existen actividades con bajo cumplimiento como son: consulta de primera vez por medico antes de las 12 semanas de gestación, consulta de control con enfermería, consulta por odontología, exámenes de la materna hemograma, hemoclasificación, uroanálisis, glicemia, , serología VDRL , TORCH, ultrasonografía pélvica obstétrica, vacunación contra tétano- difteria y consejería para toma de VIH. Es importante recalcar que en los últimos 3 años en el municipio no se ha presentado ningún caso de mortalidad materna extrema, el promedio de controles prenatales de las mujeres embarazadas esta en 7 controles, los bajos pesos al nacer t en el 2011 un total de 6 casos, en el 2012 5 casos y en el 2013 se presentaron 2 casos a la fecha.

Cuadro 12. Programa de Control Prenatal.

CONTROL PRENATAL			
	METAS PROGRAMADAS EN EL AÑO	METAS EJECUTADAS EN EL AÑO	% DE CUMPLIMIENTO
SUMINISTRO DE MULTIVITAMINICOS	305	768	251%
CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO	178	418	234%
VDRL	119	95	80%
CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERIA	167	125	75%
CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA	119	85	71%
GLICEMIA	119	82	69%
HEMOGRAMA	119	81	68%
HEMOCLASIFICACION	119	80	67%
EXAMEN DE TORCH Y VIH	69	45	65%
CONSULTA PRIMERA VEZ POR MEDICO	119	98	51%
VACUNACION CONTRA TETANO Y DIFTERIA	188	97	51%
URIOANALISIS	190	91	48%
CONSEJERIA HIV	121	57	47%
ULTRASONOGRAFIA PÉLVICA OBSTÉTRICA	196	88	45%

En el cuadro 13 se observa el porcentaje de cumplimiento del programa de alteraciones del adulto (45, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80 y mas años) del cual se puede concluir que es el programa con menor porcentaje de cumplimiento que maneja el hospital. Con un promedio de 37 %. Según la resolución 3384 debe estar como mínimo en 50 %. Esta población tiene que venir en la edad específica es decir en los años que me indica, con estas personas se realiza demanda

inducida por diferentes fuentes pero no hay esa cultura de acudir a el hospital por prevención y promoción de la salud estas población culturalmente solo acude es cuando está enferma y además existe un dato muy interesante que los hombres acuden poco a consulta, solo cuando realmente está enfermo, las personas de esta edad tiene ese pensamiento cultural muy arraigado. Es importante aclarar que las enfermedades crónicas que afectan a estas personas no ha generado ningún comportamiento importante en los últimos años pues siguen siendo las principales causas de consulta y las personas diagnosticadas con este tipo de enfermedades crónicas no han disminuido significativamente.

Cuadro 13. Programa de Alteraciones del Adulto.

ALTERACIONES DEL ADULTO			
	METAS PROGRAMADAS EN EL AÑO	METAS EJECUTADAS EN EL AÑO	% DE CUMPLIMIENTO
CONSULTA PRIMERA VEZ POR MEDICO	437	185	42%
UROANALISIS	437	161	37%
GLUCOSA EN SUERO	437	161	37%
PERFIL LIPIDICO	437	159	36%
CREATININA EN SUERO	437	141	32%

En el cuadro 14 se ve el porcentaje de cumplimiento del programa de cáncer de cuello donde se observa que el porcentaje de cumplimiento de las citologías es bajo 65 % está por debajo de lo indicado por la resolución 3384 que es 80 %, este programa es muy importante para lograr un diagnóstico oportuno del cáncer de cuello uterino en las mujeres, hay que identificar estrategias con las mujeres que ayuden a cumplir estas metas. Se puede ver que las mujeres aun tienen temor por realizarse esta prueba y no acuden masivamente a la toma de citología sabiendo que se toma todos los días en horario laboral. Durante los últimos tres años no se han presentado casos de cáncer de cuello uterino en el municipio, sin embargo en

los últimos 3 años no se ha diagnosticado cáncer de cuello uterino en la institución. Es bueno recalcar que en los últimos 3 años no se ha presentado ningún caso de cáncer de cuello uterino en las pacientes que se han tomado la citología.

Cuadro 14. Programa de Cáncer de Cuello Uterino.

CANCER DE CUELLO UTERINO			
	METAS PROGRAMADAS EN EL AÑO	METAS EJECUTADAS EN EL AÑO	% DE CUMPLIMIENTO
CITOLOGIA CERVICO UTERINA	1448	937	65%

En el cuadro 15 se puede observar el cumplimiento del programa de agudeza visual en el hospital, vemos que la actividad que se puede cumplir en el primer nivel de atención que es toma de agudeza visual tiene un óptimo porcentaje de cobertura ya que esta en un 101 %.

Cuadro 15. Programa de Agudeza Visual.

AÑO 2012			
AGUDEZA VISUAL			
	METAS PROGRAMADAS EN EL AÑO	METAS EJECUTADAS EN EL AÑO	% DE CUMPLIMIENTO
TOMA DE AGUDEZA VISUALA LOS 4, 11,16 Y 45 AÑOS.	559	562	101%

Después de ver estos resultados en el 2012 de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad es importante recalcar que existen programas donde el cumplimiento de estas metas son óptimos según resolución 3384 como son: salud oral, planificación familiar, agudeza visual, alteraciones del joven y controles prenatales por el contrario los otros programas no cumplen con

un óptimo desempeño de las metas contratadas estos son: Atención del parto y recién nacido, Crecimiento y desarrollo, , Alteraciones del adulto, Cáncer de cuello uterino. Lo ideal es lograr un porcentaje en todos los programas por encima de 90 % para que impacten en la salud de la población.

Se puede evidenciar que las metas propuestas por las EPS son metas que no reflejan la realidad epidemiológica del municipio, estas metas son constantes durante todos los meses y existen programas que no cuentan con la población para cumplir, también es importante recalcar como se vio en algunos programas que existen metas por encima del 100 % de cumplimiento y muy a pesar de esto las EPS no le pagan al hospital por estas actividades, entonces son actividades en las que el hospital genera un gasto económico pero no le está reflejando ningún ingreso.

Es muy importante al momento de contratar estas actividades que se cuente con la asesoría de los responsables de cada programa porque ellos serian de gran ayuda al momento de la contratación, porque nadie mejor que ellos que conocen si realmente cuentan con la población que se necesita.

También se pudo identificar que existen fallas administrativas en el sistema, es muy importante que antes de iniciar a realizar estas actividades se verifique si la personas cuenta con las condiciones necesaria como son: edad y aseguradora, para que al momento de enviar el informe a la EPS no se presente reclamos de esta forma, por eso la importancia de una pre auditoria por parte de las personas encargadas de los programas.

Desde el punto de vista administrativo, podemos decir que aunque no se adecuan las metas nacionales de P y P en general a las condiciones específicas de cada población en particular, la dirección ha de buscar alternativas para ver afectada en lo más mínimo la salud de la comunidad y las finanzas de la institución, de esta

manera cumplir estándares en habilitación y acreditación, como por ejemplo la selección del talento humano, así como su adecuada inducción, con sus posteriores capacitaciones son procesos vitales, para construir el pilar fundamental de la organización.

La buena gestión en la información es otra herramienta de gran importancia para el ordenamiento, de esta manera la implementación de un software a la altura de las exigencias, encontrará una forma más fácil de captar y almacenar la información haciendo más diligente rápido y con calidad dicho proceso.

La calidad en la atención y el servicio, son en la actualidad la bandera de algunas instituciones y el objetivo de muchas otras, por lo tanto la adopción estricta de procesos integrados como el MECI-CALIDAD, aunara esfuerzos para el mejoramiento continuo de las instituciones de salud. La vigilancia, seguimiento y control de cada uno de los procesos del prestador de salud, es otro elemento a tener en cuenta; así, la pre auditoria con el personal idóneo, se convierte en un gran apoyo para la administración.

Por último no podemos desconocer la importancia del trabajar de una forma integrada Hospital- EPS- S y comunidad, como se dijo anterior mente la demanda inducida está contratada 50 % hospital y 50 % las aseguradoras pero no se ve que estas cumplan a cabalidad esta demanda y toda la carga cae estrictamente en el hospital que es una institución que tiene que generar rentabilidad por que a pesar de todo se maneja como una empresa, es necesario un poco mas de control verdadero a las aseguradoras y que cumplan con ética y responsabilidad su deber ser , con la comunidad básicamente hay que generar buenas relaciones con los líderes comunitarios, iniciando por los mismos entes territoriales, lo cual nos permitirá consolidar la influencia del hospital en la población, así como la búsqueda de estrategias y proyectos, incluso a un alto nivel, para permitir llevar la

promoción y prevención de la salud a cada uno de los domicilios de nuestros usuarios.

Ahora podremos ver cuál es la percepción que tiene los usuarios del hospital con respecto a los servicios que le brinda a la población.

4.3. PERCEPCIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA POR PARTE DE LOS USUARIOS

Para analizar la percepción de los servicios se evaluó teniendo en cuenta:

1. Los resultados obtenidos de la investigación Aprendiendo de la Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria en Salud en Santander que se realizó en 6 municipios entre ellos Oiba. La investigación fue realizada por la Universidad Industrial de Santander, Departamento de Salud Pública y la Secretaria de Salud de Santander con financiación de Colciencias (27). Esta investigación se realizó aplicando encuestas a usuarios y funcionarios de los 6 municipios, combinando métodos investigativos. La metodología en general de este proyecto puede consultarse en Ruiz-Rodríguez M y cols (26). Dicha encuesta indaga sobre los principios de la APS los cuales fueron definidos por los autores de la investigación de la siguiente manera:
 - **Acceso:** capacidad de utilización de los servicios, por la ausencia de barreras económicas, geográficas, organizacionales y culturales.
 - **Primer contacto (Puerta de entrada):** entendido como la existencia de una fuente regular de atención disponible para la atención en salud de la población.
 - **Longitudinalidad (Vinculo):** posibilidad de lograr una atención en salud permanente en el tiempo y un proveedor estable de los servicios médicos.

- **Integralidad (portafolio de servicios):** servicios disponibles dirigidos a cubrir las necesidades y problemáticas de salud de la población usuaria, cubriendo los diversos componentes de la atención en salud: promoción, prevención, curación, rehabilitación. En esta investigación el atributo Integralidad se indaga con el nombre Portafolio de servicios.
- **Enfoque familiar:** el que considera tanto la importancia del entorno y antecedentes familiares dentro de los condicionantes del proceso salud-enfermedad, y facilita y fomenta la participación y apoyo familiar.
- **Orientación a la comunidad:** el que permite fomentar la participación comunitaria en la definición de necesidades y alternativas de intervención.
- **Formación profesional específica:** dado el cambio de paradigma desde un modelo biomédico tradicional y una atención centrada en la curación a un enfoque integral en salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, se requiere que el recurso humano tenga capacitación y habilidades específicas sobre las características del enfoque de atención primaria en salud, la cual garantice la apropiación y aplicación efectiva de sus atributos, principios y valores.

Los 6 municipios en los cuales se aplicaron estas encuesta fueron: Carmen del Chucuri, Landázuri, Málaga, Matanza, Oiba y Paramo todos municipios en el Departamento de Santander. En total se realizaron 3011 encuestas.

En el municipio de Oiba se aplicaron un total de 410 encuestas a usuarios de los servicios de la E.S.E Hospital San Rafael de Oiba a en el año 2010, de las cuales 332 se aplicaron a adultos y 78 a sus acompañantes. La edad promedio de las personas a las que se les realizo la encuesta fueron 34 años, Se entrevistaron un total de 85 Hombres y 325 mujeres, el tipo de régimen de salud que tenía asegurada a esta población era Subsidiado 389 personas, Contributivo 6 personas y población no asegurada 12 personas, estas personas habían utilizado los servicios del Hospital durante los últimos 6 meses en promedio de 4 veces y su

estado de salud en los últimos 30 días fue calificado como regular y malo en 202 personas.

A continuación se presentan los principios que fueron identificados como las fortalezas por parte de los encuestados.

En cuanto al componente de acceso se pudo indagar sobre los trámites administrativos para conseguir cita y sobre accesibilidad económica. En la Cuadro 16. Tal como se observa que prácticamente más del 95 % no se identificó ningún tipo de barrera económica al momento de acceder a los servicios que ofrece el Hospital, sin embargo alrededor del 41.23 % de la población encuestada manifestó dificultades para conseguir una consulta médica.

Cuadro 16. Evaluación del Componente de Acceso.

PREGUNTA.	POBLACION ENCUESTADA.	RESPUESTAS.	PORCENTAJE.
¿Usted considera que es fácil conseguir una consulta en este Hospital?	410 personas.	Nunca-Casi nunca: 52. Algunas veces- Muchas veces: 118. Casi siempre - Siempre: 241.	12.69 %. 25.54%. 58.72%.
¿Usted tiene que pagar algún dinero para ser atendido en algún programa de P y P?	409 personas.	Nunca - Casi nunca: 396 Algunas veces - Muchas veces: 5 Casi siempre-siempre: 8.	96.82 %. 1.22%. 1.95%.

En cuanto al componente de primer contacto la puerta de entrada se observa que la mayoría de la población tiene al Hospital San Rafael de Oiba como su fuente regular de atención para satisfacer sus necesidades en salud, en el cuadro 17 se observa la pregunta ¿Cuándo usted o su familia requieren algún control de salud es atendido? con una respuesta de 97.07 % de satisfacción por parte de los usuarios; La comunidad tiene la percepción que cuando ellos requieren algún control de salud o cuando alguno de ellos o sus familiares tiene un problema de salud la institución lo soluciona favorablemente.

Cuadro 17. Evaluación del Componente De Contacto.

PREGUNTA.	POBLACION ENCUESTADA.	RESPUESTAS.	PORCENTAJE
¿Cuándo usted o su familia requieren algún control de salud es atendido?	409 personas.	Nunca-Casi nunca: 2. Algunas veces- Muchas veces: 10. Casi siempre - Siempre: 397.	0.49 %. 2.44%. 97.07%
¿Cuándo usted o su familia tienen algún problema de salud, ustedes van al hospital?	410 personas.	Nunca - Casi nunca: 3. Algunas veces - Muchas veces: 8. Casi siempre-siempre: 399.	0.73%. 1.95%. 97.07%.

Al indagar sobre el principio de integralidad nos referimos al portafolio de los servicios ofrecidos por el Hospital a sus usuarios principalmente los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, al preguntar si los usuarios conocían los programas de salud teniendo en cuenta que estos programas cubran el ciclo vital.

En la Cuadro 18 se observan los porcentaje de repuestas de cada programas destacándose que en general todos los programas son conocidos por la población contrario a lo que muchos profesionales de la salud piensan, sin embargo es importante resaltar que el programa de alteraciones del desarrollo del joven es el menos conocido con respecto a los demás programas que ofrece la E.S.E.

Cuadro 18. Evaluación del Componente de Integralidad.

PREGUNTA.	POBLACION ENCUESTADA.	RESPUESTAS.	PORCENTAJE
¿Conoce el Programa de Vacunación?	405 personas.	Siempre: 405.	100 %.

PREGUNTA.	POBLACION ENCUESTADA.	RESPUESTAS.	PORCENTAJE
¿Conoce el Programa de detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (Menor 10 años)?	390 personas.	Nunca - Casi nunca: 1. Algunas veces - Muchas veces: 1. Casi siempre-siempre: 388.	0.26%. 0.26%. 99.49%.
¿Conoce el Programa de alteraciones del desarrollo del joven (10 – 29 años)?	225 personas.	Nunca - Casi nunca: 5. Algunas veces - Muchas veces: 2. Casi siempre-siempre: 218.	2.22%. 0.89%. 96.88%.
¿Conoce el Programa de alteraciones adulto (mayor de 45 años)?	410 personas.	Nunca - Casi nunca: 1. Algunas veces - Muchas veces: 1. Casi siempre-siempre: 408.	0.24%. 0.24%. 99.51%.
¿Conoce el Programa de Planificación familiar?	375 personas.	Nunca - Casi nunca: 1. Casi siempre-siempre: 374.	0.27%. 99.73%.
¿Conoce el Programa de Promoción y Prevención de la salud Oral?	353 personas.	Nunca - Casi nunca: 5. Algunas veces - Muchas veces: 4. Casi siempre-siempre: 344.	1.42%. 1.14%. 97.45%.
¿Conoce el Programa de atención de enfermedades crónicas?	288 personas.	Nunca - Casi nunca: 3. Algunas veces - Muchas veces: 1. Casi siempre-siempre: 284.	1.04%. 0.35%. 98.61%.

Con respecto a las actividades de consejería y educación la población encuestada responde en un alto porcentaje que si a recibido educación lo cual es muy importante para verificar que la E.S.E si está cumpliendo con las acciones educativas. Ver cuadro 19. Es importante destacar que los programas en los cuales la población ha recibido la mayor educación es el de Prevención odontológica 97,45%, Atención de Enfermedades de Trasmisión Sexual 97.25% y

Violencia Intrafamiliar con 93,92% por el contrario podemos identificar que las acciones educativas más bajas se presentan en actividad física con un 80%, educación sobre problemas de salud mental con un 87.58% y prevención de accidentes domésticos 87.95% fueron los que tuvieron los porcentajes más malos alrededor.

Cuadro 19. Componente de Consejería y Educación.

PREGUNTA.	POBLACION ENCUESTADA.	RESPUESTAS.	PORCENTAJE
Educación y Atención Preventiva Odontológica.	353 personas.	Nunca - Casi nunca: 5. Algunas veces - Muchas veces: 4. Casi siempre-siempre: 344.	1.42% 1.14% 97.45%
Educación sobre Atención de Enfermedades de Trasmisión Sexual.	218 personas.	Nunca - Casi nunca: 4. Algunas veces - Muchas veces: 2. Casi siempre-siempre: 212.	1.83% 0.92% 97.25%
Educación sobre Violencia Intrafamiliar.	247 personas.	Nunca - Casi nunca: 12. Algunas veces - Muchas veces: 3. Casi siempre-siempre: 232.	4.85% 1.22% 93.92%
Educación sobre la Preparación Higiénica de la comida y el manejo del agua.	227 personas.	Nunca - Casi nunca: 17. Algunas veces - Muchas veces: 2. Casi siempre-siempre: 208.	7.49% 0.88% 91.63%
Consejería sobre el riesgo del uso del Alcohol o el Tabaco	156 personas.	Nunca - Casi nunca: 15. Algunas veces - Muchas veces: 1. Casi siempre-siempre: 140.	9.62% 0.64% 89.74 %
Educación sobre Accidentes Domésticos	191 personas.	Nunca - Casi nunca: 20. Algunas veces - Muchas veces: 3. Casi siempre-siempre: 168.	10.47% 1.57% 87.95%
Educación sobre problemas de Salud Mental no graves	153 personas	Nunca - Casi nunca: 16. Algunas veces - Muchas veces: 3. Casi siempre-siempre: 134.	10.46% 1.96% 87.58%
Consejería sobre Actividad Física	140 personas.	Nunca - Casi nunca: 24. Algunas veces - Muchas veces: 4. Casi siempre-siempre: 112.	17.14% 2.85% 80%

El principio de formación profesional fue evaluado a través de la indagación sobre la percepción que tienen los usuarios de los diferentes empleados que trabajan en

el Hospital el 62.8% dijo que recomendaba el Hospital un amigo, el 5.81% dijo que lo recomendaría casi siempre, quedando un 15.9 % de encuestados que recomendaría a el hospital alguna vez, mientras que el 15.4% nunca recomendaría el hospital este aspecto es importante para contemplar en el plan de mejoramiento que debe empezar a implementar el hospital para mejorar la percepción frente a los usuarios.

Anteriormente se explicó cuáles fueron los principios que la comunidad identificó como fortalezas a través del estudio realizado, ahora 3 principios de los 7 que se indagaron en la encuesta no obtuvieron resultados óptimos para la institución. Estos son orientación a la comunidad, Vínculo y enfoque familiar.

En el Cuadro 20 se observa la respuesta de los encuestados con respecto al principio de orientación a la comunidad allí se concluyó que solamente el 9.12% reconoce el trabajo extramural que realiza el hospital con la población de Oiba, el 89.02 % considera que no existe un trabajo intersectorial es decir el hospital no trabaja con otros grupos de la comunidad para lograr una efectividad en los servicios prestados.

Cuadro 20. Evaluación del Componente de Orientación a la Comunidad.

PREGUNTA.	POBLACION ENCUESTADA.	RESPUESTAS.	PORCENTAJE
¿Usted ha recibido visita domiciliaria de alguno de los trabajadores del hospital?	406 personas.	Nunca - Casi nunca: 321. Algunas veces - Muchas veces: 48. Casi siempre-siempre: 37.	79.07%. 11.82%. 9.12%
¿Usted considera que este centro de atención trabaja con otros grupos de la comunidad?	410 personas.	Nunca - Casi nunca: 181. Algunas veces - Muchas veces: 184. Casi siempre-siempre: 45.	44.14%. 44.88%. 10.98%.

En cuanto al enfoque familiar Cuadro 21 se concluye que de acuerdo con las respuestas dadas por los encuestados, el hospital no le da la respectiva

importancia que debe tener el enfoque familiar a los servicios de salud que presta para lograr un mejor impacto en la comunidad.

Cuadro 21. Evaluación del Componente de Enfoque Familiar.

PREGUNTA.	POBLACION ENCUESTADA.	RESPUESTAS.	PORCENTAJE
¿Los profesionales de este hospital normalmente preguntan por su familia?	407 personas.	Nunca - Casi nunca: 324. Algunas veces - Muchas veces: 35. Casi siempre-siempre: 48.	79.61%. 8.6% 11.79%
¿Usted considera que los profesionales de este hospital conocen a su familia?	389 personas.	Nunca - Casi nunca: 213. Algunas veces - Muchas veces: 55. Casi siempre-siempre: 121.	54.76%. 14.14%. 31%.

Aunado a estas debilidades los encuestados identificaron fallas en la relación médico paciente respecto al tiempo y a la atención que el profesional da a las inquietudes que el paciente le presenta cuando acude a algún servicio del hospital ver Cuadro 22.

CUADRO 22. EVALUACIÓN DEL COMPONENTE DE VÍNCULO.

PREGUNTA.	POBLACION ENCUESTADA.	RESPUESTAS.	PORCENTAJE
¿Los profesionales de salud de este hospital le dan tiempo suficiente para la consulta?	399 personas.	Nunca - Casi nunca: 364. Algunas veces - Muchas veces: 25. Casi siempre-siempre: 10.	90.56%. 6.26% 2.51%
¿El profesional que le atiende en este hospital lo entiende o comprende?	409 personas.	Nunca - Casi nunca: 381. Algunas veces - Muchas veces: 20. Casi siempre-siempre: 8.	93.15%. 4.89%. 1.96%.
¿El profesional que lo atiende en este hospital responde a su pregunta?	408 personas.	Nunca - Casi nunca: 59. Algunas veces - Muchas veces: 343. Casi siempre-siempre: 6.	14.47%. 84.07%. 1.47%.

Esta baja calificación de estos tres principios, sugieren que no hay importancia del entorno, ni de los antecedentes familiares dentro del proceso de atención en salud, no facilita ni fomenta la participación de la familia ni la comunidad en la definición de las necesidades y alternativas de intervención; La comunidad está convencida que no los tienen en cuenta para la formulación de estos programas además admiten que el Hospital no trabaja con otros grupos comunitarios.

2. Taller con funcionarios. Éste se realizó el día 14 de Junio del 2013 en la sala de juntas de la E.S.E Hospital San Rafael de Oiba con los funcionarios encargados de los programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad tanto asistenciales como administrativos, también asistieron a este taller los representantes municipales de las EPS –S (Cafesalud y Comparta). Las personas que asistieron al taller fueron: Ver Cuadro 23.

Cuadro 23. Funcionarios que Asistieron al Taller.

CARGO	FUNCION.	ASISTIO
1 Jefe de Enfermería.	Coordinadora de los programas de P y P.	NO
1 Coordinador Plan de Intervenciones Colectivas.	Coordinar Plan de Intervenciones Colectivas	SI
1 Auxiliar de Odontología.	Apoyo de los programas de P y P en Odontología.	SI
4 Auxiliar de Enfermería.	Apoyo de los Programas de P y P.	SI
3 Área de Facturación.	Encargabas de la facturación.	SI
3 Representantes EPS.	2 EPS Comparta. 1 EPS Cafesalud.	SI

El objetivo principal era identificar las debilidades y fortalezas que los funcionarios del Hospital y los representantes de las EPS detectaban en los diferentes programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad.

Los objetivos específicos de taller fueron: Presentar y analizar los resultados de la investigación Aprendiendo de la Experiencia de implementación de un modelo de

Atención Primaria en Salud en Santander; el segundo objetivo fue explorar desde la perspectiva de los funcionarios las debilidades y las fortalezas de los programas de P y P de manera general con el fin de identificar cuáles eran los más comunes y poder generar alternativas de mejoramiento para la institución.

Se pudieron identificar las siguientes debilidades y fortalezas.

Fortalezas

- Utilización de la base de datos poblacional de la EPS para asignar a los usuarios que están en edades determinadas para acceder a cada programa de Promoción y Prevención.
- Uso de medios masivos de comunicación IEC como la emisora y el canal local de televisión, para la captación oportuna de usuarios de los diferentes programas.
- Implementación del modelo de APS.
- Programación de brigadas de salud en las veredas.
- Aplicación y aprovechamiento del programa de vivienda saludable.
- Visita a centros educativos.
- Apoyo interinstitucional con la universidad mediante la integración de estudiantes en su año de internado en el área de odontología.
- Se aprovecha cualquier actividad comunitaria (Eventos religiosos, políticos, deportivos) para captar usuarios.
- Se incentiva a los niños en el programa de salud oral donando elementos básicos como cepillos de dientes.

Debilidades

- Las matrices programas traen metas proyectadas de población que no concuerda con la realidad del municipio.
- Identificar el deber ser de un hospital de primer nivel de atención.
- No hay suficiente personal.

- No hay integración del sector estudiantil en los programas de promoción y prevención utilizándolos como multiplicadores de información ej. vigías de salud.
 - No hay interés por parte de los líderes de la comunidad en apoyar los diferentes programas de salud que maneja el Hospital.
 - Creación de una unidad que se encargue de la coordinación de los programas.
 - Existe población flotante.
 - Los pacientes a los que se le realiza demanda inducida extramural no asisten al Hospital.
 - Falta de organización para la entrega de informes.
 - No existe un software que agilice la prestación del servicio.
 - Existe doble afiliación a EPS de algunos usuarios.
 - Falta de un medico con experiencia que dé continuidad y fortaleza a los diferentes programas.
 - Falta de compromiso con la misión institucional que se basa en la APS por parte de los médicos.
 - No hay acompañamiento de los familiares.
 - No existe pre auditoria de las metas que me evalúan el cumplimiento de los programas.
 - No hay concordancia de información entre los documentos que presenta el usuario, Ej. carnet y tarjeta de identidad.
 - La responsabilidad para la demanda inducida recae en el Hospital y no hay un apoyo por parte de la EPS.
 - Conocimiento por una parte del personal que trabaja en la E.S.E en cuanto a los programas y mejor articulación.
3. Como tercera actividad se realizó una entrevista con la gerente de la E.S.E Hospital San Rafael día 13 de Junio del 2013; el objetivo principal de esta entrevista era para identificar las debilidades y fortalezas de la institución en el

cumplimiento de las actividades de los programas de promoción y prevención del Hospital desde el punto de vista administrativo, continuación se enuncia lo encontrado:

Fortalezas

- Aplicación del modelo de atención primaria en salud.
- Capacitación continua del personal para generará sentido de pertenencia con la institución.
- Personal idóneo en la institución.
- El Hospital apoya la formación de los profesionales.

Debilidades

- Las matrices de programación que contrata el Hospital con la EPS están preestablecidas desde el nivel nacional (ministerio de salud).
- No se tiene en cuenta la realidad poblacional y epidemiológica de cada municipio.
- Falta de cultura en la población sobre prevención de la enfermedad.
- La responsabilidad para la demanda inducida recae en el Hospital y no hay un apoyo por parte de la EPS.
- No hay un respaldo económico adecuado por parte del sistema de salud a los hospitales que implementan el modelo de Atención Primaria en Salud.
- No existe intersectorialidad (Apoyo del sector educativo, programas del estado red unidos, familias en acción, tercera edad) que ayude a mejorar la cultura de la promoción de la salud y prevención de le enfermedad.
- El sistema tiene intermediarios que dificultan el flujo de recursos a los prestadores del servicio de salud.

Después de realizar las diferentes actividades y obtener las diferentes debilidades se evaluó esta información el fin de identificar en cuales se coincidió por parte de

la gerente de la E.S.E y los trabajadores, los dos grupos coincidieron que la implementación del modelo de APS es una fortaleza muy fuerte con la que cuenta el hospital.

En cuanto a las debilidades en que coincidieron los dos grupos tenemos: Las matrices de programación (Las metas propuestas por las EPS no están ajustadas a la realidad de la población con la que cuenta el municipio de Oiba), No existe intersectorialidad (Apoyo del sector educativo, programas del estado como red unidos, familias en acción, tercera edad, trabajo con los líderes comunitarios) que ayude a mejorar la cultura de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la población, La responsabilidad para la demanda inducida recae en el Hospital y no hay un apoyo por parte de la EPS.

Es importante destacar que las debilidades identificadas por parte de la gerencia están más orientadas a problemas estructurales al sistema de salud colombiano lo cual es muy grave porque son debilidades que la gestión del hospital no puede corregir y que por ser del ámbito nacional pueden ser permanentes en el tiempo atentando contra la calidad de los servicios y la imagen del hospital a la comunidad.

Por otro lado las debilidades identificadas por los funcionarios van más orientadas hacia aspectos operativos y logísticos de la prestación de los servicios. Destaca que los funcionarios coinciden con los usuarios encuestados en la falta de integración y proyección del hospital a otros sectores diferentes al de salud.

5. CONCLUSIONES

- La implementación del modelo de APS es una gran fortaleza que tiene el hospital dentro de su modelo de prestación de servicio.
- Las metas de P y P deben ser generales e ir más acorde con el comportamiento epidemiológico del municipio. Por que se basan en matrices de programación proyectadas que envían desde el ministerio y no concuerdan con la realidad.
- Es necesario realizar estrategias que le ayuden a el hospital a desarrollar un mejor trabajo intersectorial vinculando al máximo los líderes de la comunidad, las EPS, las instituciones pública y privadas con las que cuenta el municipio como lo son colegios y la administración municipal.
- Es muy importante que el hospital desarrolle todas sus estrategias de demanda inducida con un enfoque familiar y orientadas más a la comunidad para así lograr un mayor impacto.
- Verificar si el modelo de atención primaria en salud está generando resultados de alto impacto en la comunidad y en el hospital como debería en caso de que este resultado sea negativo es necesario realizar un ajuste.
- Se puede observar que la comunidad identifica como importantes fortalezas el acceso, el primer contacto, la integralidad y la formación profesional.
- Es necesario que el hospital cuente con un trabajo de varios profesionales que le realicen una preauditoria mensualmente a los programas y así puedan realizar correcciones de la manera más oportuna.

- La demanda inducida según la contratación con las ESP-S es de 50 % hospital y 50 % las EPS y no se evidencia que estas estén cumpliendo con este porcentaje, toda la demanda inducida la está realizando el hospital.
- El sistema en general presenta muchas fallas una de las principales es que las bases de datos de las EPS están desactualizadas y esto genera inconvenientes a la hora de aceptar una actividad en los usuarios.
- Es bueno que el hospital cuenta con un horario amplio de atención a la población, se identifica y se le hace toda la atención integral al usuario cuando va a solicitar un servicio al hospital para ingresarlo oportunamente a algún programa de P y P.

6. RECOMENDACIONES

Es de vital importancia que todas las personas que trabajen en la institución conozcan cual es el funcionamiento en cuanto a la prestación de los servicios, esto significa que al ser un hospital de primer nivel su deber ser es realizar una promoción de la salud y prevención de la enfermedad creando una cultura de salud, por esto todos las personas que trabajan en el hospital deben manejar bien estos conceptos y deben ser herramientas multiplicadoras sirviendo en la búsqueda activa institucional y comunitaria de las personas que puedan tener acceso a los programas de P y P . Todo esto empieza desde el proceso de inducción en el mismo momento que se vincula a la institución.

Es claro que la comunidad debe ser integrada de una forma activa, es muy importante identificar líderes comunitarios, para planificar de una forma más adecuada todas las actividades generar un vinculo más familiar entre la institución y sus usuarios.

El trabajo intersectorial es un eje primordial hay que crear estrategias con todas las instituciones del pueblo tanto públicas como privadas, religiosas, colegios con el fin de lograr una mejor demanda inducida.

Hay que realizar una evaluación desde el momento en que se implemento el modelo de atención primaria en salud a la fecha donde se debe determinar cuál ha sido el impacto en cuanto a la demanda inducida que ha generado en los programas de P y P.

La participación de los trabajadores en cuanto a la generación de nuevas estrategias que le permitan al hospital cumplir con un adecuado cumplimiento de

las metas es muy importante el personal joven llega con nuevas ideas y es bueno escucharlos.

La humanización de los servicios es la forma más adecuada para que la comunidad sienta respaldo por parte del hospital, trabajar este concepto de una forma más agresiva generaría un vínculo que traería muchos beneficios para la institución y los usuarios.

Lograr que las EPS brinden un tipo de acompañamiento constante que le permita al hospital identificar cuáles son las fallas más comunes que se presentan en la parte administrativa y lograr una mejoría. Además que las EPS se comprometan a realizar demanda inducida por que este es un compromiso adquirido al momento de la contratación.

Todos los servicios que presta en hospital deben ser lugares claves para identificar las personas que puedan acceder a los programas de P y P, donde se realice una remisión pero que realmente la persona llegue al programa.

BIBLIOGRAFIA.

1. GARCIA, OSPINA, Consuelo. TOBÓN, CORREA, Ofelia. Promoción de la Salud, Prevención de la enfermedad, Atención Primaria de Salud y Plan de Atención Básica, ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa? página. 1).
2. CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, 1989. p. 1. Disponible en:http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
3. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 4. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Organización Mundial de la Salud. Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Notario, Canadá, Noviembre de 1986)
4. (Recomendaciones de Adelaida sobre las políticas 5. públicas favorables a la salud. Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: Políticas públicas favorables a la salud. Adelaida, Australia, 5-9 de abril de 1988.)
5. Declaración de Sundsvall. Entornos propicios para 6. la salud. Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Sundsvall (Suecia), 9-15 de junio de 1991.
6. *Actas del Primer Seminario Internacional sobre .políticas, estrategias, estructuras en Promoción de la Salud Instituto Nacional de Salud. París, Francia, del 21 al 23 Noviembre, 1994.*
7. Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud 9. en el siglo XXI. Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: Nueva era, nuevos actores: Adaptar la Promoción de la Salud al siglo XXI. Organización Mundial de la Salud, Yakarta República de Indonesia, 21-25 de julio de 1997

8. Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. WHA51.12 Punto 20 del orden del día 16 de mayo de 1998 Promoción de la Salud. Washington, 1998.
9. Declaración de México hacia una mayor equidad. 11. Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud hacia una mayor equidad. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Santa Fe, México, 5-9 Junio 2000.
10. Carta de Bangkok para el Fomento de la salud. un mundo globalizado. VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Tailandia, Bangkok, 7-11 Agosto 2005.
11. GIL, LOPEZ, Enrique. GARCIA, GARCIA, Isabel. MERINO, MERINO, Begoña. BARRERA, J. Silvia. CORROCHANO, TRJILLO, M^a Jesús. DIAZ, LOPEZ, Alicia. PROMOCIÓN DE LA SALUD: GLOSARIO, 1998. pagina. 16.
12. VIGNOLO, Julio. VACAREZZA, Mariela. ALVAREZ, Cecilia. SOSA, Alicia. Niveles de atención, de prevención y de atención primaria en salud. pagina. 11-13.
13. AGUILAR VILLA, R. Alfonso. ASAMBLEA DEPARTAMENTA EN SANTANDER. p. 190. Disponible en: <http://www.asambleadesantander.gov.co/Doc/Foro/pddsantander.pdf>).
14. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención Prevención de la enfermedad Caja Costarricense de Seguro Social Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS) Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud).
15. OMS, 1998. *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud Levels of care, prevention and primaryhealthcarepag2*, Colimon K. *Niveles de Prevención. Citado 25/32010. Disponible en: <http://issuu.com/viejo03/docs/nameb7c044>.*

16. (Blanco Restrepo, Jorge Humberto. 2000. Salud Pública Tomo I. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, pagina. 4-5).
17. Colimon K. Niveles de Prevención. Citado 25/32010. Disponible en: <http://issuu.com/viejo03/docs/nameb7c044>.
18. García G, Rodríguez M, Benia W. Niveles y Estrategias de Prevención. En Benia W. Temas de Salud Pública. Tomo I. Montevideo, Fefmur. 2008. página. 19-26.
19. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud Levels of care, prevention and primaryhealthcare, pagina. 3).
20. *Panorama general Prevención de las enfermedades crónicas una inversión vital OMS*
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/.
21. DECLARACION DE ALMA-ATA Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
22. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
23. Donabedian A. The seven pillars of quality. ArchPatholLabMed 1990;11 4:1 115–8.Organización Panamericana de la Salud Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, © 2007pagina. 23.
24. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services 1992;22(3):429–45. y. Macinko J, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980–2001. Int J EquityHealth 2002;1(1):1. Organización Panamericana de la Salud Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la

Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, © 2007pagina. 24

25. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud página. 48
26. .Rev. salud pública. 13 (6): 885-896, 2011Artículos Originales/Original Articles 885Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria).
27. Acosta Naydú, Rodríguez Laura, Ruiz Myriam, Uribe Luz M, León MH. Aprendiendo de las experiencias de atención primaria en Santander. Universidad Industrial de Santander, 20.

ANEXO.

Anexo A. Describir los programas de protección específica y detección temprana de la E.S.E Hospital san Rafael de Oiba.

NOMBRE DEL PROGRAMA	POBLACIÓN OBJETO	COMO FUNCIONA EN LA ESE	EQUIPO DE TRABAJO	HORARIO Y DIAS DE ATENCION	COMO SE CAPTAN LOS USUARIOS
DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO	Todas las mujeres gestantes afiliadas al régimen subsidiado.	<p>Paciente quien factura su cita de control, el personal auxiliar de enfermería toma signos vitales y datos personales de la usuaria, luego se atiende por profesional según corresponda y vuelve a auxiliar de enfermería quien se encarga de programar próximo control.</p> <p>Si requiere valoración por otros profesionales y/o especialistas la profesión que brinda la atención remite.</p>	<p>Medico general hace la consulta.</p> <p>Enfermera Jefe que es la coordinadora</p> <p>Auxiliar de enfermería Hace Preconsulta.</p>	De Lunes a Viernes 7am -12 m. y 2pm a 6:00pm	<p>CAPTACION PASIVA: en consultas medico generales y/o urgencias.</p> <p>CAPTACION ACTIVA: demanda inducida, equipo extramural de APS.</p>
PROGRAMA AMPLIO DE INMUNIZACION.	Recién Nacidos, 2-4-6-12-18-23 meses, 5 años, M.E.F 10-49 años.	Dentro de la institución existe un servicio de vacunación el cual brinda atención todos los días y fines de semana si lo requiere.	<p>Enfermera Jefe coordinadora.</p> <p>Auxiliar de Enfermería solo para vacunación</p>	De Lunes a Viernes 7am -12 m. y 2pm a 6:00pm	Captación de RN en la atención del parto, servicios de urgencias, médico general, promoción y prevención, demanda inducida con el equipo APS:

NOMBRE DEL PROGRAMA	POBLACIÓN OBJETO	COMO FUNCIONA EN LA ESE	EQUIPO DE TRABAJO	HORARIO Y DIAS DE ATENCION	COMO SE CAPTAN LOS USUARIOS
PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN EL INDIVIDUO MAYOR DE 45 AÑOS.	Adulto sano mayor de 45 años.	Medico general realiza la atención del adulto sano cada quinquenio. Auxiliar de enfermería se encarga de toma de signos vitales y programación de citas.	Medico general hace consulta. Jefe de Enfermería coordinadora. Auxiliar de Enfermería preconsulta.	De Lunes a Viernes 7am –12 m. y 2pm a 6:00pm	CAPTACION PASIVA: en consultas medico generales, odontología y/o urgencias. CAPTACION ACTIVA: demanda inducida, por el grupo APS.
DETECCION TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL MENOR DE 10 AÑOS.	Niños y Niñas de 0 a 9 años	En la institución la auxiliar de enfermería se encarga de tomar medidas antropométricas, programar próximas citas y direccionar a medico general si es primera vez o Enfermera si son control de seguimiento	Medico general hace consulta. Jefe de Enfermería coordinadora. Auxiliar de Enfermería preconsulta.	De Lunes a Viernes 7am –12 m. y 2pm a 6:00pm	Desde el nacimiento por el servicio de Hospitalización, consultas medico general, demanda inducida, visitas casa a casa, Por avisos radiales y en brigadas extramurales
DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (10-29 AÑOS).	Todos los jóvenes entre (10-29 años).	En la institución la auxiliar de enfermería se encarga de tomar medidas antropométricas, programar próximas citas y direccionar a medico general y como apoyo enfermera jefe.	Medico general hace consulta. Jefe de Enfermería coordinadora. Auxiliar de Enfermería preconsulta.	De Lunes a Viernes 7am –12 m. y 2pm a 6:00pm	CAPTACION PASIVA: en consultas medico generales, enfermería, odontología y/o urgencias. CAPTACION ACTIVA: demanda inducida por el equipo APS.

NOMBRE DEL PROGRAMA	POBLACIÓN OBJETO	COMO FUNCIONA EN LA ESE	EQUIPO DE TRABAJO	HORARIO Y DIAS DE ATENCION	COMO SE CAPTAN LOS USUARIOS
DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	Niños de 4 años, jóvenes de 11, 16 y adultos de 45 años en adelante cada quinquenio	En la institución el profesional de salud que se encarga de realizar los tamizajes de agudeza visual es el médico general.	Medico general hace consulta. Jefe de Enfermería coordinadora. Auxiliar de Enfermería preconsulta.	De Lunes a Viernes 7am -12 m. y 2pm a 6:00pm	CAPTACION PASIVA: en consultas medico generales, enfermería, odontología y/o urgencias. CAPTACION ACTIVA: demanda inducida, equipo extramural APS.
DETECCION TEMPRANA DEL CANCER DE SENO	Mujeres mayores de 20 años.	Toda mujer mayor de 20 años en las consultas medicas y de promoción y prevención se les brinda educación sobre auto examen de mama y aquella mayor de 45 años se le ordena mamografía de cuatro proyecciones	Medico general hace consulta. Jefe de Enfermería coordinadora. Auxiliar de Enfermería preconsulta.	De Lunes a Viernes 7am -12 m. y 2pm a 6:00pm	CAPTACION PASIVA: en consultas medico generales, enfermería, odontología y/o urgencias. CAPTACION ACTIVA: demanda inducida, equipo extramural APS.
DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO	Toda MEF con vida sexual activa hasta los 69 años.	En la institución la usuaria debe facturar el servicio acercarse a consultorio de citología en donde una auxiliar de enfermería capacitada realiza la toma de la muestra, la lectura de esta es realizada fuera de la institución	Medico general hace lectura. Jefe de Enfermería coordinadora. Auxiliar de Enfermería preconsulta.	De Lunes a Viernes 7am -12 m. y 2pm a 6:00pm	CAPTACION PASIVA: en consultas medico generales, enfermería, odontología y/o urgencias. CAPTACION ACTIVA: demanda inducida, equipo extramural APS.

NOMBRE DEL PROGRAMA	POBLACIÓN OBJETO	COMO FUNCIONA EN LA ESE	EQUIPO DE TRABAJO	HORARIO Y DIAS DE ATENCION	COMO SE CAPTAN LOS USUARIOS
PLANIFICACION FAMILIAR	Toda mujer y hombre en edad fértil con vida sexual activa.	En la institución la auxiliar de enfermería se encarga de tomar medidas antropométricas, programar próximas citas y direccionar a medico general si es primera vez o Enfermera si son control de seguimiento	Medico general hace lectura. Jefe de Enfermería coordinadora. Auxiliar de Enfermería preconsulta.	De Lunes a Viernes 7am -12 m. y 2pm a 6:00pm	CAPTACION PASIVA: en consultas medico generales, enfermería, odontología y/o urgencias. CAPTACION ACTIVA: demanda inducida, equipo extramural APS.
TUBERCULOSIS		El paciente es captado como sintomático respiratorio y se programa consulta con el médico general dando prioridad se envían todos los exámenes necesarios en especial Bk se remite al laboratorio para que expliquen toma de muestra.	Medico general hace lectura. Jefe de Enfermería coordinadora. Auxiliar de Enfermería preconsulta. Bacteriólogo y Laboratorista Clínico.	De Lunes a Viernes 7am -12 m. y 2pm a 6:00pm	CAPTACION PASIVA: en consultas medico generales, enfermería y/o urgencias, charlas en la sala de espera. CAPTACION ACTIVA: demanda inducida, equipo extramural APS. Utilizan campañas de Educación Información y Comunicación con los medios locales como Radio y Televisión para captar sintomáticos.
LEPRA.	Toda la población en general	El médico general es quien realiza la primera valoración al paciente identificado como sintomático de piel y envía el examen baciloscopia de Hansen para	Medico general hace lectura. Jefe de Enfermería coordinadora.	De Lunes a Viernes 7am -12 m. y 2pm a 6:00pm	CAPTACION PASIVA: en consultas medico generales, enfermería y/o urgencias. CAPTACION ACTIVA:

NOMBRE DEL PROGRAMA	POBLACIÓN OBJETO	COMO FUNCIONA EN LA ESE	EQUIPO DE TRABAJO	HORARIO Y DIAS DE ATENCION	COMO SE CAPTAN LOS USUARIOS
		<p>realizar diagnostico</p> <p>Si es diagnosticado se ingresa al programa de Lepra.</p> <p>El tratamiento supervisado es entregado por la enfermera jefe hasta que termina el tratamiento</p>	<p>Auxiliar de Enfermería preconsulta.</p> <p>Bacteriólogo y Laboratorista Clínico.</p>		<p>demanda inducida, equipo extramural APS.</p>
HIGIENE ORAL	<p>A partir de los dos años de edad hasta los 19 a 20 años control placa.</p> <p>Aplicación de flúor en edad de 5 a 19 años.</p> <p>Aplicación de en edad de 3 a 15 años.</p> <p>Detartraje en edad a partir de los 12 años.</p>	<p>Las personas piden la cita directamente en el servicio de odontología, luego el paciente viene a consulta y se realiza toda la atención por parte de la odontóloga.</p>	<p>Higienista oral.</p> <p>Odontóloga Profesional.</p> <p>Ruralitos de Odontología Estudiantes Universitarios.</p>	<p>De Lunes a Viernes 7am –12 m. y 2pm a 6:00pm</p>	<p>CAPTACION PASIVA: en consultas medico generales, enfermería y/o urgencias.</p> <p>CAPTACION ACTIVA: demanda inducida, equipo extramural APS.</p>
HIPERTENSION ARTERIAL	<p>Todo paciente diagnosticado como hipertenso.</p>	<p>Primera consulta para diagnosticar pasa con médico general. Si medico lo diagnostica como hipertenso ingresa al programa.</p>	<p>Medico general hace lectura.</p> <p>Jefe de Enfermería</p>	<p>De Lunes a Viernes 7am –12 m. y 2pm a 6:00pm</p>	<p>CAPTACION PASIVA: en consultas medico generales, enfermería, odontología y/o urgencias.</p>

NOMBRE DEL PROGRAMA	POBLACIÓN OBJETO	COMO FUNCIONA EN LA ESE	EQUIPO DE TRABAJO	HORARIO Y DIAS DE ATENCION	COMO SE CAPTAN LOS USUARIOS
		<p>La auxiliar de enfermería direcciona al paciente le da cita para control de hipertensos es atendido nuevamente por medico genera quien envía el paquete de exámenes y luego se programa nueva cita para valorarlos y se da tratamiento.</p> <p>Luego la auxiliar programa las citas según orden del médico cada mes o dos meses y sigue control por enfermería usuarios con hipertensión controlada.</p>	<p>coordinadora.</p> <p>Auxiliar de Enfermería preconsulta.</p>		<p>CAPTACION ACTIVA: demanda inducida, equipo extramural APS.</p>
<p>DIABETES MELLITUS TIPO 1 y 2</p>	<p>Pacientes con síntomas de diabetes mellitus.</p>	<p>El médico general es quien realiza la primera valoración al paciente. Luego cada mes.</p> <p>Durante la fase de estabilización ambulatoria, la persona con diabetes tipo 1 se le da una consulta médica mensual, luego cada 3 meses y cada año control por nefrología, odontología y oftalmología cada dos años se envía pruebas tiroideas.</p>	<p>Medico general hace lectura.</p> <p>Jefe de Enfermería coordinadora.</p> <p>Auxiliar de Enfermería preconsulta.</p>	<p>De Lunes a Viernes 7am –12 m. y 2pm a 6:00pm</p>	<p>CAPTACION PASIVA: en consultas medico generales, enfermería, odontología y/o urgencias.</p> <p>CAPTACION ACTIVA: demanda inducida, equipo extramural APS.</p>