

IMPLEMENTACIÓN
ESTRATEGIA ATENCIÓN
PRIMARIA EN SALUD
MUNICIPIO DE SANTIAGO
DE CALI **2013-2015**



**ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI**

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI

**IMPLEMENTACIÓN ESTRATEGIA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MUNICIPIO DE
SANTIAGO DE CALI 2013-2015**

RECOPILACION DEL PROCESO

Implementación Estrategia de Atención Primaria en Salud.
Municipio de Santiago de Cali. 2013-2015

Secretaria de salud Pública Municipal

Editoras: Nhora Lucia Arias Quijano
Nelsy Patricia Villa Tombé

Junio de 2015-06-10

ISBN

La reproducción total o parcial de este libro deberá hacerse citando los créditos a los editores.

Cita sugerida: Arias NL, Villa NP, Implementación Estrategias de Atención Primaria en salud Municipio de Santiago de Cali 2013.2015

Alcalde Municipal de Santiago de Cali
Rodrigo Guerrero Velasco

Secretario de Salud Pública Municipal
Harold Alberto Suarez Calle

Responsable Grupo de Salud Pública y Epidemiología
Freddy Enrique Agredo

Coordinadora del Proyecto
Nelsy Patricia Villa Tombé

Editoras

Nhora Lucia Arias Quijano
Nelsy Patricia Villa Tombé

Tabla de Mapas

Mapa 1. Distribución de comunas y territorios cubiertos. Proyecto APS Cali. 2013-2015.....	33
--	----

Tabla de Tablas

Tabla 1. Comunas y Territorios cubiertos. Proyecto APS Cali. 2013- 2015.....	33
Tabla 2. Distribución de recurso humano contratado por año. Proyecto APS Cali. 2013-2015	34
Tabla 3. Inversión de recursos financieros. Proyecto APS . Cali. 2013-2015	35
Tabla 4. Distribución de viviendas visitadas y atendidas por comuna. Proyecto APS Cali. 2013-2015	35
Tabla 5. Distribución de viviendas visitadas y atendidas por territorio. Proyecto APS Cali. 2013-2015	36
Tabla 6. Distribución de familias visitadas y atendidas por Comuna. Proyecto APS Cali. 2013-2015.....	36
Tabla 7. Distribución de familias visitadas y atendidas por territorio. Cali. Proyecto APS 2013-2015.....	37
Tabla 8. Distribución de personas visitadas y atendidas por territorio. Cali. Proyecto APS 2013-2015.....	38
Tabla 9. Distribución de personas visitadas y atendidas por territorio. Cali. Proyecto APS 2013-2015.....	38
Tabla 10. Distribución de personas por edad y sexo . Proyecto APS Cali. 2013- 2015.....	39
Tabla 11. Distribución de embarazadas por comuna. Proyecto APS Cali 2013-2015	40
Tabla 12 Distribución de embarazadas por territorio. Proyecto APS Cali 2013-2015	41
Tabla 13 Distribución de maternas inasistentes a Control Prenatal por Comuna. Proyecto APS Cali 2013-2015.....	41
Tabla 14. Distribución de embarazadas inasistentes a Control Prenatal por Territorio. Proyecto APS. Cali. 2013-2015.....	42
Tabla 15. Asistencia a Crecimiento y Desarrollo en Menores de cinco años. Proyecto APS Cali. 2013-2015.....	42
Tabla 16. Asistencia a Control de Crecimiento y Desarrollo en menores de cinco años por Comuna. Proyecto APS. Cali. 2013.....	43
Tabla 17. Asistencia a Control de Crecimiento y Desarrollo en menores de cinco años por Comuna. Proyecto APS. Cali 2014	43
Tabla 18. Asistencia a Control de Crecimiento y Desarrollo en menores de cinco años por Comuna. Proyecto APS. Cali . 2015.....	43
Tabla 19. Asistencia a Crecimiento y Desarrollo en menores de cinco años por Territorio. Proyecto APS. Cali. 2013.....	44
Tabla 20 Asistencia a Crecimiento y Desarrollo en menores de cinco años por Territorio. Proyecto APS. Cali .2014.....	44
Tabla 21 Asistencia a Control de Crecimiento y Desarrollo en menores de cinco años. Proyecto APS. Cali. 2015.....	45
Tabla 22. Distribución de población reportada como no asegurada. Proyecto APS. Cali. 2013-2015.....	45

Tabla 23 Distribución población sin aseguramiento por territorios. Proyecto APS. Cali 2013-2015	45
Tabla 24 Distribución de familias con reporte de vacunación incompleta para menores de cinco años por comunas. Proyecto APS Cali 2013-2015	46
Tabla 25 Distribución de familias con niños menores de cinco años con esquema de vacunación incompleto por territorio. Proyecto APS. Cali. 2013-2015.....	47
Tabla 26 Distribución de riesgos en la vivienda. Higiene Locativa. Proyecto APS. Cali 2013-2015	47
Tabla 27. Distribución de riesgos en la vivienda. Servicios Públicos. Proyecto APS Cali 2013-2015	49
Tabla 28. Distribución de riesgos en la vivienda. Presencia de animales Proyecto APS. Cali. 2013-2015.	49
Tabla 29. Distribución de riesgos en la vivienda. Alimentos y químicos. Proyecto APS. Cali. 2013-2015	50
Tabla 30 Distribución ASIS por territorio y estado actual por año. Proyecto APS Cali. 2013-2015.....	51
Tabla 31. Distribución de la población por régimen de afiliación por Comuna. Proyecto APS. Cali. 2013.....	52
Tabla 32. Distribución de la población por régimen de afiliación por Comuna. Proyecto APS. Cali. 2014.....	52
Tabla 33. Distribución de la población por régimen de afiliación por Comuna. Proyecto APS. Cali. 2015.....	52
Tabla 34. Distribución de la población por régimen de afiliación por Territorio. Proyecto APS. Cali. 2013.....	53
Tabla 35. Distribución de la población por régimen de afiliación por Territorio. Proyecto APS. Cali. 2013.....	53
Tabla 36. Caracterización de líderes. Aspectos sociodemográficos. Proyecto APS Cali. 2015.....	54
Tabla 37. Caracterización de líderes. Características trabajo. Proyecto APS. Cali. 2015.....	55
Tabla 38. Caracterización de instituciones. Ubicación por Territorio. Proyecto APS. Cali. 2015.....	55
Tabla 39. Caracterización de instituciones. Ubicación por Comuna de la Sede. Proyecto APS. Cali. 2015.....	56
Tabla 40. Caracterización de instituciones. Características generales. Proyecto APS. Cali. 2015.....	56
Tabla 41. Caracterización de instituciones. Áreas de trabajo y población atendida. Proyecto APS. Cali. 2015.....	57
Tabla 42. Caracterización de instituciones. Trabajo con otros. Proyecto APS. Cali. 2015.....	58
Tabla 43. Caracterización de instituciones. Capacidad instalada. Proyecto APS. Cali. 2015.....	58
Tabla 44. Caracterización de instituciones. Aspectos relacionados con capacitación. Proyecto APS. Cali. 2015	59
Tabla 45. Caracterización de organizaciones. Ubicación por Territorio. Proyecto APS. Cali. 2015.....	60

Tabla 47. Caracterización de organizaciones. Características generales. Proyecto APS. Cali. 2015.....	60
Tabla 48. Caracterización de organizaciones. Áreas de trabajo y población atendida. Proyecto APS. Cali. 2015.....	61
Tabla 49. Caracterización de organizaciones. Capacidad instalada. Proyecto APS. Cali. 2015.....	62
Tabla 50. Caracterización de organizaciones. Trabajo con otros. Proyecto APS. Cali. 2015.....	62
Tabla 51. Caracterización de organizaciones. Aspectos relacionados con capacitación. Proyecto APS. Cali. 2015	63
Tabla 52. Monitoreo Metas Salud Publica.. Proyecto APS. Cali. 2013.....	65
Tabla 53. Monitoreo Metas Salud Publica. Proyecto APS. Cali. 2014	67

Tabla de Contenidos

1. INTRODUCCION	10
2. MARCO DE REFERENCIA	11
2.1 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	11
2.2 LA LEY 1438 DE 2011	16
3. OBJETIVOS DEL PROYECTO	19
GENERAL	19
ESPECÍFICOS	19
4. METODOS	20
PROCESO 1: DEFINICIÓN DE LINEAMIENTOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO	20
PROCESO 2 : SELECCIÓN Y VINCULACIÓN DE RECURSOS HUMANOS AL PROYECTO	23
PROCESO 3: CARACTERIZACIÓN DEL TERRITORIO	24
5. RESULTADOS	32
INFORMACIÓN GENERAL	32
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	34
INFORMACIÓN POR COMUNA Y TERRITORIO	35
VIVIENDAS CUBIERTAS POR COMUNA	35
VIVIENDAS CUBIERTAS POR TERRITORIOS	35
FAMILIAS CUBIERTAS POR COMUNA	35
FAMILIAS CUBIERTAS POR TERRITORIO	37
PERSONAS CUBIERTAS POR COMUNA	37
PERSONAS CUBIERTAS POR TERRITORIO	37
PERSONAS CUBIERTAS POR EDAD Y SEXO	39
RESULTADOS POR OBJETIVO	40
OBJETIVO 1	40
OBJETIVO 2	51
OBJETIVO 3	63
6. APRENDIZAJES	69
7. LIMITACIONES	69
8. RETOS	70
BIBLIOGRAFÍA	71

1. INTRODUCCION

La ley 1438 de 2011, plantea la Atención Primaria en Salud como una “estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios”. Adicionalmente, define tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. (República de Colombia. Ley 1438 de 2011)

A su vez, uno de los objetivos centrales del Plan de Desarrollo Municipal de Santiago de Cali 2012-2015 es avanzar en forma sensible en la construcción de bienestar para todos los ciudadanos, trabajando con diligencia y eficacia sobre sus múltiples determinantes, entre los que se incluyen salud. Para ello la línea Bienestar para todos pretende facilitar el acceso de la población del municipio a bienes y servicios con calidad y enfoque diferencial en salud, educación, cultura, deporte y recreación, promoviendo además la participación ciudadana, como derecho constitucional, la seguridad y convivencia en sus habitantes.

En este marco se formuló el Programa Servicios Individuales y Colectivos Eficientes ocupado de estrategias sectoriales, intersectoriales, institucionales e interinstitucionales y comunitarias, dirigidas a mejorar la capacidad de la comunidad, los individuos y las instituciones para promover, prevenir, mantener, recuperar y rehabilitar la salud de individuos y comunidades. Su objetivo es disminuir la morbilidad evitable, a través de la gestión de las acciones de salud pública y de la salud ambiental, la vigilancia y el control y de garantizar el acceso oportuno y de calidad a la prestación de servicios de salud. Dos de sus productos se relacionan con la Atención Primaria: Estrategia de Atención Primaria en Salud implementada y 10 Grupos operativos que implementan la estrategia de Atención Primaria en Salud. (Consejo Municipal de Santiago de Cali. , Plan de Desarrollo Municipio de Santiago de Cali 2012-2015)

En consecuencia, retomando los aprendizajes previos e integrando los imperativos normativos nacionales (República de Colombia. Ley 1438 de 2011) y locales (Consejo Municipal de Santiago de Cali. , Plan de Desarrollo Municipio de Santiago de Cali 2012-2015), la Secretaría de Salud Pública Municipal (SSPM) elaboró el proyecto “Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en territorios del Municipio de Cali”. (Cali, 2012)

El objetivo principal de la implementación del proyecto es disminuir la morbilidad evitable a través de la gestión de las acciones de salud pública y de la salud ambiental, la vigilancia y el control y de garantizar el acceso oportuno y de calidad a la prestación de servicios de salud.

En este contexto la SSPM asume el rol de autoridad sanitaria en la promoción y

prevención en los ámbitos colectivos e individuales, de vigilancia de la salud pública, de inspección, vigilancia y control, de gestión ambiental, de fortalecimiento de la capacidad resolutive de las Empresas Sociales del Estado de carácter municipal y de mejoramiento de la prestación de servicios de salud por las IPS públicas y privadas. (Consejo Municipal de Santiago de Cali. , Plan de Desarrollo Municipio de Santiago de Cali 2012-2015)

Este documento da cuenta del proceso de implementación del proyecto desde el año 2013 esta organizado a partir de los referentes teóricos, la propuesta inicial del proyecto, los resultados logrados y los aprendizajes del mismo

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Atención Primaria de Salud

Se considera como precursor de la atención primaria a J. Grant, quien estableció, sobre la base de su experiencia entre 1921-1959, algunos principios para la prestación de servicios de salud. Él resaltó la participación de la comunidad como uno de los principales aspectos en la eficiencia de los servicios de salud, hizo énfasis en la coordinación intra e intersectorial, se refirió a la tecnología apropiada, anotando que los métodos aplicados debían ser científicamente eficientes y socialmente aceptables y estableció algunas pautas para la regionalización de los servicios; sus postulados permanecieron vigentes a lo largo de la década de los 60. (Starfield, 1992) (Carrasquilla, 1982)

En la década de los 70's se definió la APS como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación". (Salud, 1978)

A comienzos de este milenio por parte de la Organización Mundial de la Salud(OMS) se planteó el desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria, los cuales debían estar basados en los principios de Alma-Ata de equidad, acceso universal, participación de la comunidad y acción intersectorial; tener en consideración cuestiones sanitarias generales de ámbito poblacional, reflejando y reforzando las funciones de salud pública; crear las condiciones necesarias para asegurar un suministro eficaz de servicios a los pobres y los grupos excluidos; asistencia integrada y sin fisuras, vinculando la prevención, la atención a enfermos agudos y la atención a enfermos crónicos en todos los elementos del sistema sanitario; evaluación continua de la situación para procurar mejorar el desempeño. (Organizacion Mundial de la Salud, 2000)

En las Américas se reconoce la importancia del enfoque de la APS pero también se ha evidenciado desacuerdos e interpretaciones inadecuadas acerca del tema. (Pan American Health Organization. , 2003). En general, las percepciones sobre el

papel de la APS en el desarrollo del sistema social y de salud pertenecen a cuatro categorías principales: La APS selectiva que se orienta a solamente a un número limitado de servicios de alto impacto para afrontar algunos de los desafíos de salud más prevalentes de los países en desarrollo. (Walsh JA, 1979). En otros casos la Atención Primaria se refiere a la puerta de entrada al Sistema de Salud y al sitio para la atención continua de salud de la mayoría de la población concepción con frecuencia utilizada en Europa y países industrializados y relacionada con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o familiar. (OMS/OPS)

La Alma Ata “APS Ampliada” define a la APS como un primer nivel amplio e integrado, que incluye elementos como participación comunitaria, coordinación intersectorial, y descansa en una variedad de trabajadores de la salud y practicantes de las medicinas tradicionales (Salud, 1978) e incluye como principios: respuesta a los más amplios determinantes de la salud; cobertura y accesibilidad universal según la necesidad; autocuidado y participación individual y comunitaria; acción intersectorial por la salud; tecnología apropiada y costo-efectividad en relación con los recursos disponibles. (Tarimo E, 1977)

Finalmente el Enfoque de Salud y Derechos Humanos es una filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales concibiendo la salud como un derecho humano y subrayando la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos. Se considera que hace un mayor énfasis en las implicaciones sociales y políticas de la Declaración de Alma Ata que en sus principios. (Movement, 2003)

Según los planteamientos de la OMS/OPS a medida que el concepto de APS se relacionó con el objetivo de “Salud para Todos en el Año 2000”, su significado y orientación también se ampliaron para incluir un amplio rango de resultados que excedían los límites de la responsabilidad del Sistema de Salud. (World Health Organization. , 1981) Con la llegada del nuevo milenio se hizo evidente la imposibilidad de alcanzar la meta de salud para todos y la necesidad de adoptar un enfoque renovado de la APS basado en las características del contexto actual como la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que es necesario afrontar; el imperativo de corregir las debilidades e inconsistencias de muchos de los actuales y ampliamente divergentes enfoques de APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas necesarios para que la APS sea mas efectiva; el reconocimiento de que la APS es una estrategia que ayuda a fortalecer las capacidades de la sociedad para reducir las inequidades en salud; y el consenso respecto a que la APS es un enfoque poderoso para abordar los determinantes sociales de la mala salud y la desigualdad.

El enfoque renovado de APS fue sido reconocido una condición esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, centrándose sobre las causas fundamentales de la salud, como lo ha definido la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, y codificando la salud como un derecho humano. La posición planteada por la Organización Panamericana de la Salud pretende entender la renovación de la APS como parte integral del desarrollo de

los Sistemas de Salud y deja claro que el camino más adecuado para producir mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas es basar los Sistemas de Salud en la APS.

Un **sistema de salud** abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud. Su responsabilidad va mas allá de mejorar la salud de las personas, implica también de protegerlas contra las pérdidas financieras del costo de la enfermedad y tratarlas con dignidad. (Organización Mundial de la Salud, 2000)

Un **Sistema de Salud Basado en la Atención Primaria de Salud** es un enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud, que hacen del derecho al logro del nivel de salud más alto posible su principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad. Incluye valores, principios y elementos. (OMS/OPS)

Valores

Los **valores** son la base sobre la cual se fundamenta el sistema, permiten establecer las prioridades y evaluar si los cambios sociales responden o no a las expectativas de la población. Su definición debe partir de un análisis de valores sociales, involucra y hace partícipes a los ciudadanos y a quienes toman las decisiones en el proceso de definir, articular y priorizar los mismos; los **principios** son el puente entre los valores sociales y los elementos estructurales y funcionales del sistema de salud y los **elementos** son los componentes básicos del sistema.

Los **valores** que se resaltan en el marco de Atención Primaria en Salud Renovada (APSR) son el derecho al nivel de salud mas alto, la equidad en salud y la solidaridad

El Derecho al nivel de salud más alto implica derechos ciudadanos y responsabilidades del Estado y otros actores, crea en el ciudadano la vía del recurso a la que puede recurrir cuando no son cumplidos los derechos; debe garantizar que los servicios tengan la capacidad de responder a las necesidades de la población; establece la necesidad de hacer rendición de cuentas en el sistema y hace énfasis en la orientación a la calidad, logrando máxima eficiencia y efectividad y minimizando daños y perjuicios

Equidad en salud es la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y ambientes saludables y en el trato que reciben los sistemas de servicios sociales y de salud.

Solidaridad es el grado en que los miembros de una sociedad se comprometen a trabajar conjuntamente por el bien común. Se requiere solidaridad social para garantizar que las inversiones en salud sean sostenibles, para proveer protección financiera y manejo mancomunado del riesgo en salud.

Como **principios** de la APSR se reconocen:

1. Respuesta a las necesidades de salud de la población: Implica que los sistemas de salud se centren en las personas de forma que puedan satisfacer sus necesidades de forma integral.
2. Orientación hacia la calidad: Los servicios además de responder a las necesidades de la población se anticipen a las necesidades de las personas y tratarlas con dignidad y respeto al tiempo que aseguran el mejor tratamiento posible a sus problemas de salud. Implica formación de recursos humanos con conocimientos clínicos fundados en la evidencia y con los instrumentos adecuados para actualización continua así como contar con procedimientos para evaluar eficiencia, efectividad y seguridad de las intervenciones preventivas y curativas, asignar recursos de manera apropiada y disponer de un sistema de incentivos apropiado.
3. Responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos: Busca asegurar que los derechos sociales sean garantizados y aplicados por el gobierno y que los ciudadanos sean protegidos de cualquier menoscabo de sus derechos. Requiere el seguimiento y mejoramiento continuo del desempeño del sistema de salud de manera transparente y sujeta a control social.
4. Justicia social: Las acciones gubernamentales deben asegurar el bienestar de los ciudadanos particularmente de los más vulnerables. Implica garantizar que todas las personas sean tratadas con respeto y dignidad; establecer objetivos de salud que incorporen metas específicas para lograr la mejoría de la cobertura de los pobres; asignar recursos adicionales que permitan satisfacer necesidades de las personas menos favorecidas; mejorar la educación y hacer uso de iniciativas que ayuden a los ciudadanos a conocer sus derechos; asegurar la participación de los ciudadanos en la planificación y control del sistema de salud y desarrollar acciones para intervenir los principales determinantes sociales de las inequidades en salud.
5. Sostenibilidad: Establecimiento de mecanismos que garanticen el financiamiento adecuado para satisfacer las necesidades actuales de salud de la población al tiempo que se planifica la satisfacción de los desafíos de salud futuros.
6. Participación: Considera a las personas socios activos de la toma de decisiones sobre asignación y uso de recursos, definición de prioridades y de los procesos de rendición de cuentas.
7. Intersectorialidad: El sistema debe trabajar con diferentes actores y sectores que le permitan impactar los determinantes de salud, contribuir con las actividades de desarrollo humano y lograr su potencial equidad.

Los **elementos** incluyen:

1. Acceso y cobertura universal: racionaliza la ubicación, operativización y financiamiento de todos los servicios de cada uno de los niveles a fin de eliminar barreras a la atención ya sea geográficas, financieras, organizacionales o socioculturales. Implica servicios aceptables para la población tomando en cuenta las necesidades locales en salud, la cultura y valores específicos de la comunidad. Determina si las personas realmente utilizarán los servicios e incluso si son accesibles.

2. Orientación familiar y comunitaria: Tiene un enfoque de salud pública que utiliza la información de la familia y la comunidad para evaluar los riesgos y asignar prioridades a las intervenciones. La familia y la comunidad se constituyen en el primer escalón de la planificación y de la intervención.
3. Atención integral: El rango de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de la población incluyendo proveer servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, ayuda paliativa y apoyo para el autocuidado.
4. Atención integrada: Coordinación entre las partes del sistema para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud. Debe involucrar mecanismos de referencia y contrarreferencia a lo largo de todos los niveles de atención en salud y a otros servicios sociales. Implica el desarrollo de redes de servicios y de prestadores, de sistemas de información y gestión apropiados, así como de incentivos, políticas y procedimientos, y de la capacitación de los proveedores, del personal y de los administradores.
5. Atención apropiada: Sus actividades apuntan a la persona en su integralidad a lo largo del ciclo vital. Procura que las intervenciones sean pertinentes, eficaces, eficientes y seguras y estén basadas en las mejores pruebas clínicas disponibles.
6. Énfasis en la prevención y en la promoción: Se incorpora la educación y consejería en salud en el ámbito clínico individual, la regulación y los enfoques basados en políticas que mejoren las condiciones de vida de las personas y ambientes de trabajo y las estrategias de promoción de la salud llevadas a cabo con otros componentes del sistema y otros actores.
7. Primer Contacto: Garantía del primer contacto del usuario con el sistema, familias y comunidades como base para la planificación y la acción con la intención de resolver la mayoría de sus problemas reconociendo que implica acciones mas allá del primer nivel de atención
8. Marco legal, político e institucional sólido: Desde la perspectiva de rectoría implica identificar, facultar y coordinar los actores así como las funciones, procedimientos , sistemas jurídicos y de financiamiento que posibiliten el cumplimiento de los sistemas de salud.
9. Recursos humanos adecuados: Implica la combinación adecuada de habilidades y conocimientos y ambientes de trabajo productivos con una formación que maximice los equipos interdisciplinarios e incentivos para el trato con dignidad y respeto, lo cual requiere planteamientos estratégicos, inversiones de largo plazo y coordinación entre políticas en este tema.

10. Recursos materiales adecuados y sustentables: Recursos en cantidad suficiente para brindar cobertura y acceso universal a partir de los datos disponibles de la situación de salud.
11. Organización y administración óptimas: Prácticas que posibiliten que la innovación mejore constantemente la organización y suministro de cuidados seguros, con los niveles de calidad apropiados brindando condiciones laborales satisfactorias a los trabajadores de salud y respondan flexiblemente a las necesidades de las personas.
12. Mecanismos activos de participación: Garantizar la transparencia y las responsabilidades en todos los niveles, incluso facultando a las personas para que manejen mejor su propia salud y estimulando a las comunidades a convertirse en coparticipantes activos en cuanto a fijar las prioridades de salud, así como la gestión, la evaluación y la regulación.
13. Promoción de acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y de la equidad en salud mediante la vinculación con el sistema de educación pública, los lugares de trabajo, los programas de desarrollo económico y urbano, los de desarrollo y comercialización agropecuarios, los de provisión de agua potable y servicios sanitarios (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

2.2 La ley 1438 de 2011

Esta norma jurídica promulgada en el año 2011 tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud cuyo marco es la estrategia Atención Primaria en Salud de forma tal que permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, brindando servicios de mayor calidad, incluyentes y equitativos, planteando que el centro y objetivo de todos los esfuerzos serían los residentes en el país.

Propone que el Sistema General de Seguridad Social en Salud se orienta a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto se plantea que deben concurrir las acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, definió la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la garantía de la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y la preservación de la sostenibilidad financiera del Sistema Art (República de Colombia. , p. Art 2)

Sobre la Atención Primaria en Salud define su adopción para el país y la misma

esta constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana. Art 12. Para la mencionada norma la APS 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 General de Seguridad Social en Salud”.

De igual forma refiere que la APS hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud.

Se plantea para su desarrollo que el Ministerio de la Protección Social (MPS) debe definir e implementar herramientas para su uso sistemático como los registros de salud electrónicos en todo el territorio nacional y otros instrumentos técnicos

Define como elementos para su implementación los siguientes:

- a.- Se rige por los principios de universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.
- b.- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- c.- Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud.
- d.- Cultura del autocuidado.□
- e.- Orientación individual, familiar y comunitaria.
- f.- Atención integral, integrada y continua.□
- g.- Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.
- h.- Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado.
- i.- Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutiveidad.
- j.- Participación activa de la comunidad.□
- k.- Enfoque territorial. (República de Colombia. , p. Art 13)

Define que el ente territorial conforme equipos básicos de salud acorde a la reglamentación del MPS para su habilitación y los define como un concepto funcional y organizativo que permite facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de APS y para su financiación y constitución deben concurrir el talento humano y recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud pública y de otros sectores que participan en la atención de los determinantes en salud. Para la norma la constitución de equipos básicos implica la reorganización funcional, capacitación y adecuación progresiva del talento humano y su adaptación a las necesidades y requerimientos de la población. (República de Colombia. , p. Art 15)

Define como sus funciones las siguientes:

- a) Realizar el diagnóstico familiar, de acuerdo con la ficha unificada que se defina a nivel nacional.
- b) Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios por edad, sexo, raza y etnia.
- c) Informar sobre el portafolio de servicios de la protección social en salud a las familias de acuerdo a sus necesidades y a las Políticas y reglamentación de dichos servicios.
- d) Promover la afiliación al sistema, la identificación plena de las familias, de manera que al identificar una persona no afiliada al sistema se inicie el trámite de afiliación para que puedan acceder a los servicios de protección social.
- e) Inducción a la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública.
- f) Facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- g) Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria. (República de Colombia. , p. Art 16)

Adicionalmente define fuentes de financiación para las acciones de salud pública, promoción y prevención en el marco de la estrategia de APS art 43 y 43 y adicionalmente establece las redes integradas de servicios de salud como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda 60 y define la Estrategia de APS como la guía para la organización y funcionamiento de la red. (República de Colombia. , pp. Art 61-62)

En otro aparte de la mencionada norma define la APS como modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género como un criterio determinante para la confirmación de las redes integradas de servicios de salud. (República de Colombia. , p. Art 63)

3. OBJETIVOS DEL PROYECTO

General

Fortalecer la gestión de la Atención Primaria en Salud en territorios de las comunas 1,3,6,7,13,14,15,16,21,20,18 mediante la conformación de equipos operativos

Específicos

- Mejorar la capacidad analizar y evaluar información sobre condiciones de salud de territorios
- Fortalecer la vigilancia, evaluación y monitoreo de programas y metas de interés en salud pública en territorios.
- Incorporar el ejercicio de la intersectorialidad en los territorios
- Mejorar la movilización social para ejercer la participación en salud
- Fortalecer la gobernabilidad de la Autoridad Sanitaria en territorios

4. METODOS

Para el logro de los objetivos se definieron como procesos

1. Definición de lineamientos para la ejecución
2. Selección y vinculación de personal
3. Caracterización
4. Planificación de intervenciones
5. Intervención individual, familiar y comunitaria
6. Monitoreo

Proceso 1: Definición de lineamientos para la ejecución del proyecto

El objetivo de este proceso fue definir los lineamientos para la implementación del proyecto mediante la concertación de acciones intrainstitucionales, la selección de territorios y la elaboración del plan de acción del proyecto.

Para este proceso se ha definieron como procedimientos

1. Concertación de acciones intrainstitucionales
2. Selección territorios
3. Elaboración plan de acción del proyecto

Procedimiento 1: Concertación de acciones intrainstitucionales

Se realizo en el año 2014 y pretendió establecer acuerdos al interior de la Secretaria de Salud Municipal frente a los resultados esperados en el territorio, las acciones a desarrollar y los mecanismos de coordinación.

Para ello se realizaron las siguientes actividades:

1. Identificación de las áreas de la secretaria a involucrar: A partir de la revisión del Plan de Desarrollo se identificaron las metas en salud publica y revisando el organigrama de la Secretaria se identificaron las áreas a involucrar Salud Materna, Salud Infantil, Aseguramiento, Tuberculosis y Salud Ambiental.
2. Revisión de documentos técnicos: Se identificaron los documentos técnicos pertinentes para la búsqueda de esfuerzos continuos para lo cual se generó un inventario de documentación disponible. Se incluyó el documento del proyecto, el Plan de Desarrollo vigente a fin de identificar los resultados esperados, programas y acciones relacionadas no solo con el proyecto de APS sino con el quehacer de la Secretaria de Salud y los puntos de articulación con el proyecto de APS así como el Plan Operativo Anual de la Secretaria de Salud. Adicionalmente se revisaron los lineamientos del Ministerio de Salud relacionados con el Plan Decenal de Salud Publica, el Plan de Desarrollo Municipal y el Plan Territorial de Salud
3. Elaboración de material de apoyo: Se elaboraron presentaciones donde se evidenciaba los elementos comunes de los documentos con las metas en salud publica para proponer mecanismos de articulación con las diferentes áreas.

4. Concertación de reuniones: Mediante comunicación personal con los referentes de áreas de la Secretaría se coordinaron fechas de reunión.
5. Reuniones de trabajo: Se efectuó reunión con cada una de las áreas de la secretaria en las cuales se presentaban los objetivos y agenda de la reunión, posteriormente la correspondencia desde lo documental entre el escenario nacional y municipal en el tema y la propuesta de mecanismos de articulación con el proyecto. Se levanto acta de la reunión y se envió por correo electrónico para la revisión y recepción de comentarios
6. Aprobación de actas. Una vez recibidos los comentarios en caso de presentarse se elaboraron los ajustes a las actas y se archivaron

Se definieron como metas las siguientes:

SALUD MATERNA

Monitoreo y acciones individuales, familiares y comunitarias frente a

- 0 casos de mortalidad materna
- 95 %cobertura control prenatal
- 75% cumplimiento numero de controles prenatales(4)

SALUD INFANTIL

Monitoreo y acciones individuales, familiares y comunitarias frente a

- 0 casos de mortalidad infantil
- 95 %cobertura vacunación adecuada para edad en menores de un año
- 95 %cobertura vacunación adecuada para edad en niños de 1 a 4 años

ASEGURAMIENTO

Monitoreo y acciones individuales, familiares y comunitarias frente a

- 85 % cobertura de aseguramiento en población elegible
- 100% cobertura de aseguramiento en personas victimas del conflicto interno

TUBERCULOSIS

Monitoreo y acciones individuales, familiares y comunitarias frente a

- 0 mortalidad por TB
- 85% curación de pacientes con TB pulmonar
- 80% de diagnostico oportuno por sitio y tiempo

SALUD AMBIENTAL

Monitoreo y acciones individuales, familiares y comunitarias frente a

- 95 % cobertura vacunación caninos y felinos

Procedimiento 2: Selección de territorios para la ejecución del proyecto

Este procedimiento se realizó antes del inicio del proyecto y en él se definieron los territorios de intervención. A continuación se relacionan los criterios definidos

- Metas establecidas en Planes de Salud pública y de Desarrollo Mpal.

- Identificación de situaciones prioritarias de salud pública, teniendo como base el perfil epidemiológico.
- Identificación de problemáticas ambientales críticas a partir del reconocimiento de los factores de riesgo sanitarios del ambiente presentes por comuna y corregimiento
- Identificación de problemáticas sociales con base en la experiencia y presencia en los territorios de los equipos multidisciplinarios de la Secretaría de Salud pública Municipal.
- Identificación de las acciones colectivas de salud pública operando.
- Contar con un referente de articulación en territorio: grupos organizados de la comunidad e instituciones con los que se ha desarrollado un proceso donde se han fortalecido las alianzas, se han generado confianzas y se han construido espacios de trabajo participativo.
- Interés manifiesto de trabajar temáticas que aportan al desarrollo integral del territorio.
- Cabe anotar que, con estos criterios, la selección concordó con “la estrategia de intervención denominada Territorios de Inclusión y oportunidades- TIO, que prioriza de acuerdo con la división político-administrativa del municipio, las áreas donde se registran indicadores críticos de pobreza, violencia y seguridad”, planteada en el Plan de desarrollo 2012-2015 en la línea 1 Equidad para todos.

Procedimiento 3 Elaboración del Plan de Acción del proyecto

Este procedimiento permitió establecer la fecha de inicio de trabajo de campo, definir las necesidades de recurso para la ejecución anual del proyecto así como las acciones a realizar en el territorio y los indicadores para monitoreo.

Para ello se realizaron las siguientes actividades:

1. Revisión general del proyecto: Una vez aprobado por la oficina de Planeación de la Secretaria de Salud la coordinación del proyecto retomó el documento aprobado con el fin de identificar si se realizaron cambios durante el proceso de aprobación y definió la operación del mismo, para lo cual se revisaron los objetivos, actividades y tiempos para la ejecución de las acciones. Adicionalmente se preparó una presentación del mismo.
2. Elaboración de matrices de planificación: A partir de la revisión del proyecto se generaron instrumentos para facilitar la ubicación de información relacionada con resultados esperados para cada uno de los objetivos y/o áreas de trabajo.
3. Reuniones de trabajo: Se realizaron múltiples reuniones del equipo coordinador del proyecto a fin de generar el plan de trabajo del proyecto
4. Aprobación de actas: La persona encarga de la elaboración del acta una vez elaborada la envió a los participantes a fin de identificar aspectos a ajustar y una vez efectuados los ajustes se envió la versión final a los asistentes

Las actividades definidas para cada objetivo fueron

- Evaluar y analizar información sobre condiciones de salud de las comunas más vulnerables de la ciudad
 - Visita domiciliaria caracterización/ seguimiento
- Incorporar el ejercicio de la intersectorialidad en las comunas mas vulnerables de la ciudad
 - Direccionamiento a servicios
 - Educación individual familiar y comunitaria
 - Actividades comunitarias frente a metas y resultados en salud
 - Concertación, ejecución y monitoreo de plan de acciones familiares
 - Acciones de vigilancia en salud publica
 - Planificación intersectorial e intrasectorial
 - Proyectos
- Monitorear las metas de salud publica en los territorios priorizados
 - Seguimiento resultados

Proceso 2 : Selección y vinculación de recursos humanos al proyecto

El objetivo de este proceso fue seleccionar y vincular el personal adecuado a las necesidades del proyecto. Se identificaron como procedimientos Selección del personal y vinculación al proyecto.

El procedimiento 1 (Selección del personal) corresponde a lo definido por la dependencia de la Secretaria de Salud encargada del mismo.

Procedimiento 2 Vinculación del personal al proyecto

El procedimiento vinculación pretendía la incorporación del personal contratado o asignado al proyecto mediante el proceso de inducción

Para ello se realizaron las siguientes actividades:

1. Elaboración de la propuesta de inducción: Se revisaron los documentos descritos como insumos para identificar los propósitos de la inducción, las temáticas a abordar, la duración de las sesiones, los instrumentos de evaluación y la logística requerida para ello. A partir de esta revisión se generó un documento que incluyo introducción, objetivos, contenidos, actividades, recursos, evaluación y agenda de inducción. Adicionalmente se definió la logística en términos de escenarios, materiales, dotación para la realización de las actividades de inducción
2. Ejecución de la inducción: Acorde a lo definido en el documento “Propuesta de inducción” se desarrollaron las sesiones propuestas, para lo cual se generaron documentos preparatorio de la sesión que incluía los siguientes elementos objetivos, contenidos, actividades, recursos, evaluación y agenda de la sesión
3. Aprobación de actas: La persona encarga de la elaboración del acta una vez elaborada la envió a los participantes a fin de identificar aspectos a ajustar y una vez efectuados los ajustes se envió la versión final a los asistentes

Proceso 3: Caracterización del territorio

El objetivo de este proceso fue establecer línea de base del proyecto a nivel individual, familiar y comunitaria mediante el acercamiento a la comunidad, la recolección de información, el procesamiento y análisis de información individual, familiar y colectiva.

Para este proceso se han definieron los siguientes procedimientos

1. Acercamiento a la comunidad
2. Recorrido en el territorio
3. Preparación para la recolección
4. Recolección de información
5. Procesamiento de información
6. Análisis de información
7. Generación de informes

Procedimiento 1 Acercamiento a la comunidad

Este procedimiento pretendió establecer con los actores comunitarios e institucionales la pertinencia de realización del trabajo, identificar y realizar ajustes de la propuesta inicial de trabajo en términos de territorio a cubrir, elaborar cronograma para acompañamiento (En Caso Necesario-ECN) y definir el rol de los actores comunitarios e institucionales en el proyecto.

Para ello se realizaron las siguientes actividades:

1. Identificación de líderes, organizaciones sociales e instituciones presentes en el territorio: A partir de la revisión de información disponible del territorio los miembros del equipo identificaron los diferentes actores presentes, para lo cual se elaboraron un inventario de la información disponible y asignaron entre los miembros del equipo la revisión de los mismos y la elaboración de un resumen que permita fácilmente identificar la pertinencia de la misma.
2. Convocatoria a líderes, organizaciones sociales e instituciones presentes en el territorio a reunión de trabajo: De manera telefónica, electrónica y /o personal se contactaron a las personas, organizaciones e instituciones relacionadas en el inventario para participar en una reunión de presentación de la propuesta y escuchar las apreciaciones a la misma.
Una vez efectuado el contacto telefónico en los casos que se considero necesario se hizo llegar carta de invitación con información sobre el objetivo, la agenda, la fecha y hora de inicio y de terminación de la reunión en original y copia, la original se dejó con la persona y la copia firmada se guardó en el archivo del proyecto. En caso de comunicación electrónica se solicitó el envío del correo con acuso de recibido y confirmación de la asistencia a la actividad, la información electrónica se guardó en carpeta electrónica como soporte.
Dos días antes de la actividad se contactaron a los convocados para confirmar su participación en la misma y se diligenció el formato correspondiente al Listado de personas convocadas a reuniones
3. Organización logística de la reunión: De manera simultanea a la convocatoria se identificó el espacio de reunión, la logística necesaria para

la actividad y se realizaron las tareas para lograr disponer de lo necesario para una adecuada reunión.

4. Reunión de trabajo con líderes, organizaciones sociales e instituciones para establecer acuerdos y definir compromisos: El día de la reunión se inició con la bienvenida a los participantes, una presentación de los asistentes y una exploración de expectativas. Posteriormente se presentaron los antecedentes de la propuesta, el plan de trabajo preliminar elaborado por el equipo. A continuación se generó un espacio de discusión de los aspectos positivos y limitaciones de la misma y se exploró la pertinencia de realización del proyecto con los convocados.

Posteriormente se trató de establecer el rol de los asistentes en el desarrollo del proyecto y se realizaron los ajustes al plan de ser necesario. Si se consideraba relevante se acordaron las fechas y horarios de realización del recorrido con el equipo. Adicionalmente se levantó un inventario de información disponible por los actores sobre el territorio para complementar lo existente utilizando el formato de inventario. Terminada la actividad se leyeron los compromisos, responsables y fechas límite de cumplimiento y se acordó la fecha para entrega del acta para revisión y posterior aprobación.

5. Aprobación de actas: La persona encarga de la elaboración del acta una vez elaborada la envió a los participantes a fin de identificar aspectos a ajustar y una vez efectuados los ajustes envió la versión final a los asistentes

Procedimiento 2 Recorrido en el territorio

Es aquel que realizado en un territorio o espacio geográfico-poblacional que tuvo como objetivo entrar en contacto con las personas, su medio ambiente e identificar del ecosistema lo más relevante que caracteriza e individualiza el territorio que se ha delimitado. Permite además, identificar problemas, características, necesidades, factores condicionantes, recursos comunitarios e institucionales, así como otros detalles de importancia en el territorio¹.

El recorrido de los territorios se traduce en un primer acercamiento al entorno, a los sujetos que lo forman y a los procesos de transformación que en él ocurren por la interacción de éstos. En este sentido, articula la información empírico-descriptiva del territorio y la vivencia que de éste tienen los sujetos, como base para el reconocimiento del espacio de trabajo.

Para ello se realizaron las siguientes actividades:

1. Contacto con líderes y actores institucionales para ubicación de mapas disponibles en el territorio: Se revisó la información existente en el territorio para identificar la existencia de mapas. En caso de encontrarse

¹ Republica Dominicana. Secretaria de Estado de Salud Publica y Asistencia Social. Comisión ejecutiva para la reforma del sector salud. Serie Guías y Manuales para el Desarrollo del Primer Nivel de Atención No. 2.1 Guía para la elaboración de croquis de las unidades de atención primaria. 2008

se verifico la disponibilidad de los siguientes datos: Fecha de elaboración del mapa, autores, puntos de referencia, información disponible. Con el inventario de actores se estableció contacto telefónico, electrónico ó personal a fin de indagar la existencia y disponibilidad de mapas y se establecieron los acuerdos para la entrega de la información bien sea en medio físico, magnético u otros medios.

2. Revisión de los mapas disponibles para ubicación en el espacio: Recibidos los mapas se verificó los siguientes datos: fecha de elaboración del mapa, autores, puntos de referencia, información disponible. Simultanea a la revisión de la información disponible se revisó la guía de elaboración del croquis y los mapas a fin de ubicar los siguientes elementos: Fecha de elaboración del mapa, Autores, Puntos de referencia, Información disponible y la información faltante en el mapa.
3. Contacto con lideres y actores institucionales para el recorrido : De haber sido acordado previamente con los lideres y actores institucionales se realizó contacto para recordar la fecha de realización del recorrido y confirmar hora y sitio de encuentro. De otra parte en los sitios donde fue posible se dejó carta escrita con la información a modo de recordatorio y se firmó la copia del recibido. En caso de comunicación electrónica se solicitó al envío del correo acusar recibido y enviar confirmación de la asistencia a la actividad, la información electrónica se guardó en carpeta electrónica como soporte.
4. Recorrido por el territorio: El (los) día(s) acordado(s) se realizó caminata por el territorio con el apoyo de la guía definida para tal fin. Las anotaciones que sobre el territorio se hicieron durante el recorrido son de suma importancia para determinar algunos obstáculos que pudieran afectar la cobertura deseada en el trabajo de los equipos y servir de insumos para la planificación de las intervenciones y buscar soluciones de los problemas de salud en el territorio².
5. Levantamiento y/o actualización de croquis: Se levantó y/o actualizó el croquis del territorio teniendo como referente el material propuesto
6. Levantamiento y/o actualización del mapa: Con el croquis elaborado ubicó la información detallada del territorio. Se generaron capas para los temas clave del mismo:
 - Aspectos físicos: Se ubicaran accidentes geográficos (montañas, etc.), hidrografía(ríos, cañadas) ,etc.
 - Vivienda: Se ubicaran las manzanas y viviendas
 - Equipamiento urbano: Se ubicaran los elementos identificados relacionados con los aspectos definidos al respecto en el “Análisis Integrado de Situación de Salud del territorio”(ASIS) como instituciones públicas y privadas, centros de salud, escuelas,

² Republica Dominicana. Secretaria de Estado de Salud Publica y Asistencia Social. Comisión ejecutiva para la reforma del sector salud. Serie Guías y Manuales para el Desarrollo del Primer Nivel de Atención No. 2.1 Guía para la elaboración de croquis de las unidades de atención primaria. 2008

colegios, iglesias, clubes, tiendas, fabricas, plazas, mercados, fuentes de abastecimientos de agua, campos deportivos.

- Organizaciones sociales e instituciones: Se ubicara la información de puntos de ubicación de lideres, espacios de reuniones de las organizaciones sociales y de atención de las instituciones que operan en el territorio.
- Riesgos identificados

Posteriormente se realizó un nuevo recorrido para contrastar el mapa con la realidad observada y hacer los ajustes correspondientes.

Procedimiento 3 Preparación para la recolección de información

Este procedimiento pretendía disponer de insumos para la recolección de información y definir el plan de trabajo de la recolección en los escenarios definidos para el proyecto (vivienda y comunidad)

Para ello se realizaron las siguientes actividades:

1. Definición de información a recolectar: A partir de la revisión del documento general del proyecto se identificaron los aspectos que requerían información a recolectar en el territorio en los escenarios vivienda, entorno, etc., y se elabora un listado de instrumentos disponibles que potencialmente pueden ser utilizados en la recolección.
2. Definición de instrumento a aplicar: Se realizaron sesiones de trabajo en las cuales se contrasto la información requerida con los instrumentos identificados y se definieron cual o cuales debían usarse. En caso de no contar con instrumento acorde a las necesidades se elaboro uno que se sometió a discusión por parte de los responsables del escenario a trabajar. Para el escenario vivienda, familia e individuo se había definido previamente la aplicación de formatos. Para el escenario comunitario se generaron instrumentos para la caracterización de lideres, instituciones y organizaciones.
3. Elaboración de manual de recolección: En aquellos instrumentos que no contaban con manuales de recolección de información se elaboraron por parte del equipo y se sometieron a discusión y aprobación en reunión de coordinación.
4. Capacitación al equipo encargado de recolección: En las sesiones definidas para entrenamiento del equipo se realizó la presentación del instrumento y el manual de recolección. Estas actividades contaron con ejercicios prácticos y se documentaron los comentarios y sugerencias a los mismos y se discutieron en reunión del equipo coordinador para evaluar la necesidad de ajuste
5. Prueba piloto: Efectuada la capacitación se efectuó la prueba piloto de los instrumentos y de la metodología para su aplicación en un escenario no mayor a una manzana dependiendo del tamaño del equipo y las condiciones del territorio para el caso de individuos y familias y en algunas instituciones, organizaciones y lideres. Para ello se aplicaron los pasos definidos en el manual del instrumento y las orientaciones para el proceso

de recolección de información. Se tomo nota de las diferencias entre lo propuesto y la realidad para la elaboración del informe.

6. Reunión de evaluación de la prueba piloto: Terminada la prueba piloto, se realizó una reunión de evaluación en la cual se contrastó lo propuesto en el manual y los resultados de la prueba para definir los ajustes. Se hizo énfasis en los aspectos positivos y las oportunidades de mejora.
7. Ajuste de procedimiento de recolección (ECN): A partir de la discusión efectuada en la evaluación de la prueba piloto se realizaron los ajustes correspondientes por parte de los miembros del equipo asignados para esta actividad. Los ajustes se socializaron y aprobaron en reunión del equipo.
8. Organización de materiales de apoyo para recolección: Terminada la capacitación se definió la fecha de inicio de recolección y una semana antes de la fecha acordada se organizaron de manera física todos los materiales a requerir, se rotularon por persona y se asignaron responsables semanales de mantener el número mínimo disponible de cada uno y de reportar las necesidades a la coordinación de zona.
9. Contacto con involucrados (familias, organizaciones, instituciones) para aplicación de formatos de recolección: Cada equipo con el conocimiento previo del territorio definió las estrategias a utilizar para informar a los involucrados el propósito, la duración, los documentos requeridos para la aplicación de los formatos. Estos apoyos incluyeron mensajes para leer en sitios de concentración, carteles para ubicar en sitio clave; volantes para los domicilios, material para líderes y funcionarios de instituciones.

Procedimiento 4 Recolección de información

Este procedimiento pretendía contar con información oportuna y de calidad en los escenarios entorno, vivienda y de los habitantes del territorio

Para ello se realizaron las siguientes actividades:

1. Visita domiciliaria para aplicación instrumentos: Una vez ubica la vivienda a visitar el(la) auxiliar de enfermería se presentaba y presentaba el instrumento, explicando claramente el objetivo de la aplicación del mismo. A continuación leía cada uno de los aspectos a indagar, en el caso de preguntas realizaba la lectura textualmente tal como aparecía formulada.

Cuando la persona que suministra la información no comprendía la pregunta podía explicar el contenido sin cambiar el sentido de la frase. A continuación seguía estrictamente el orden y la forma de hacer las preguntas, es decir, se ceñía a las instrucciones recibidas. Terminada la aplicación y antes de despedirse revisaba que todos los aspectos contemplados habían sido desarrollados y marcadas las opciones correspondientes, se despedía con cordialidad, agradecía a nombre personal y de la Secretaria de Salud la colaboración prestada y el tiempo dedicado al suministro de la información, de igual forma informaba la posibilidad de una llamada telefónica de su supervisor para verificar información o una visita y dejaba abierta la posibilidad de regresar.

Si identificaba que la familia contaba con una gestante, un menor de cinco años, una persona con síntomas respiratorios o con diagnóstico de TB le informaba que volvería nuevamente a visitarla. Adicionalmente en caso de gestante sin control, menor de cinco años sin vacunas o sin asistencia a control de crecimiento y desarrollo, persona con síntomas respiratorios o con diagnóstico de TB sin tratamiento y/o mujer se direccionaba al servicio de salud correspondiente

2. Visita a líderes, organizaciones e instituciones: El profesional social del equipo establecía contacto previo para la aplicación de los instrumentos y posteriormente efectuaba la aplicación en el escenario acordado para ello.
3. Revisión diaria de diligenciamiento de formatos para control de calidad: Al finalizar la jornada la auxiliar revisaba los formatos diligenciados verificando que el completo y correcto diligenciamiento, los organizaba y diligenciaba el formato de entrega. En el punto de encuentro definido previamente con la coordinadora y el auxiliar administrativo el(la) auxiliar de enfermería hacía entrega de los formatos diligenciados y esperaba a la revisión de los mismos para definir si eran aprobados o no. Los formatos aprobados era digitados posteriormente y aquellos no aprobados fueron devueltos para reprogramar visita entre la coordinadora de territorio y el(la) auxiliar de enfermería y entregados nuevamente para revisión y aprobación en un plazo no mayor a tres días.
4. Aplicación de mecanismos de verificación en terreno de la calidad y veracidad de la información: Se definieron varios mecanismos unos realizados en terreno y otros vía telefónica

Mecanismos de verificación en terreno:

a.- Durante las dos primeras semanas de inicio del procedimiento de recolección el(la) auxiliar administrativo y/o la coordinadora de territorio acompañaron al auxiliar de enfermería durante el desarrollo de la visita con el fin de identificar errores en el proceso de recolección de información. De manera cordial orientaron simultáneo al desarrollo de la actividad, en caso de encontrar problemas como omisión de preguntas, marcación incorrecta, etc. En otras ocasiones efectuaron la realimentación al finalizar la visita siempre manteniendo un espíritu colaborativo. Se elaboró un breve informe de las situaciones presentadas a fin de facilitar el reforzamiento de los aspectos clave por parte de la coordinadora de territorio, el informe se efectuó por escrito y al final de la primera y segunda semana (los días viernes) se envió al estadístico del proyecto vía correo electrónico con el nombre del(la) auxiliar de enfermería y las situaciones encontradas.

b.- Al finalizar la jornada de recolección en el punto de encuentro se verificó que los formatos estuviesen completa y correctamente diligenciados, en caso de omisión de respuestas, marcación incorrecta o inconsistencias procedieron a devolver el formato a la persona que lo aplicó. La información consolidada en el formato definido se envió diariamente al estadístico del proyecto y a la coordinadora y el consolidado semanalmente los días viernes

c.- Se efectuó al día siguiente a la visita llamada al 10 % de los formularios aplicados utilizando una tabla de números aleatorios. Durante la llamada se indagaron algunos aspectos como número de personas en la vivienda, edades, presencia de gestantes, presencia de síntomas respiratorios y otras que consideren claves siguiendo las instrucciones del estadístico del proyecto. En caso de inconsistencias en la información se reportaron al coordinador de territorio y al estadístico a fin de tomar los correctivos necesarios. La información consolidada se enviaba semanalmente al estadístico del proyecto y a la coordinadora los días viernes. El estadístico reportaba semanalmente en las reuniones del equipo coordinador la información consolidada y las situaciones especiales que a su juicio ameritaban discusión.

d.- Revisita para verificación de información: La coordinadora del territorio realizó revisita a aquellas familias en las cuales se encontró inconsistencias superiores al 10% de la información y/o a aquellas en las cuales consideró necesario. Esta información se reportaba vía correo electrónico semanalmente a la coordinadora de zona quien a su vez informaba semanalmente en las reuniones del equipo coordinador

5. Revisita domiciliaria para completar información y/o verificación de la misma (ECN): Identificadas las fichas con inconsistencias, omisiones y /o errores se programaba inmediatamente la revisita por parte de la coordinadora de territorio y el(la) auxiliar de enfermería.

El día definido para ello el(la) auxiliar de enfermería se presentaba nuevamente, indagaba por la persona que previamente suministro la información y explicaba la omisión, inconsistencia o error y procedía a hacer el ajuste. En caso de que la persona no se encontrara solicitaba la información a un adulto presente en el domicilio, en caso de que no estuviese presente ningún adulto reprogramaba nuevamente la visita. Una vez diligenciado el instrumento se revisaba y se entregaba al final de la jornada junto con el resto de los formatos utilizando el reporte definido.

Todos los formatos que sometidos a revisita tuvieron verificación vía telefónica por parte del auxiliar administrativo. En caso de inconsistencias en la información se reportaron al coordinador de territorio y al estadístico a fin de que se tomaran los correctivos y al igual que en lo descrito previamente consolidaba en el formato definido, enviaba semanalmente al estadístico del proyecto y a la coordinadora los días viernes. De igual forma el estadístico reportaba semanalmente en las reuniones del equipo coordinador la información consolidada y las situaciones especiales que a su juicio ameritaban discusión

6. Para el caso de los instrumentos aplicados a organizaciones sociales e instituciones cada profesional verificaba el correcto y completo

diligenciamiento de la información antes de entregar a la persona responsable de procesamiento.

Procedimiento 5 Procesamiento de información

Mediante este procedimiento se pretendía contar con información de calidad para el análisis de los escenarios entorno, vivienda y de los habitantes del territorio.

Para ello se realizaron las siguientes actividades:

1. Generación de aplicativos de captura de información: Definidos los instrumentos a aplicar se elaboraron por parte del estadístico del proyecto las aplicaciones de captura de información en el programa definido
2. Prueba piloto de procesamiento de información: Acorde a las definiciones de responsabilidades las personas encargadas de la digitación registraron fielmente la información consignada en los instrumentos entregados por el personal encargado de recolección de información durante el periodo definido como de prueba.
3. Reunión de evaluación de la prueba piloto: Posterior a la finalización del periodo definido como prueba piloto de la digitación se efectuó la evaluación de ésta actividad convocada por el estadístico del proyecto con el fin de reportar situaciones encontradas, identificar fortalezas y oportunidades de mejora en el procedimiento y recomendaciones para tener en cuenta en el ajuste del manual de procedimientos.
4. Ajuste de manuales de procedimientos: Efectuada la actividad anterior se presentaron los resultados en la reunión de coordinación del proyecto a la semana siguiente con las recomendaciones de ajuste de manual de procedimientos. La persona encargada realizó los ajustes y se socializó en reunión de coordinación el cambio para su aprobación y envió la versión ajustada al estadístico quien socializó en reunión con los auxiliares administrativos.
5. Recepción de formatos aplicados con supervisión aprobada: Durante las dos primeras semanas de aplicación de instrumentos en los escenarios definidos la entrega de los formatos se realizó en el punto de encuentro definido en cada territorio. A partir de la tercera semana, las coordinadoras de territorio entregaron a los auxiliares administrativos los formatos los martes y los jueves.
6. Digitación de información: Una vez la ficha estaba completa y correctamente diligenciada y en poder del auxiliar administrativo, éste procede con la digitación de la información consignada en la ficha en el aplicativo desarrollado para este fin, con el usuario que se le ha asignado para este fin. Cuando se capturaba la información de manera electrónica, la base de datos generaba automáticamente en el servidor del municipio y el acceso a ella se realizo a través de la oficina de sistemas de la Secretaría de Salud Municipal de Santiago de Cali.
Semanalmente se entregaba al estadístico del proyecto vía correo electrónico la base de datos generada y los soportes de la información para su control de calidad. Adicionalmente el reporte de los problemas identificados en el proceso de digitación.

7. Aplicación de mecanismos de verificación de la calidad de la información: Para validar que la información reportada en la base de datos era correcta, por parte del estadístico del proyecto se
 - a. Seleccionó aleatoriamente el 10% de los formatos diligenciados y se revisaron uno a uno contra el aplicativo para verificar correcto y completo diligenciamiento. Si todos los formatos superaron la revisión se asumió que el 90% restante estaba bien diligenciado. Si la revisión no era superada se revisaba el 100% de los formatos
 - b. Generaron cuadros de salida de todas las variables para verificar inconsistencias en información, dobles registros, ausencia de información y reporte al digitador para verificar contra el registro la información identificada con problemas
 - c. Realimentación semanalmente a las personas encargadas de la digitación sobre los resultados de la verificación de calidad de digitación
 - d. Reporte semanalmente del procedimiento realizado con sus resultados al comité coordinador del proyecto a fin de realizar correctivos necesarios.
8. Generación de reportes de avance del proceso: Semanalmente a partir de la información registrada en la base datos, se generan tablas de salida para cada territorio acorde a la estructura definida para cada ello; esta información se envía vía correo electrónico a las coordinadoras de territorio para su revisión con copia a las coordinadoras de zona y a la epidemióloga del proyecto.
9. Realimentación de reportes de avance: Semanalmente a partir de la información enviada por el estadístico, la coordinadora de territorio realizaba revisión y verificación de la información enviada y notificaba vía correo electrónico con copia a la coordinadora de zona y a la epidemióloga del proyecto su aceptación o discrepancia del informe y notificaba los aspectos de no coincidencia para su verificación por parte del estadístico.

Durante la reunión semanal de coordinación se presentaron las situaciones de discrepancia para tomar los correctivos pertinentes

5. RESULTADOS

Información General

Un total de 21 territorios fueron cubiertos a lo largo de los tres años, de ellos en el año 2013 y 2014 se atendieron 12 mientras en el año 2015 fueron 16. 9 territorios fueron cubiertos durante los tres años, uno durante un año y los restantes durante dos años.(Ver tabla No. 1)

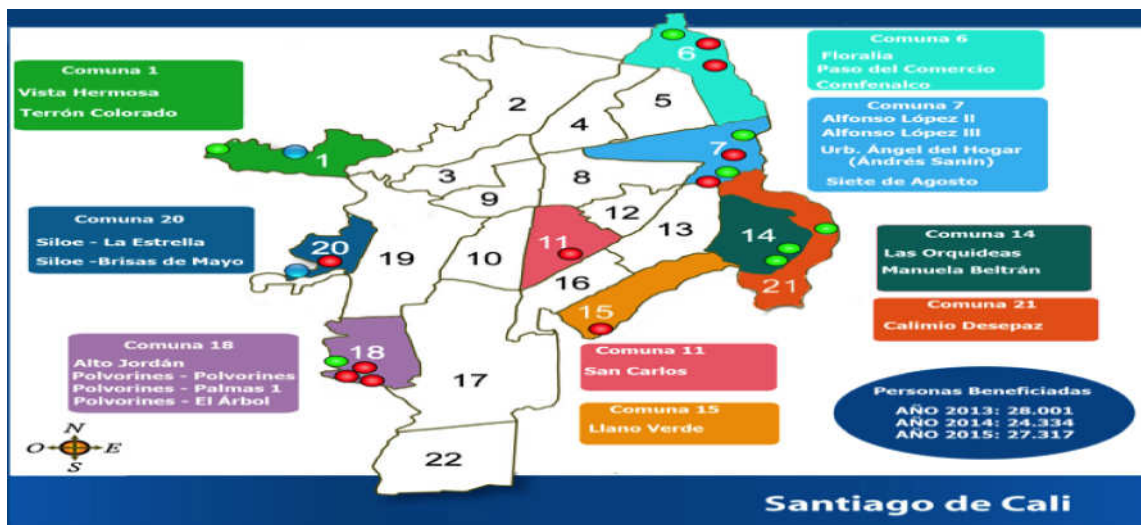
Tabla 1. Comunas y Territorios cubiertos. Proyecto APS Cali. 2013- 2015

COMUNA	TERRITORIO	2013	2014	2015
COMUNA 1	VISTA HERMOSA			
COMUNA 6	CIUDADELA FLORALIA			
COMUNA 7	URBANIZACION EL ANGEL DEL HOGAR			
COMUNA 14	LAS ORQUIDEAS			
COMUNA 14	MANUELA BELTRAN			
COMUNA 18	SECTOR ALTO JORDAN			
COMUNA 20	LA ESTRELLA			
COMUNA 21	CALIMIO DESEPAZ			
COMUNA 7	ALFONSO LOPEZ 2 ETAPA			
COMUNA 1	TERRON COLORADO			
COMUNA 20	BRISAS DE MAYO			
COMUNA 6	COMFENALCO			
COMUNA 6	PASO DEL COMERCIO			
COMUNA 7	ALFONSO LOPEZ 3 ETAPA			
COMUNA 11	SAN CARLOS			
COMUNA 1	PALERMO			
COMUNA 7	SIETE DE AGOSTO			
COMUNA 15	LLANO VERDE			
COMUNA 18	ALTO MELENDEZ POLVORINES			
COMUNA 18	INVASION LAS PALMAS			
COMUNA 18	EL ARBOL			
TOTAL CUBIERTOS		12	12	16

Fuente: Base de datos proyecto

El mapa No. 1 presenta la información correspondiente a Comunas y Territorios cubiertos para los tres años

Mapa 1. Distribución de comunas y territorios cubiertos. Proyecto APS Cali. 2013-2015



Fuente: Información del proyecto

Aspectos administrativos

- Recurso humano

Durante los tres años de ejecución se vincularon 641 personas por contrato de prestación de servicios, de los cuales el mayor número fue contratado en el año 2014 (33,3%). La tabla No. 2 presenta la distribución por tipo de recurso humano, como se observa la mayoría fueron personal técnico(82,7%) con variaciones anuales entre 79,7 % y 85,1%; para el caso de los profesionales las variaciones anuales oscilaron entre 14,9% y 20,3% .

Tabla 2. Distribución de recurso humano contratado por año. Proyecto APS Cali. 2013-2015

TIPO/AÑO	AÑO						TOTAL	
	2013		2014		2015			
	No	%	No	%	No	%	No	%
PROFESIONAL	28	14,9	48	20,3	35	16,2	111	17,3
TECNICO	160	85,1	189	79,7	181	83,8	530	82,7
TOTAL	188	100,0	237	100,0	216	91,1	641	100,0

Fuente: Información del proyecto

- Inversión

La tabla No. 3 presenta la consolidación de información de inversión del proyecto. Un total de \$8.898.504.226 se invirtieron siendo el rubro mas elevado el relacionado con personas(94%) en contraste con suministros(1,3%). La mayor inversión ocurrió en el año 2015 48,9 % mientras en el año 2'13 fue 21,1%. La distribución del rubro de personal fue constante en los años 2014 y 2015, mientras

transporte oscilo entre 2,1% (2015) y 5,1% (2013). Para el caso de apoyo logístico oscilo entre 0,3 % (2014) y 3,2% (2013) mientras suministros tuvo un comportamiento similar oscilando entre 0,2 % (2014) y 3,1% (2013) como se observa en la tabla No 3.

Tabla 3. Inversión de recursos financieros. Proyecto APS . Cali. 2013-2015

RUBRO/ AÑO	AÑO							
	2013		2014		2015		TOTAL	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
PERSONAL	1.664.828.385	88,6	2.545.100.978	95	4.150.497.639	95,4	8.360.427.002	94,0
TRANSPORTE	95.919.078	5,1	108.640.633	4,1	91.029.618	2,1	295.589.329	3,3
APOYO LOGISTICO	60.000.000	3,2	7.500.000	0,3	59.188.295	1,4	126.618.295	1,4
SUMINISTROS	57.779.600	3,1	6.000.000	0,2	52.090.000	1,2	115.869.600	1,3
TOTAL	1.878.527.063	100,0	2.667.241.611	100,0	4.352.730.552	100	8.898.504.226	100

Fuente: SSPM: Información Área Financiera

Información por Comuna y Territorio

Viviendas cubiertas por comuna

Un total de nueve comunas fueron cubierta a lo largo de los tres años. Para el año 2013 la mayor cantidad de viviendas visitadas corresponde a la Comuna 1 (27 %) en contraste con la Comuna 20 con 3,7%, esta situación se mantiene en el año 2014 para la comuna 1(33,7%) pero la menor correspondió a la Comuna 11 (1,5%); finalmente en el año 2015 la mayor cantidad de viviendas corresponde a la Comuna 14 con 24,1% mientras la menor fue la comuna 18 (2,9%) como se observa en la tabla No. 4

Viviendas cubiertas por Territorios

Un total de 21 territorios fueron cubiertos en las 8 comunas priorizadas. En el año 2013 la mayor cantidad de viviendas se reporto en Orquideas (34,4%) en contraste con El Angel del Hogar(4,6%); para el año 2014 fue Manuela Beltran (18, 6%) mientras el menor fue San Carlos (1,9%). Para el año 2015 continua Manuela Beltran con el mayor numero de viviendas(16,7%) y el menor numero se reporto en El arbol (0,3%) como se observa en la tabla No 5.

Familias cubiertas por comuna

La mayor cantidad de familias cubiertas para el año 2013 corresponde a la Comuna 14(30,1 %) en contraste con la Comuna 20 con 4,6%, esta situación se mantiene en el año 2014 para la comuna 14(36,2 %) pero la menor correspondió a la Comuna 11 (2,6%); finalmente en el año 2015 la comuna 18 presenta la mayor cantidad de familias(36,7%) mientras la menor cantidad fue la comuna 20 (1,0%) como se observa en la tabla No. 6

Tabla 4. Distribución de viviendas visitadas y atendidas por comuna. Proyecto APS Cali. 2013-2015

COMUNA/ AÑO	2013		2014		2015	
	No	%	No	%	No	%
COMUNA 1	626	8,1	780	12,4	1188	17,3
COMUNA 6	1843	23,7	874	13,9	1087	15,8
COMUNA 7	1223	15,7	475	7,6	591	8,6
COMUNA 11	0	0,0	121	1,9	0	0,0
COMUNA 14	2313	29,8	2285	36,4	1660	24,1
COMUNA 15	0	0,0	0	0,0	1315	19,1
COMUNA 18	785	10,1	666	10,6	202	2,9
COMUNA 20	363	4,7	483	7,7	0	0,0
COMUNA 21	615	7,9	602	9,6	841	12,2
TOTAL	7768	100,0	6286	100,0	6884	100,0

Fuente: Base de datos proyecto.

**Tabla 5. Distribución de viviendas visitadas y atendidas por territorio.
Proyecto APS Cali. 2013-2015**

TERRITORIO/ AÑO	2013		2014		2015	
	No	%	No	%	No	%
PALERMO					242	3,5
TERRON COLORADO			279	4,4	506	7,4
VISTA HERMOSA	626	8,1	501	8,0	440	6,4
CIUDELA FLORALIA	1284	16,5	874	13,9	1087	15,8
PASO DEL COMERCIO	203	2,6				
COMFENALCO	356	4,6				
ALFONSO LOPEZ 2 ETAPA	316	4,1	308	4,9		
ALFONSO LOPEZ 3 ETAPA	726	9,3				
SIETE DE AGOSTO					513	7,5
URBANIZACION EL ANGEL DEL HOGAR	181	2,3	167	2,7	78	1,1
SAN CARLOS			121	1,9		
MANUELA BELTRAN	973	12,5	1171	18,6	1149	16,7
LAS ORQUIDEAS	1340	17,3	1114	17,7	511	7,4
LLANO VERDE					129	1,9
POLVORINES					398	5,8
PALMAS 1					84	1,2
SECTOR ALTO JORDAN	785	10,1	666	10,6	704	10,2
EL ARBOL					22	0,3
BRISAS DE MAYO			307	4,9	180	2,6
LA ESTRELLA	363	4,7	176	2,8		
CALIMIO DESEPAZ	615	7,9	602	9,6	841	12,2
TOTAL	7768	100,0	6286	100,0	6884	100,0

Fuente: Base de datos proyecto.

Tabla 6. Distribución de familias visitadas y atendidas por Comuna. Proyecto APS Cali. 2013-2015

COMUNA/ AÑO	2013		2014		2015	
	No	%	No	%	No	%
COMUNA 1	652	8,2	804	12,4	1072	12,3
COMUNA 6	1852	23,2	879	13,5	1093	12,6
COMUNA 7	1249	15,6	486	7,5	603	6,9
COMUNA 11	0	0,0	172	2,6	0	0,0
COMUNA 14	2405	30,1	2355	36,2	1799	20,7
COMUNA 15	0	0,0	0	0,0	129	1,5
COMUNA 18	837	10,5	1017	15,6	3190	36,7
COMUNA 20	369	4,6	179	2,8	91	1,0
COMUNA 21	620	7,8	608	9,4	722	8,3
TOTAL	7984	100,0	6500	100,0	8699	100,0

Fuente: Base de datos proyecto

Familias cubiertas por territorio

En los territorios para el año 2013 el mayor numero corresponde a Orquideas (17,4%) mientras el menor corresponde al Angel del Hogar(2,3%); para el año 2014 el mayor numero corresponde a Manuela Beltran (18,7%) mientras el menor continuo siendo el Angel del Hogar(2,3%) . Para el año 2015 el mayor numero de familias corresponde a Alto Jordan con 26,2% mientras el menor numero es El Arbol (1,0%).(ver Tabla No.7)

Personas cubiertas por comuna

Para el año 2013 la mayor cantidad de personas corresponde a la Comuna 14(33 %) en contraste con la Comuna 20 con 4,1%, esta situación se mantiene en el año 2014 para la comuna 14(37,9 %) pero la menor correspondió a la Comuna 11 (2,2%); finalmente en el año 2015 continua siendo la Comuna 14 la de mayor numero de personas atendidas con 26% mientras la menor cantidad fue la comuna 15 (2,0%) como se observa en la tabla No. 8

Personas cubiertas por territorio

En los territorios para el año 2013 el mayor numero de personas corresponde a Orquideas (18,9%) mientras el menor corresponde a Paso del Comercio(2,4%); para el año 2014 el mayor numero corresponde a Manuela Beltran (19,8%) mientras el menor corresponde a San Carlos (2,2%) . Para el año 2015 el mayor numero de familias corresponde a Manuela Beltran con 18,5% mientras el menor numero es el Angel del Hogar (1,2%).(ver Tabla No.9)

**Tabla 7. Distribución de familias visitadas y atendidas por territorio. Cali.
Proyecto APS 2013-2015**

TERRITORIO/ AÑO	2013		2014		2015	
	No	%	No	%	No	%
PALERMO	0	0,0	0	0,0	178	2,0
TERRON COLORADO	0	0,0	279	4,3	514	5,9
VISTA HERMOSA	652	8,2	525	8,1	380	4,4
CIUDADELA FLORALIA	1288	16,1	879	13,5	1093	12,6
COMFENALCO	358	4,5	0	0,0	0	0,0
PASO DEL COMERCIO	206	2,6	0	0,0	0	0,0
ALFONSO LOPEZ 2 ETAPA	319	4,0	309	4,8	0	0,0
ALFONSO LOPEZ 3 ETAPA	746	9,3	0	0,0	0	0,0
SIETE DE AGOSTO	0	0,0	0	0,0	524	6,0
URBANIZACION EL ANGEL DEL HOGAR	184	2,3	177	2,7	79	0,9
SAN CARLOS	0	0,0	172	2,6	0	0,0
LAS ORQUIDEAS	1386	17,4	1141	17,6	588	6,8
MANUELA BELTRAN	1019	12,8	1214	18,7	1211	13,9
LLANO VERDE	0	0,0	0	0,0	129	1,5
ALTO MELENDEZ POLVORINES	0	0,0	0	0,0	405	4,7
BRISAS DE MAYO	0	0,0	308	4,7	243	2,8
INVASIÓN LAS PALMAS	0	0,0	0	0,0	260	3,0
SECTOR ALTO JORDAN	837	10,5	709	10,9	2282	26,2
EL ARBOL	0	0,0	0	0,0	91	1,0
LA ESTRELLA	369	4,6	179	2,8	0	0,0
CALIMIO DESEPAZ	620	7,8	608	9,4	722	8,3
TOTAL	7984	100,0	6500	100,0	8699	100,0

Fuente: Base de datos proyecto

**Tabla 8. Distribución de personas visitadas y atendidas por territorio. Cali.
Proyecto APS 2013-2015**

COMUNA	2013		2014		2015	
	No	%	No	%	No	%
COMUNA 1	3075	11,0	2872	11,8	4197	15,4
COMUNA 6	6298	22,5	3278	13,5	3951	14,5
COMUNA 7	4237	15,1	1817	7,5	2304	8,4
COMUNA 11	0	0,0	540	2,2	0	0,0
COMUNA 14	9243	33,0	9232	37,9	7228	26,5
COMUNA 15	0	0,0	0	0,0	552	2,0
COMUNA 18	1760	6,3	2617	10,8	5465	20,0
COMUNA 20	1135	4,1	647	2,7	875	3,2
COMUNA 21	2253	8,0	2212	9,1	2745	10,0
TOTAL	28001	100,0	24334	100,0	27317	100,0

Fuente: Base de datos proyecto

**Tabla 9. Distribución de personas visitadas y atendidas por territorio. Cali.
Proyecto APS 2013-2015**

TERRITORIO	2013		2014		2015	
	No	%	No	%	No	%
PALERMO	0	0,0	0	0,0	912	3,3
TERRON COLORADO	0	0,0	986	4,1	1738	6,4
VISTA HERMOSA	3075	11,0	1886	7,8	1547	5,7
CIUDADELA FLORALIA	4424	15,8	3278	13,5	3951	14,5
COMFENALCO	1202	4,3	0	0,0	0	0,0
PASO DEL COMERCIO	672	2,4	0	0,0	0	0,0
ALFONSO LOPEZ 2 ETAPA	1031	3,7	1106	4,5	0	0,0
ALFONSO LOPEZ 3 ETAPA	2502	8,9	0	0,0	0	0,0
SIETE DE AGOSTO	0	0,0	0	0,0	1978	7,2
URBANIZACION EL ANGEL DEL HOGAR	704	2,5	711	2,9	326	1,2
SAN CARLOS	0	0,0	540	2,2	0	0,0
LAS ORQUIDEAS	5302	18,9	4424	18,2	2168	7,9
MANUELA BELTRAN	3941	14,1	4808	19,8	5060	18,5
LLANO VERDE	0	0,0	0	0,0	552	2,0
ALTO MELENDEZ POLVORINES	0	0,0	0	0,0	1461	5,3
INVASIÓN LAS PALMAS	0	0,0	0	0,0	910	3,3
SECTOR ALTO JORDAN	1760	6,3	2617	10,8	2694	9,9
EL ARBOL	0	0,0	0	0,0	400	1,5
BRISAS DE MAYO	0	0,0	0	0,0	875	3,2
LA ESTRELLA	1135	4,1	647	2,7	0	0,0
CALIMIO DESEPAZ	2253	8,0	2212	9,1	2745	10,0
TOTAL	28001	100,0	24334	100,0	27317	100,0

Fuente: Base de datos proyecto

Personas cubiertas por edad y sexo

Durante el año 2013 la mayor frecuencia de personas por grupos de edad correspondió a la franja de 20 a 24 años(9,1%) mientras el menor porcentaje corresponde a la población entre 75 y79 años y mayores de 80 años(2%). Por sexo en el caso de mujeres el comportamiento es similar el mayor porcentaje corresponde al grupo de 20 a 24 años (9,1%) mientras el grupo menos frecuente fue 75 a 79 años(2,0%). Para los hombres la edad mas frecuente corresponde a 0 a 4 años con 9,4% mientras la edad de 75 a 79 y 80 y mas con 1,7%(Ver tabla No. 10)

Tabla 10. Distribución de personas por edad y sexo . Proyecto APS Cali. 2013-2015

Grupos edad/ Sexo	2013						2014						2015					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL		FEMENINO		MASCULINO		TOTAL		FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
0-4 años	1042	6,8	1169	9,4	2211	8,0	1051	8,2	1194	11,1	2245	9,5	1360	9,4	1435	11,8	2795	10,5
5-9 años	1099	7,2	1143	9,2	2242	8,1	941	7,3	950	8,8	1891	8,0	958	6,6	1017	8,4	1975	7,4
10-14 años	1099	7,2	1126	9,0	2225	8,0	940	7,3	951	8,9	1891	8,0	967	6,7	1000	8,2	1967	7,4
15-19 años	1319	8,7	1146	9,2	2465	8,9	1127	8,8	968	9,0	2095	8,9	1165	8,1	1082	8,9	2247	8,5
20-24 años	1381	9,1	1131	9,1	2512	9,1	1097	8,5	960	8,9	2057	8,7	1219	8,5	1044	8,6	2263	8,5
25-29 años	1205	7,9	960	7,7	2165	7,8	1033	8,0	818	7,6	1851	7,8	1097	7,6	909	7,5	2006	7,6
30-34 años	1150	7,5	920	7,4	2070	7,5	929	7,2	796	7,4	1725	7,3	1035	7,2	893	7,4	1928	7,3
35-39 años	901	5,9	708	5,7	1609	5,8	794	6,2	589	5,5	1383	5,9	868	6,0	677	5,6	1545	5,8
40-44 años	948	6,2	681	5,5	1629	5,9	791	6,1	602	5,6	1393	5,9	893	6,2	650	5,4	1543	5,8
45-49 años	1015	6,7	670	5,4	1685	6,1	863	6,7	610	5,7	1473	6,2	900	6,2	639	5,3	1539	5,8
50-54 años	1039	6,8	667	5,4	1706	6,2	825	6,4	517	4,8	1342	5,7	932	6,5	695	5,7	1627	6,1
55-59 años	912	6,0	581	4,7	1493	5,4	746	5,8	493	4,6	1239	5,2	863	6,0	574	4,7	1437	5,4
60-64 años	638	4,2	494	4,0	1132	4,1	558	4,3	442	4,1	1000	4,2	694	4,8	506	4,2	1200	4,5
65-69 años	498	3,3	361	2,9	859	3,1	379	2,9	298	2,8	677	2,9	490	3,4	354	2,9	844	3,2
70-74 años	364	2,4	292	2,3	656	2,4	288	2,2	241	2,2	529	2,2	331	2,3	246	2,0	577	2,2
75-79 años	311	2,0	207	1,7	518	1,9	262	2,0	162	1,5	424	1,8	294	2,0	204	1,7	498	1,9
80+	311	2,0	210	1,7	521	1,9	243	1,9	151	1,4	394	1,7	355	2,5	222	1,8	577	2,2
TOTAL*	15232	100,0	12466	100,0	27698	100,0	12867	100,0	10742	100,0	23609	100,0	14421	100,0	12147	100,0	26568	100,0
*SD	117	0,8	186	1,5	303	1,1	355	2,7	370	3,3	725	3,0	389	2,6	360	2,9	749	2,7
TOTAL CON SD	15349	100	12652	100	28001	100	13222	100	11112	100	24334	100	14810	100	12507	100	27317	100

Fuente: Base de datos proyecto

Resultados por objetivo

Objetivo 1

Como se menciono previamente este objetivo para el año 2014 se planteó como mejorar la capacidad analizar y evaluar información sobre condiciones de salud de territorios mmientras para el año 2015 fue establecido como evaluar y analizar información sobre condiciones de salud de las comunas más vulnerables de la ciudad.

La identificación de condiciones de salud se definieron desde cuatro ámbitos: individual, familiar, vivienda y comunitario. En el caso del **individual** se tomo la información de la ficha de caracterización definida en el año 2013 por la Secretaria de Salud Municipal que indaga características sociodemográficas(Edad, Sexo, condición de desplazamiento, estudio y aseguramiento); para maternas, para menores de cinco años, para asistencia a control de crecimiento y desarrollo y adherencia al esquema normado para menores de dos años y mayores de esta edad; para las mujeres entre 10 y 69 años planificación y asistencia a control, embarazo y asistencia a control, tiempo de gestación, citología vaginal y tiempo de la ultima citología.

Línea de base Salud materna

La línea de base de este componente corresponde al total de maternas identificadas en las distintas comunas y territorios. discriminadas en asistentes y no asistentes al control prenatal(CPN). Durante el año 203 se identificaron 203 maternas siendo la comuna con mayor numero de gestantes la 14(48,8%) en contraste con la comuna 20 con 4,4%; en las comunas 11 y 15 no haberse incluido en ese año. Para el año 2014 la situación es similar para la 14 con 53,1% del total de maternas identificadas, sin embargo la comuna 11 presento el menor porcentaje (1%) mientras la comuna 15 no fue cubierta ese año. Para el año 2015 la mayor cantidad continua presentándose en la comuna 14(42,9%) mientras la 15 reporta el menor porcentaje(2,2). En este año la comuna 11 no fue cubierta.(ver tabla No. 11)

Tabla 11. Distribución de embarazadas por comuna. Proyecto APS Cali 2013-2015

COMUNA/ AÑO	2013		2014		2015	
	No	%	No	%	No	%
COMUNA 1	14	6,9	18	9,2	30	13,0
COMUNA 6	35	17,2	16	8,2	19	8,2
COMUNA 7	22	10,8	7	3,6	10	4,3
COMUNA 11	0	0,0	2	1,0	0	0,0
COMUNA 14	99	48,8	104	53,1	99	42,9
COMUNA 15	0	0,0	0	0,0	5	2,2
COMUNA 18	13	6,4	23	11,7	41	17,7
COMUNA 20	9	4,4	10	5,1	4	1,7
COMUNA 21	11	5,4	16	8,2	23	10,0
TOTAL	203	100,0	196	100,0	231	100,0

Fuente: Base de datos proyecto

Por territorio durante el año 2013 la mayor cantidad de maternas se reporto en Las Orquídeas(29,5%) mientras Alfonso López 2 Etapa reporto la menor cantidad(1,5%); en el año 2014 Manuela Beltrán presento el mayor porcentaje (31.6%) mientras San Carlos reporto 1%. Para el año 2015 Manuela Beltrán continua presentando el mayor numero de maternas (33,6%) y Palermo el menor (0,9%). (ver tabla No. 12)

Tabla 12 Distribución de embarazadas por territorio. Proyecto APS Cali 2013-2015

TERRITORIO/ AÑO	2013		2014		2015	
	No	%	No	%	No	%
TERRON COLORADO	0	0,0	0	0,0	12	5,2
PALERMO	0	0,0	4	2,0	2	0,9
VISTA HERMOSA	14	6,9	14	7,1	16	6,9
CIUDADELA FLORALIA	22	10,8	16	8,2	19	8,2
COMFENALCO	7	3,4	0	0,0	0	0,0
PASO DEL COMERCIO	6	3,0	0	0,0	0	0,0
ALFONSO LOPEZ 2 ETAPA	3	1,5	3	1,5	0	0,0
ALFONSO LOPEZ 3 ETAPA	14	6,9	0	0,0	0	0,0
SIETE DE AGOSTO	0	0,0	0	0,0	9	3,9
URBANIZACION EL ANGEL DEL HOGAR	5	2,5	4	2,0	1	0,4
SAN CARLOS	0	0,0	2	1,0	0	0,0
LAS ORQUIDEAS	60	29,6	42	21,4	21	9,1
MANUELA BELTRAN	39	19,2	62	31,6	78	33,6
LLANO VERDE	0	0,0	0	0,0	5	2,2
SECTOR ALTO JORDAN	13	6,4	23	11,7	13	5,6
EL ARBOL	0	0,0	0	0,0	6	2,6
PALMAS 1	0	0,0	0	0,0	7	3,0
POLVORINES	0	0,0	0	0,0	15	6,5
BRISAS DE MAYO	0	0,0	3	1,5	4	1,7
LA ESTRELLA	9	4,4	7	3,6	0	0,0
CALIMIO DESEPAZ	11	5,4	16	8,2	24	10,3
TOTAL	203	100,0	196	100,0	232	100,0

Fuente: Base de datos proyecto

En el caso de la no asistencia a control prenatal por comunas en 7 de las 10. E el año 2013 se identificaron 21 gestantes de las cuales la mayor proporción (61,9%) residía en la comuna 14 y en menor proporción en la comuna 7(4,8%) mientras para el año 2014 se mantuvo la proporción elevada en la Comuna 7 (41,7%) las comunas con menor porcentaje fueron la 6 y la 20(16,7% cada una). Para el año 2015 continua siendo la mayor proporción la comuna 7 y el resto de las embarazadas inasistentes se distribuyen igualitariamente entre las comunas 6,20 y 21 como se observa en la tabla No. 13

Tabla 13 Distribución de maternas inasistentes a Control Prenatal por Comuna. Proyecto APS Cali 2013-2015

COMUNA/ AÑO	2013		2014		2015	
	No	%	No	%	No	%
COMUNA 6	2	9,5	2	16,7	1	10,0
COMUNA 7	1	4,8	0	0,0	0	0,0
COMUNA 14	13	61,9	5	41,7	7	70,0
COMUNA 18	2	9,5	3	25,0	0	0,0
COMUNA 20	0	0,0	2	16,7	1	10,0
COMUNA 21	3	14,3	0	0,0	1	10,0
TOTAL	21	100,0	12	100,0	10	100,0

Fuente: Base de datos proyecto

Por territorios de los 21 cubiertos por el proyecto se reportaron inasistentes en 8 de ellos. La Tabla No 14 presenta la distribución por territorio y por año; para el año 2013 la mayor cantidad se encontraba en Las Orquídeas(38,1%) mientras Alfonso López reporto 4,8%. En el año 2014 continua siendo Las Orquídeas el de mayor cantidad de inasistentes (33,3%) y la menor en Manuela Beltrán(8,3%) . En el año 2015 la mitad de las embarazadas con esta característica se reportaron en Manuela Beltran mientras en Brisas de Mayo, Ciudadela Floralia y Calimio Desepez se identifico el 10% del total en cada una.

Tabla 14. Distribución de embarazadas inasistentes a Control Prenatal por Territorio. Proyecto APS. Cali. 2013-2015

TERRITORIO/ AÑO	2013		2014		2015	
	No	%	No	%	No	%
BRISAS DE MAYO	0	0,0	0	0,0	1	10,0
SECTOR ALTO JORDAN	2	9,5	3	25,0	0	0,0
LA ESTRELLA	0	0,0	2	16,7	0	0,0
ALFONSO LOPEZ 3 ETAPA	1	4,8	0	0,0	0	0,0
CIUDADELA FLORALIA	2	9,5	2	16,7	1	10,0
CALIMIO DESEPAZ	3	14,3	0	0,0	1	10,0
LAS ORQUIDEAS	8	38,1	4	33,3	2	20,0
MANUELA BELTRAN	5	23,8	1	8,3	5	50,0
TOTAL	21	100,0	12	100,0	10	100,0

Fuente: Base de datos proyecto

Línea de base Salud infantil- Información individual

La línea de base de este componente corresponde al total de menores de cinco años identificados en los territorios discriminados en asistencia a control de crecimiento y desarrollo a nivel individual y vacunación al día a nivel familiar.

En el caso de asistencia control de crecimiento y desarrollo para los tres años los porcentajes de asistencia oscilaron entre 44,4 y 94,1% como se observa en la tabla No. 15; sin embargo es importante tener en cuenta que el no reporte de la información también oscilo entre 7,6 % y 20,7%

Tabla 15. Asistencia a Crecimiento y Desarrollo en Menores de cinco años. Proyecto APS Cali. 2013-2015

AÑO	TOTAL	ASISTEN		NO ASISTEN	
		No	%	No	%
2013*	2610	2418	92,6	192	7,9
2014**	1507	1418	94,1	89	6,3
2015***	3816	1693	44,4	110	6,5

* SD 7,6%, ** SD 20,4%, ***SD 20,7%

Fuente: Base de datos proyecto

La tabla No. 16 presenta la distribución por comuna para el año 2013 presento porcentajes de no reporte de información entre 3,7% en el caso de la Comuna 20 y 11,3% en la Comuna 1. Los porcentajes de asistencia oscilaron entre 91,4% en la Comuna 6 y 97,1% en la Comuna 1.

Para el año 2014 los porcentajes de no reporte oscilaron entre 14% en el caso de la Comuna 21 y 32,1% en la comuna 7. La asistencia al control estuvo entre 86,7% en la comuna 11 y 97,7% en la comuna 1. (Ver tabla No. 17)

Tabla 16. Asistencia a Control de Crecimiento y Desarrollo en menores de cinco años por Comuna. Proyecto APS. Cali. 2013

COMUNA / CY D	TOTAL	SIN INFORMACION		TOTAL CON INFORMACION	ASISTEN		NO ASISTEN	
		No	%		No	%	No	%
COMUNA 1	231	26	11,3	205	199	97,1	6	3,0
COMUNA 6	400	26	6,5	374	342	91,4	32	9,4
COMUNA 7	1076	72	6,7	1004	925	92,1	79	8,5
COMUNA 14	888	80	9,0	808	743	92,0	65	8,7
COMUNA 18	149	9	6,0	140	135	96,4	5	3,7
COMUNA 20	82	3	3,7	79	74	93,7	5	6,8
TOTAL	2826	216	7,6	2610	2418	92,6	192	7,9

Fuente: Base de datos proyecto

Tabla 17. Asistencia a Control de Crecimiento y Desarrollo en menores de cinco años por Comuna. Proyecto APS. Cali 2014

COMUNA / CY D	TOTAL	SIN INFORMACION		TOTAL CON INFORMACION	ASISTEN		NO ASISTEN	
		No	%		No	%	No	%
COMUNA 1	237	66	27,8	171	167	97,7	4	2,4
COMUNA 6	256	45	17,6	211	187	88,6	24	12,8
COMUNA 7	159	51	32,1	108	104	96,3	4	3,8
COMUNA 11	42	12	28,6	30	26	86,7	4	15,4
COMUNA 14	501	95	19,0	406	375	92,4	31	8,3
COMUNA 18	248	54	21,8	194	186	95,9	8	4,3
COMUNA 20	193	27	14,0	166	160	96,4	6	3,8
COMUNA 21	193	27	14,0	166	160	96,4	6	3,8
COMUNA 20	64	9	14,1	55	53	96,4	2	3,8
TOTAL	1893	386	20,4	1507	1418	94,1	89	6,3

Fuente: Base de datos proyecto

En el año 2015 los porcentajes de no información oscilaron entre 5,3% en la comuna 15 y 63,4% en la Comuna 18. La asistencia reportada estuvo entre 90,3% en la Comuna 15 y 97,8% en la Comuna 1 (ver tabla No. 18)

Tabla 18. Asistencia a Control de Crecimiento y Desarrollo en menores de cinco años por Comuna. Proyecto APS. Cali . 2015

TERRITORIO / CY D	TOTAL	SIN INFORMACION		TOTAL CON INFORMACION	ASISTEN		NO ASISTEN	
	2013	No	%		No	%	No	%
COMUNA 1	260	32	12,3	228	223	97,8	5	2,2
COMUNA 6	275	37	13,5	238	219	92,0	19	8,7
COMUNA 7	146	12	8,2	134	127	94,8	7	5,5
COMUNA 14	623	122	19,6	501	460	91,8	41	8,9
COMUNA 15	76	4	5,3	72	65	90,3	7	10,8
COMUNA 18	1114	706	63,4	408	386	94,6	22	5,7
COMUNA 20	115	63	54,8	52	47	90,4	5	10,6
COMUNA 21	192	22	11,5	170	166	97,6	4	2,4
TOTAL	4814	998	20,7	3816	1693	44,4	110	6,5

Fuente: Base de datos proyecto

En cuanto a la distribución por territorios para el año 2013 la no disponibilidad de información oscilo entre 2,9% en el caso del Paso del Comercio y 13% en la

Urbanización El Ángel del Hogar mientras la asistencia oscilo entre 85,7% en COMFENALCO y 97,9% en la Urbanización El Ángel del Hogar. (ver Tabla No. 19)

Tabla 19. Asistencia a Crecimiento y Desarrollo en menores de cinco años por Territorio. Proyecto APS. Cali. 2013

TERRITORIO / CY D	TOTAL	SIN INFORMACION		TOTAL CON INFORMACION	ASISTEN		NO ASISTEN	
	2013	No	%		No	%	No	%
SECTOR ALTO JORDAN	149	9	6,0	140	135	96,4	5	3,6
VISTA HERMOSA	231	26	11,3	205	199	97,1	6	2,9
LA ESTRELLA	82	3	3,7	79	74	93,7	5	6,3
ALFONSO LOPEZ 2 ETAPA	69	3	4,3	66	62	93,9	4	6,1
ALFONSO LOPEZ 3 ETAPA	153	10	6,5	143	133	93,0	10	7,0
CIUDADELA FLORALIA	291	21	7,2	270	251	93,0	19	7,0
COMFENALCO	74	4	5,4	70	60	85,7	10	14,3
PASO DEL COMERCIO	35	1	2,9	34	31	91,2	3	8,8
URBANIZACION EL ANGEL DEL HOGAR	54	7	13,0	47	46	97,9	1	2,1
CALIMIO DESEPAZ	185	12	6,5	173	163	94,2	10	5,8
LAS ORQUIDEAS	506	44	8,7	462	431	93,3	31	6,7
MANUELA BELTRAN	382	36	9,4	346	312	90,2	34	9,8
TOTAL	2211	280	12,7	1931	1897	98,2	34	1,8

Fuente: Base de datos proyecto

Para el año 2014 la no disponibilidad de información fue del 100% en Palermo y el menor porcentaje se reporto en Calimio Desepaz(14%). El reporte de asistencia oscilo entre 88,5% en Brisas de Mayo y 96,4% en Calimio Desepaz como se observa en la Tabla No. 20

Línea de base Aseguramiento

Un total de 2836 personas fueron reportadas sin aseguramiento en el año 2013 de las cuales 36,2 residían en la comuna 14 mientras 1,6% correspondían a la comuna 20. Para el año 2014 también 40% de las sin aseguramiento residían en la comuna 14 y 3% en la Comuna 3. Para el año 2015 40,3% fueron reportadas en la Comuna 14 y 1,5% en la Comuna 7.(ver tabla No. 22)

Tabla 20 Asistencia a Crecimiento y Desarrollo en menores de cinco años por Territorio. Proyecto APS. Cali .2014

TERRITORIO / CY D	TOTAL	SIN INFORMACION		TOTAL CON INFORMACION	ASISTEN		NO ASISTEN	
	2014	No	%		No	%	No	%
SAN CARLOS	42	12	28,6	30	26	86,7	4	13,3
BRISAS DE MAYO	101	40	39,6	61	54	88,5	7	11,5
PALERMO	10	10	100,0	0	0	0,0	0	0,0
SECTOR ALTO JORDAN	248	54	21,8	194	186	95,9	8	4,1
TERRON COLORADO	62	14	22,6	48	46	95,8	2	4,2
VISTA HERMOSA	165	42	25,5	123	121	98,4	2	1,6
LA ESTRELLA	64	9	14,1	55	53	96,4	2	3,6
ALFONSO LOPEZ 2 ETAPA	91	28	30,8	63	61	96,8	2	3,2
CIUDADELA FLORALIA	256	45	17,6	211	187	88,6	24	11,4
URBANIZACION EL ANGEL DEL HOGAR	68	23	33,8	45	43	95,6	2	4,4
CALIMIO DESEPAZ	193	27	14,0	166	160	96,4	6	3,6
LAS ORQUIDEAS	454	66	14,5	388	370	95,4	18	4,6
MANUELA BELTRAN	501	95	19,0	406	375	92,4	31	7,6
TOTAL	2255	465	20,6	1790	1682	94,0	108	6,0

Fuente: Base de datos proyecto

En el año 2015 el territorio de Alto Jordán reporto la mayor proporción de no información con 81% mientras El Árbol reporto información para el total de niños. La asistencia fue total en el territorio de la urbanización El Ángel del Hogar mientras la mas baja correspondió a Palmas 1 con 89,4%(ver Tabla No. 21)

Tabla 21 Asistencia a Control de Crecimiento y Desarrollo en menores de cinco años. Proyecto APS. Cali. 2015

TERRITORIO / CY D	TOTAL	SIN INFORMACION		TOTAL CON INFORMACION	ASISTEN		NO ASISTEN	
	2015	No	%		No	%	No	%
BRISAS DE MAYO	115	63	54,8	52	47	90,4	5	9,6
PALERMO	56	0	0,0	56	54	96,4	2	3,6
SECTOR ALTO JORDAN	870	705	81,0	165	159	96,4	6	3,6
TERRON COLORADO	91	1	1,1	90	88	97,8	2	2,2
VISTA HERMOSA	113	31	27,4	82	81	98,8	1	1,2
EL ARBOL	37	0	0,0	37	36	97,3	1	2,7
PALMAS 1	95	1	1,1	94	84	89,4	10	10,6
POLVORINES	112	0	0,0	112	107	95,5	5	4,5
CIUDADELA FLORALIA	275	37	13,5	238	219	92,0	19	8,0
SIETE DE AGOSTO	126	11	8,7	115	108	93,9	7	6,1
URBANIZACION EL ANGEL DEL HOGAR	20	1	5,0	19	19	100,0	0	0,0
CALIMIO DESEPAZ	192	22	11,5	170	166	97,6	4	2,4
LAS ORQUIDEAS	188	66	35,1	122	117	95,9	5	4,1
MANUELA BELTRAN	435	56	12,9	379	343	90,5	36	9,5
LLANO VERDE	76	4	5,3	72	65	90,3	7	9,7
TOTAL	2801	998	35,6	1803	1693	93,9	110	6,1

Fuente: Base de datos proyecto

Tabla 22. Distribución de población reportada como no asegurada. Proyecto APS. Cali. 2013-2015

POBLACION SIN ASEGURAMIENTO	2013		2014		2015	
	No	%	No	%	No	%
COMUNA 1	290	10,2	235	11,7	2218	15,2
COMUNA 6	604	21,3	245	12,2	1815	12,4
COMUNA 7	490	17,3	204	10,1	222	1,5
COMUNA 11	0	0,0	60	3,0	0	0,0
COMUNA 14	1028	36,2	806	40,0	5897	40,3
COMUNA 15	0	0,0	0	0,0	69	0,5
COMUNA 18	153	5,4	212	10,5	2103	14,4
COMUNA 20	46	1,6	98	4,9	604	4,1
COMUNA 21	225	7,9	153	7,6	1692	11,6
TOTAL	2836	100,0	2013	100,0	14620	100,0

Fuente: Base de datos proyecto

Por territorios en el año 2013 la mayor proporción de población sin afiliación se reporto en Las Orquídeas (19,4%) mientras Paso del Comercio reporto 1,9%. En el año 2014 la mayor proporción se reporto en Manuela Beltrán(21,9%) mientras la menor fue La Estrella (1,2%); para el año 2015 la mayor cantidad de personas sin afiliación se reporta nuevamente en Manuela Beltrán (26,9%) mientras la menor corresponde a El Árbol(0,1%) (ver Tabla No. 23)

A nivel familiar la caracterización permite identificar presencia de personas con síntomas respiratorios y/o tuberculosis, información particular para menores de cinco años relacionada con vacunación, mortalidad, malformaciones congénitas en menores de un mes peso al nacer y vacuna de neumococo.

Tabla 23 Distribución población sin aseguramiento por territorios. Proyecto APS. Cali 2013-2015

POBLACION SIN ASEGURAMIENTO	2013		2014		2015	
	No	%	No	%	No	%
SAN CARLOS	0	0,0	60	3,0	0	0,0
BRISAS DE MAYO	0	0,0	74	3,7	604	4,1
PALERMO	0	0,0	0	0,0	752	5,1
SECTOR ALTO JORDAN	153	5,4	212	10,5	1901	13,0
TERRON COLORADO	0	0,0	69	3,4	100	0,7
VISTA HERMOSA	290	10,2	166	8,2	1366	9,3
LA ESTRELLA	46	1,6	24	1,2	0	0,0
EL ARBOL	0	0,0	0	0,0	18	0,1
PALMAS 1	0	0,0	0	0,0	56	0,4
POLVORINES	0	0,0	0	0,0	128	0,9
ALFONSO LOPEZ 2 ETAPA	137	4,8	122	6,1	0	0,0
ALFONSO LOPEZ 3 ETAPA	275	9,7	0	0,0	0	0,0
CIUDELA FLORALIA	436	15,4	245	12,2	1815	12,4
COMFENALCO	114	4,0	0	0,0	0	0,0
PASO DEL COMERCIO	54	1,9	0	0,0	0	0,0
SIETE DE AGOSTO	0	0,0	0	0,0	179	1,2
URBANIZACION EL ANGEL DEL HOGAR	78	2,8	82	4,1	43	0,3
CALIMIO DESEPAZ	225	7,9	153	7,6	1692	11,6
LAS ORQUIDEAS	551	19,4	366	18,2	2010	13,7
MANUELA BELTRAN	477	16,8	440	21,9	3887	26,6
LLANO VERDE	0	0,0	0	0,0	69	0,5
TOTAL	2836	100,0	2013	100,0	14620	100,0

Fuente: Base de datos proyecto

Línea de base Salud infantil- Información familiar

Del total de familias del año 2013 en 165 se reportaron niños con esquema de vacunación incompleta de las cuales 55,2% se encontraban en la Comuna 14 y el menor porcentaje (3,6%) en la Comuna 1. Para el año 2014 la situación sobre familias con elevados porcentajes era similar en cuanto a la Comuna 14(43,6%) mientras el menor porcentaje correspondía a las comuna 7 y 11 con 4,5%. Para el año 2015 continuo siendo para la Comuna 14 (40,4%) y el menor porcentaje correspondió a las comunas 7 y 20 respectivamente(ver Tabla No. 24)

Tabla 24 Distribución de familias con reporte de vacunación incompleta para menores de cinco años por comunas. Proyecto APS Cali 2013-2015

TERRITORIO/ AÑO	2013		2014		2015	
	No	%	No	%	No	%
COMUNA 1	6	3,6	9	6,8	10	5,5
COMUNA 6	8	4,8	8	6,0	12	6,6
COMUNA 7	9	5,5	6	4,5	6	3,3
COMUNA 11	0	0,0	6	4,5	0	0,0
COMUNA 14	91	55,2	58	43,6	58	31,7
COMUNA 15	0	0,0	0	0,0	5	2,7
COMUNA 18	22	13,3	20	15,0	74	40,4
COMUNA 20	14	8,5	17	12,8	6	3,3
COMUNA 21	15	9,1	9	6,8	12	6,6
TOTAL	165	100,0	133	100,0	183	100,0

Fuente: Base de datos proyecto

Por territorio en el año 2013 la mayor proporción se ubico en Manuela Beltrán (27,9%) y Las Orquídeas (27,3%) mientras el menor porcentaje correspondió a Alfonso López 2 Etapa. Para el año 2014 el mayor porcentaje siguió siendo en Manuela Beltrán (27,8%) mientras el menor correspondió a Alfonso López Etapa 2

y Urbanización El Ángel del Hogar(2,3%). En el año 2015 se reporto el mayor porcentaje en el Sector Alto Jordán(27,9%) y el menor en los territorios de Terrón Colorado y la Urbanización Ángel del Hogar(1,1%). (ver tabla No. 26)

Tabla 25 Distribución de familias con niños menores de cinco años con esquema de vacunación incompleto por territorio. Proyecto APS. Cali. 2013-2015

TERRITORIO/ AÑO	2013		2014		2015	
	No	%	No	%	No	%
SAN CARLOS	0	0,0	6	4,5	0	0,0
BRISAS DE MAYO	0	0,0	10	7,5	6	3,3
PALERMO	0	0,0	0	0,0	4	2,2
SECTOR ALTO JORDAN	22	13,3	20	15,0	51	27,9
TERRON COLORADO	0	0,0	4	3,0	2	1,1
VISTA HERMOSA	6	3,6	5	3,8	4	2,2
LA ESTRELLA	14	8,5	7	5,3	0	0,0
PALMAS 1	0	0,0	0	0,0	14	7,7
EL ARBOL	0	0,0	0	0,0	3	1,6
POLVORINES	0	0,0	0	0,0	6	3,3
ALFONSO LOPEZ 2 ETAPA	2	1,2	3	2,3	0	0,0
ALFONSO LOPEZ 3 ETAPA	4	2,4	0	0,0	0	0,0
CIUDADELA FLORALIA	7	4,2	8	6,0	12	6,6
COMFENALCO	1	0,6	0	0,0	0	0,0
SIETE DE AGOSTO	0	0,0	0	0,0	4	2,2
URBANIZACION EL ANGEL DEL HOGAR	3	1,8	3	2,3	2	1,1
CALIMIO DESEPAZ	15	9,1	9	6,8	12	6,6
LAS ORQUIDEAS	45	27,3	21	15,8	11	6,0
MANUELA BELTRAN	46	27,9	37	27,8	47	25,7
LLANO VERDE	0	0,0	0	0,0	5	2,7
Total	165	100,0	133	100,0	183	100,0

Fuente: Base de datos proyecto

El ámbito vivienda corresponde a información relacionada con higiene locativa, abastecimiento de agua, manejo de residuos líquidos y sólidos, zoonosis y plagas de interés en salud pública, vectores y roedores, alimentos y riesgo químico.

La proporción de vivienda con riesgos relacionados con higiene locativa se presenta en la tabla No. 26. Como se observa para el año 2013 los valores oscilan entre 8,3% y 22,7% siendo el mas elevado el relacionado con pisos inadecuados y el mas bajo con problemas de ventilación e iluminación deficiente. El mismo comportamiento se presenta en el 2014 con valores que oscilan entre 7,3 y 22% mientras en el año 2015 la proporción de viviendas con riesgo disminuye a valores que oscilan entre 4,1 y 8,7% en hacinamiento para el primero y pisos inadecuados en el mas elevado.

Tabla 26 Distribución de riesgos en la vivienda. Higiene Locativa. Proyecto APS. Cali 2013-2015

ASPECTO /AÑO	2013 (n=7768)		2014 (n=6286)		2015 (n=6884)	
	No	%	No	%	No	%
Higiene locativa						
Viviendas con ventilacion e iluminacion deficiente	643	8,3	566	7,3	350	4,5
Hacinamiento	710	9,1	584	7,5	316	4,1
Pisos inadecuados	1766	22,7	1707	22,0	679	8,7
Paredes inadecuadas	1507	19,4	1444	18,6	628	8,1
Techos inadecuados	1406	18,1	1321	17,0	540	7,0
Conexiones electricas inadecuadas	1311	16,9	1169	15,0	502	6,5
Viviendas con higiene inadecuada	908	11,7	809	10,4	417	5,4

Fuente: Base de datos proyecto

Aspectos relacionados con la problemática de servicios públicos se observan en la tabla No. 27. Frente al abastecimiento de agua la proporción de vivienda que carecen de agua potable oscilaron entre 2,1% en el año 2015 y 7,8% en el año 2013 mientras el carecer del suministro de agua oscilo entre 4,2 y 3,3% para los mismos años. En el caso de residuos líquidos la mayor proporción de riesgos se relaciono con condiciones inadecuadas que oscilo entre 5,3% en el año 2015 y 2,8% en el año 2013 sin embargo la carencia de sistemas de recolección de aguas residuales fue reportada en 0,9% de las familias para los años 2013 y 2014 y 0,5% en el 2015. En el manejo de residuos solidos se reportan riesgos relacionados con el almacenamiento de los mismos que oscilaron entre 17% en el año 2013 y 5,3% en el año 2015.

Tabla 27. Distribución de riesgos en la vivienda. Servicios Públicos. Proyecto APS Cali 2013-2015

ASPECTO /AÑO	2013 (n=7768)		2014 (n=6286)		2015 (n=6884)	
	No	%	No	%	No	%
Abastecimiento de agua						
Viviendas que carecen de agua potable	603	7,8	493	6,3	166	2,1
Viviendas que carecen de suministro de agua	254	3,3	209	2,7	325	4,2
Viviendas que realizan algun metodo de desinfeccion del agua para consumo	1530	19,7	1084	14,0	571	7,4
Viviendas con redes de distribucion interna de agua inadecuadas	73	0,9	72	0,9	37	0,5
Viviendas con instalaciones sanitarias inadecuadas	561	7,2	489	6,3	206	2,7
Viviendas cuyo almacenamiento de agua es inadecuado	312	4,0	219	2,8	224	2,9
Manejo de los residuos líquidos						
Viviendas que carecen de un sistema de recoleccion de agua residual	16	0,2	13	0,2	46	0,6
Viviendas con sanitarios en condiciones inadecuadas	840	10,8	715	9,2	403	5,2
Manejo de los residuos sólidos						
Viviendas cuyos recipientes para el almacenamiento de los residuos solidos es inadecuado	1322	17,0	858	11,0	412	5,3
Viviendas que realizan aprovechamiento de los residuos	1541	19,8	1242	16,0	753	9,7

Fuente: Base de datos proyecto

La presencia de animales domésticos en la vivienda fue reportada entre 21,5% en el año 2015 y 49,5% en el 2013, la proporción de perros o gatos sin vacunar oscilo entre 3,3% en el año 2015 y 8,1% en el año 2013 mientras fue reportada la presencia de vectores y roedores en 10,4% de las viviendas en 2013 y 23,5% en 2015 como se observa en la tala No. 26

Tabla 28. Distribución de riesgos en la vivienda. Presencia de animales Proyecto APS. Cali. 2013-2015.

ASPECTO /AÑO	2013 (n=7768)		2014 (n=6286)		2015 (n=6884)	
	No	%	No	%	No	%
Animales domesticos o silvestres						
Viviendas con animales domesticos en la vivienda	3847	49,5	3112	40,1	1667	21,5
Viviendas con perros	2032	26,2	1573	20,2	901	11,6
Viviendas con perras	1839	23,7	1448	18,6	921	11,9
Total de perros	3871	49,8	3021	38,9	1822	23,5
Viviendas con gatos	776	10,0	671	8,6	465	6,0
Viviendas con gatas	752	9,7	584	7,5	442	5,7
Total de gatos	1528	19,7	1255	16,2	907	11,7
Perros o gatos sin vacunar	630	8,1	538	6,9	255	3,3
Vectores y roedores						
Viviendas con evidencia de insectos, palomas, murcielagos o roedores	807	10,4	1022	13,2	1829	23,5

Fuente: Base de datos proyecto

Riesgos relacionados con áreas de cocina inadecuada se reportaron entre 11,2% en 2014 y 23,9% en el año 2015 mientras la producción de alimentos a mediana y gran escala en las viviendas oscilo entre 2,3% en 2015 y 1% en 2013. Sobre los riesgos químicos se reporto 14% de vivienda con productos químicos con manejo o almacenamiento inadecuado entre 6,4% en 2014 y 14,4% en 2015 (ver tabla No. 29)

**Tabla 29. Distribución de riesgos en la vivienda. Alimentos y químicos.
Proyecto APS. Cali. 2013-2015**

ASPECTO /AÑO	2013 (n=7768)		2014 (n=6286)		2015 (n=6884)	
	No	%	No	%	No	%
Alimentos						
Viviendas donde las areas de la cocina son inadecuadas	987	12,7	870	11,2	1857	23,9
Viviendas donde los utensilios y equipos son inadecuados	798	10,3	578	7,4	1376	17,7
Viviendas donde los alimentos estan almacenados de manera inadecuada	295	3,8	214	2,8	509	6,6
Viviendas donde producen alimentos a mediana o gran escala	80	1,0	98	1,3	178	2,3
Viviendas donde la higiene de la cocina es inadecuada	609	7,8	487	6,3	1096	14,1
Riesgo químico						
Viviendas donde los productos quimicos tienen manejo o almacenamiento inadecuado	616	7,9	500	6,4	1116	14,4
Viviendas con cilindros de gas en condiciones deficientes	71	0,9	68	0,9	139	1,8
Viviendas con manejo de medicamentos inadecuado	190	2,4	184	2,4	374	4,8

Fuente: Base de datos proyecto

El ambiente comunitario corresponde a la caracterización de lideres, organizaciones, instituciones, entorno y a la información obtenida de fuentes de la Secretaria de Salud como los reportes de mortalidad para barrio y comuna y los relacionados con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) en los mismos niveles. En el caso de la caracterización de los primeros esta se presenta en lo relacionado al objetivo 2 mientras los reportes institucionales se incorporan en los documentos de Análisis de Situación Integrada de Salud.

Al respecto es importante resaltar que retomando las orientaciones del Ministerio de Salud y Protección Social en el sentido de realizar un análisis de la situación integrada de salud (ASIS) se decidió aplicar la metodología a nivel de territorio que recogiese la información existente y la aportada por los equipos de APS en la caracterización antes mencionada.

Para el año 2014 se construyeron los ASIS de siete territorios y para el año 2015 se esta en proceso de actualización de seis documentos y construcción de 5; la tabla No. 20 presenta la distribución de los mismos por año y situación.

Tabla 30 Distribución ASIS por territorio y estado actual por año. Proyecto APS Cali. 2013-2015

ASIS - Territorios	2014	2015
Vista Hermosa	Versión Final	Actualizando
Alto Jordán	Versión Final	Actualizando
Las Orquídeas	Versión Final	Actualizando
Manuela Beltrán	Versión Final	Actualizando
Calimio Desepaz	Versión Final	Actualizando
Ciudadela Floralia	Versión Final	Actualizando
Andrés Sanín	Versión Final	
Terrón Colorado		En Construcción
Siete de Agosto		En Construcción
Polvorines		En Construcción
Polvorines –Sector El Árbol		En Construcción
Polvorines – Sector Palmas		En Construcción

Fuente: Información proyecto APS

Objetivo 2

Mediante este objetivo se esperaba incorporar el ejercicio de la intersectorialidad en los territorios

Caracterización Sectorial

A partir de la información recolectada anualmente en la ficha individual se analizó de una parte la distribución de la población por régimen de afiliación, por aseguradora y el cumplimiento por parte de cada una de ellas frente a las metas de salud incluidas en el proyecto como prioridades

Para el año 2013 la distribución de la población cubierta por régimen de afiliación por comuna cubierta por el proyecto mostro para el régimen contributivo que la mayor proporción se ubicaba en la Comuna 6(60,2%) mientras la Comuna 20 con 24,7%. Por el contrario la Comuna 20 presento la mayor proporción de población del régimen subsidiado(70,9%) mientras la comuna 6 contaba con 25,6% de esa afiliación. La población sin afiliación se presento con mayor frecuencia en la Comuna 14(9,6%) y el reporte de no información correspondió a 1,5% del total(ver tabla No. 31)

**Tabla 31. Distribución de la población por régimen de afiliación por Comuna.
Proyecto APS. Cali. 2013**

Territorio	Contributivo		Especial		No Afiliado		Subsidiado		Sin dato		Total general	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
COMUNA 1	1138	37,0	49	1,6	246	8,0	1598	52,0	44	1,4	3075	100,0
COMUNA 6	3792	60,2	291	4,6	534	8,5	1611	25,6	70	1,1	6298	100,0
COMUNA 7	2124	50,1	105	2,5	389	9,2	1518	35,8	101	2,4	4237	100,0
COMUNA 14	3061	33,1	107	1,2	889	9,6	5047	54,6	139	1,5	9243	100,0
COMUNA 18	755	42,9	45	2,6	126	7,2	807	45,9	27	1,5	1760	100,0
COMUNA 20	280	24,7	4	0,4	39	3,4	805	70,9	7	0,6	1135	100,0
COMUNA 21	1141	50,6	45	2,0	201	8,9	842	37,4	24	1,1	2253	100,0
Total general	12291	43,9	646	2,3	2424	8,7	12228	43,7	412	1,5	28001	100,0

Fuente: Base de datos proyecto

En el año 2014 la distribución de la población cubierta por régimen de afiliación por comuna cubierta por el proyecto mostro resultados similares al año 2013, para el régimen contributivo que la mayor proporción se ubicaba en la Comuna 6(60,6%) mientras la Comuna 20 con 33,5%. Por el contrario la Comuna 20 presento la mayor proporción de población del régimen subsidiado(59,6%) mientras la comuna 6 contaba con 27,8% de esa afiliación. La población sin afiliación se presento con mayor frecuencia en la Comuna 11(7,8%) y la población sin información correspondió a 1,6% del total(ver tabla No. 32)

**Tabla 32. Distribución de la población por régimen de afiliación por Comuna.
Proyecto APS. Cali. 2014**

Territorio	Contributivo		Especial		No Afiliado		Subsidiado		Sin dato		Total general	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
COMUNA 1	1165	40,6	27	0,9	199	6,9	1445	50,3	36	1,3	2872	100,0
COMUNA 6	1986	60,6	137	4,2	221	6,7	910	27,8	24	0,7	3278	100,0
COMUNA 7	802	44,1	55	3,0	129	7,1	756	41,6	75	4,1	1817	100,0
COMUNA 11	286	53,0	21	3,9	42	7,8	173	32,0	18	3,3	540	100,0
COMUNA 14	3371	36,5	122	1,3	671	7,3	4939	53,5	135	1,5	9238	100,0
COMUNA 18	1212	46,3	78	3,0	158	6,0	1115	42,6	54	2,1	2617	100,0
COMUNA 20	590	33,5	23	1,3	67	3,8	1049	59,6	31	1,8	1760	100,0
COMUNA 21	1164	52,6	47	2,1	136	6,1	848	38,3	17	0,8	2212	100,0
Total general	10576	43,5	510	2,1	1623	6,7	11235	46,2	390	1,6	24334	100,0

Fuente: Base de datos proyecto

En el año 2014 la distribución de la población cubierta por régimen de afiliación por comuna cubierta por el proyecto mostro para el régimen contributivo que la mayor proporción se ubicaba en la Comuna 6(61,7%) mientras la Comuna 15 contaba 15,5%. Por el contrario la Comuna 15 presento la mayor proporción de población del régimen subsidiado(72,1%) mientras la comuna 6 contaba con 27,7% de esa afiliación. La mayor proporción sin aseguramiento se reporto en la comuna 15(9,7%) mientras la proporción de población sin información sobre la afiliación correspondió a 1,7% del total(ver tabla No. 33)

**Tabla 33. Distribución de la población por régimen de afiliación por Comuna.
Proyecto APS. Cali. 2015**

Territorio	Contributivo		Especial		No Afiliado		Subsidiado		Sin dato		Total general	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
COMUNA 1	1914	46,4	48	1,2	162	3,9	1928	46,7	77	1,9	4129	100,0
COMUNA 6	2444	61,7	96	2,4	271	6,8	1098	27,7	51	1,3	3960	100,0
COMUNA 7	1380	55,0	36	1,4	162	6,5	855	34,1	75	3,0	2508	100,0
COMUNA 14	4924	39,3	100	0,8	821	6,6	6454	51,5	231	1,8	12530	100,0
COMUNA 15	86	15,5	0	0,0	54	9,7	401	72,1	15	2,7	556	100,0
COMUNA 18	2141	40,3	57	1,1	277	5,2	2761	51,9	82	1,5	5318	100,0
COMUNA 20	361	35,4	18	1,8	48	4,7	584	57,3	9	0,9	1020	100,0
COMUNA 21	1406	57,8	36	1,5	209	8,6	767	31,5	15	0,6	2433	100,0
Total general	14656	45,2	391	1,2	2004	6,2	14848	45,8	555	1,7	32454	100,0

Fuente: Base de datos proyecto

En cuanto a la distribución por territorio para el año 2013 la distribución de la población cubierta por régimen de afiliación por territorio mostro diferencias para el régimen contributivo que oscilo entre 24,7% para La Estrella y 63,6% para COMFENALCO. El régimen subsidiado oscilo entre 21,4% para COMFENALCO y 70,9% para la Estrella mientras la población sin afiliación oscilo entre 5,3 % para La Urbanización El Ángel del Hogar(5,3%) y el sector de Puente del Comercio(12,2%) en La Estrella. (ver tabla No. 34)

Tabla 34. Distribución de la población por régimen de afiliación por Territorio. Proyecto APS. Cali. 2013

Territorio	Contributivo		Especial		No Afiliado		Subsidiado		Sin dato		Total general	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
ALFONSO LOPEZ 2 ETAPA	518	50,2	25	2,4	118	11,4	351	34,0	19	1,8	1031	100,0
ALFONSO LOPEZ 3 ETAPA	1357	54,2	71	2,8	234	9,4	799	31,9	41	1,6	2502	100,0
CALIMIO DESEPAZ	1141	50,6	45	2,0	201	8,9	842	37,4	24	1,1	2253	100,0
CIUDADELA FLORALIA	2696	60,9	192	4,3	381	8,6	1100	24,9	55	1,2	4424	100,0
COMFENALCO	764	63,6	67	5,6	106	8,8	257	21,4	8	0,7	1202	100,0
LAS ORQUIDEAS	1798	33,9	70	1,3	475	9,0	2883	54,4	76	1,4	5302	100,0
MANUELA BELTRAN	1263	32,0	37	0,9	414	10,5	2164	54,9	63	1,6	3941	100,0
PASO DEL COMERCIO	301	48,3	30	4,8	41	6,6	244	39,2	7	1,1	623	100,0
SECTOR ALTO JORDAN	755	42,9	45	2,6	126	7,2	807	45,9	27	1,5	1760	100,0
SECTOR PUENTE DEL COMERCIO	31	63,3	2	4,1	6	12,2	10	20,4	0	0,0	49	100,0
URBANIZACION EL ANGEL DEL HOGAR	249	35,4	9	1,3	37	5,3	368	52,3	41	5,8	704	100,0
VISTA HERMOSA	1138	37,0	49	1,6	246	8,0	1598	52,0	44	1,4	3075	100,0
LA ESTRELLA	280	24,7	4	0,4	39	3,4	805	70,9	7	0,6	1135	100,0
Total general	12291	43,9	646	2,3	2424	8,7	12228	43,7	412	1,5	28001	100,0

Fuente: Base de datos proyecto

Para el año 2014 la distribución de la población cubierta por régimen de afiliación por territorio mostro para el régimen contributivo cifras entre 28,7% para la Estrella y 60,6% para la Ciudadela Floralia. El régimen subsidiado oscilo entre 27,8% en ciudadela Floralia y 67,1 en la Estrella mientras la población sin afiliación oscilo entre 2,8% para La Estrella y 7,8% en Alfonso López 2 etapa y San Carlos. (ver tabla No. 35)

Tabla 35. Distribución de la población por régimen de afiliación por Territorio. Proyecto APS. Cali. 2013

Territorio	Contributivo		Especial		No Afiliado		Subsidiado		Sin dato		Total general	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
ALFONSO LOPEZ 2 ETAPA	555	50,2	45	4,1	86	7,8	384	34,7	36	3,3	1106	100,0
BRISAS DE MAYO	404	36,3	20	1,8	49	4,4	615	55,3	25	2,2	1113	100,0
CALIMIO DESEPAZ	1164	52,6	47	2,1	136	6,1	848	38,3	17	0,8	2212	100,0
CIUDADELA FLORALIA	1986	60,6	137	4,2	221	6,7	910	27,8	24	0,7	3278	100,0
LAS ORQUIDEAS	1641	37,0	67	1,5	305	6,9	2356	53,2	61	1,4	4430	100,0
MANUELA BELTRAN	1730	36,0	55	1,1	366	7,6	2583	53,7	74	1,5	4808	100,0
SAN CARLOS	286	53,0	21	3,9	42	7,8	173	32,0	18	3,3	540	100,0
SECTOR ALTO JORDAN	1212	46,3	78	3,0	158	6,0	1115	42,6	54	2,1	2617	100,0
TERRON COLORADO	511	51,8	13	1,3	66	6,7	393	39,9	3	0,3	986	100,0
URBANIZACION EL ANGEL DEL HOGAR	247	34,7	10	1,4	43	6,0	372	52,3	39	5,5	711	100,0
VISTA HERMOSA	654	34,7	14	0,7	133	7,1	1052	55,8	33	1,7	1886	100,0
LA ESTRELLA	186	28,7	3	0,5	18	2,8	434	67,1	6	0,9	647	100,0
Total general	10576	43,5	510	2,1	1623	6,7	11235	46,2	390	1,6	24334	100,0

Fuente: Base de datos proyecto

Caracterización Actores Sociales

A fin de establecer las características sociodemográficas, el tipo de actividades desarrolladas, las capacitaciones recibidas y el interés de vincularse en escenarios intersectoriales o de capacitarse en aspectos relacionados con las metas de salud publico se aplico un instrumento a cada una de las personas identificados como lideres en cada uno de los territorios durante el año 2015.

Un total de 29 personas participaron voluntariamente en el proceso de recolección de información, de ellas la mayor proporción pertenece a El Árbol en la Comuna

18, son mujeres, con un rango de edad entre 30 a 64 años un promedio de 47,4 y una mediana de 48 años, predominantemente mestizas(ver tabla No. 31)

Tabla 36. Caracterización de líderes. Aspectos sociodemográficos. Proyecto APS Cali. 2015

CARACTERÍSTICA	No	%
UBICACIÓN		
El Arbol	12	41,4
Terrón Colorado 1	6	20,7
Manuela Ampliado	3	10,3
Floralia 1 A	2	6,9
Floralia II	2	6,9
Siete de Agosto	2	6,9
Palmas 1	1	3,4
Polvorines	1	3,4
SEXO		
Femenino	22	75,9
Masculino	7	24,1
EDAD POR QUINQUENIOS		
30 a 34	8	27,6
35 a 39	4	13,8
40 a 44	1	3,4
45 a 49	2	6,9
50 a 54	1	3,4
55 a 59	5	17,2
60 a 64	8	27,6
ETNIA		
Mestizo	17	58,6
Indígena	7	24,1
Afrodescendiente	4	13,8
Otro*	1	3,4

Fuente: Base de datos caracterización

79,3% manifestaron interés en participar en espacios comunitarios e institucionales. Las áreas de trabajo se encontraban en un rango entre 1 a 6 con un promedio y una mediana de 3; 86,2% trabajaban en áreas de salud y en población general(85%) (ver Tabla No 32)

Tabla 37. Caracterización de líderes. Características trabajo. Proyecto APS. Cali. 2015

NUMERO AREAS DE TRABAJO		
3	10	34,5
1	8	27,6
6	4	13,8
2	3	10,3
4	3	10,3
5	1	3,4
AREAS DE TRABAJO		
Salud	25	86,2
Medio Ambiente	17	58,6
Educacion	13	44,8
Recreacion	11	37,9
Cultura	9	31,0
Deporte	9	31,0
Religion	2	6,9
Otro	4	13,8
NUMERO DE GRUPOS POBLACIONALES CON LOS QUE TRABAJAN		
1	15	51,7
2	7	24,1
3	6	20,7
4	1	3,4
POBLACIONES CON LAS QUE TRABAJAN		
Poblacion general	17	85,0
Primera infancia	7	35,0
Infancia	9	45,0
Adolescencia	4	20,0
Juventud	4	20,0
Adultos mayores	3	15,0
Adultos	1	5,0

Fuente: Base de datos caracterización

Caracterización de instituciones

Con el proposito de reconocer las instituciones presentes en los territorios priorizados e identificar los recursos disponibles en territorios con relación a las metas de salud acordes al proyecto APS se identificaron y caracterizaron en el año 2015 101 instituciones.

Tabla 38. Caracterización de instituciones. Ubicación por Territorio. Proyecto APS. Cali. 2015

Territorio	No	%
Terrón Colorado	30	29,7
Floralia	21	20,8
Palmas 1 - El árbol	19	18,8
Siete de Agosto	10	9,9
Calimio - Desepaz	9	8,9
Polvorines	7	6,9
Manuela Beltran	3	3,0
Orquideas	2	2,0
Total	101	100,0

Fuente: Base de datos caracterización

La mayor proporción de instituciones que se caracterizaron en cada territorio corresponde a Terrón Colorado(29,7%) mientras Orquídeas es el de menor numero (2,0%), como se observa en la tabla No. 38.

De aquellas que reportaron ubicación por comuna de la sede(98/101), 30,6% pertenecen a la comuna 1 y en menor porcentaje a las Comuna 2 y 19 (1,0%) como se observa en la tabla No. 39

Tabla 39. Caracterización de instituciones. Ubicación por Comuna de la Sede. Proyecto APS. Cali. 2015

Comuna sede	No	%
C1	30	30,6
C2	1	1,0
C3	5	5,1
C4	2	2,0
C5	2	2,0
C6	17	17,3
C7	8	8,2
C14	5	5,1
C18	23	23,5
C19	1	1,0
C21	4	4,1
Total	98	100,0

Fuente: Base de datos caracterización

La Tabla No. 40 presenta algunas de las características de las instituciones. La mayoría son de naturaleza publica (62,4%), el rango de permanencia en el territorio oscilo entre 0 y 50 años con un promedio de 18,8 y una mediana de 17 años.

Tabla 40. Caracterización de instituciones. Características generales. Proyecto APS. Cali. 2015

Tipo de institucion	No (n=101)	%
Mixta	9	8,9
Privada	29	28,7
Pública	63	62,4
Tiempo en el territorio	No (n=96)	%
Menor a un año	3	3,1
1-4 años	21	21,9
5-9 años	9	9,4
10 a 14 años	10	10,4
15 a 19 años	13	13,5
20 a 24 años	8	8,3
25 a 29 años	17	17,7
30 a 34 años	4	4,2
35a 39 años	7	7,3
40 a 44 años	3	3,1
> 45 años	1	1,0

Fuente: Base de datos caracterización

El numero de áreas de trabajo oscilo entre 1 y 8 con un promedio y una mediana de 3; la mayor parte de las instituciones caracterizadas trabaja en Educación(73,3%), Salud y Medio ambiente(51,3% cada una); mientras las poblaciones que cubre son en su mayoría primera infancia(46,5%) e infancia (37.3%).(ver Tabla No. 41)

Tabla 41. Caracterización de instituciones. Áreas de trabajo y población atendida. Proyecto APS. Cali. 2015

Area de trabajo	No	%
Educacion	74	73,3
Salud	52	51,5
Medio ambiente	52	51,5
Recreacion y uso tiempo libre	46	45,5
Cultura	44	43,6
Deporte	43	42,6
Religion	14	13,9
Otras	4	4,0
Formacion ciudadana	3	3,0
Seguridad	2	2,0
Prevencion	1	1,0
Labor Social	1	1,0
Cuidado de niños	1	1,0
Productividad	1	1,0
Prevencion desastres	1	1,0
Poblacion	No	%
Primera infancia	47	46,5
Infancia	33	32,7
Poblacion general	32	31,7
Adolescencia	30	29,7
Juventud	18	17,8
Embarazadas	10	9,9
Adultos	7	6,9
Etnias	6	5,9
Adultos mayores	4	4,0
Discapacitados	3	3,0
Diversidad sexual	2	2,0
Otros	1	1,0

Fuente: Base de datos caracterización

Trabajar con otros se identifico como un aspecto frecuente en la mayoría de las instituciones(4,3%), siendo el sector publico el mas frecuente(84%) mientras 38,6% de las entidades refirió pertenecer a algún comité como se observa en la tabla No. 42

Los recursos institucionales en su mayoría se relacionan con la disponibilidad de personal profesional(87,1%) y la existencia de planes de trabajo(95%) en contraste con la proporción de disponibilidades relacionadas con comunicaciones como pertenencia a redes sociales (21,8%) y sitio Web(38,6%). (Ver tabla No. 43)

Tabla 42. Caracterización de instituciones. Trabajo con otros. Proyecto APS. Cali. 2015

Trabajo con otros	No	%
Si	75	74,3
No	26	25,7
Con quien trabaja	No	%
Publico	63	84,0
Privado	23	30,7
Academia	23	30,7
Investigacion	21	28,0
ONG	11	14,7
Comunidad	6	8,0
Internacional	3	4,0
Economico	2	2,7
Politico	1	1,3
Pertenencia a comites	No	%
Si	39	38,6
No	62	61,4

Fuente: Base de datos caracterización

Tabla 43. Caracterización de instituciones. Capacidad instalada. Proyecto APS. Cali. 2015

CAPACIDAD INSTALADA (Disponibilidad)	Si	
	No	%
Redes Sociales	22	21,8
Sitio Web	39	38,6
Telefono celular	49	48,5
Recurso material	68	67,3
Espacio fisico	69	68,3
Telefono fijo	78	77,2
Recurso profesional	88	87,1
Plan de trabajo	96	95,0

Fuente: Base de datos caracterización

De aquellas instituciones que suministraron información sobre su participación en actividades de capacitación (84/1001) 45,5% ha participado en espacios de capacitación siendo las mas frecuentes aquellas que no se reaccionan de manera directa con las metas de salud publica(63%), mientras la mayoría de refirió estar interesada en recibir capacitación en salud infantil(76,2%)(ver Tabla No.

Tabla 44. Caracterización de instituciones. Aspectos relacionados con capacitación. Proyecto APS. Cali. 2015

Participacion en capacitacion	No (n=84)	%
Si	46	45,5
No	38	37,6
Temas de capacitacion	No (n=67)	%
Otras	29	63,0
Salud ambiental	15	32,6
Participacion	7	15,2
Salud infantil	5	10,9
Inespecifica	4	8,7
Escuela saludable	4	8,7
Salud materna	2	4,3
TB	1	2,2
Interes temas de metas SP	No (n=101)	%
Salud infantil	77	76,2
Salud Materna	45	44,6
Tuberculosis	28	27,7
Aseguramiento	29	28,7
Vacunacion animal	26	25,7

Fuente: Base de datos caracterización

Caracterización de organizaciones

Con el propósito de reconocer las organizaciones presentes en los territorios priorizados e identificar los recursos disponibles y las necesidades de ellas con relación a las metas de salud acordes al proyecto APS se identificaron y caracterizaron en el año 2015 64 organizaciones

La mayor proporción de organizaciones que se caracterizo en cada territorio corresponde a Floralia(31,3%) mientras El Árbol-Palmas es el de menor numero (3,1%), como se observa en la tabla No. 45.

**Tabla 45. Caracterización de organizaciones. Ubicación por Territorio.
Proyecto APS. Cali. 2015**

Territorio	No	%
Floralia	20	31,3
Calimio - Desepez	11	17,2
Terrón Colorado	10	15,6
Manuela Beltran	7	10,9
Siete de Agosto	7	10,9
Polvorines	4	6,3
Orquideas	3	4,7
El Arbol- Palmas	2	3,1
Total	64	100,0

Fuente: Base de datos caracterización

La Tabla No. 47 presenta algunas de las características de las organizaciones. La mayoría no cuenta con personería jurídica (64,1%), la estructura organizativa mas frecuente es junta directiva(46,9%) y el tiempo de existencia en el territorio oscilo entre 3 meses y 66 años con un promedio de 16 y una mediana de 15 años.

**Tabla 46. Caracterización de organizaciones. Características generales.
Proyecto APS. Cali. 2015**

Personeria Juridica	No	%
No	41	64,1
Si	20	31,3
No sabe	3	4,7
Estructura organizativa	No	%
Junta Directiva	30	46,9
Líder coordinador	24	37,5
Comité Coordinador	9	14,1
Junta Directiva, Comité Coordinador,	1	1,6
Tiempo de existencia	No	%
Menor a 5 años	16	26,2
5- 14 años	16	26,2
15 a 24 años	13	21,3
25 y mas	16	26,2

Fuente: Base de datos caracterización

El numero de áreas de trabajo oscilo entre 0 y 10 con un promedio de 3 y una mediana de 2; la mayor parte de las instituciones caracterizadas trabaja en Salud(53,1%), Recreación(50%) y Deporte(48,4% cada una); mientras las poblaciones que cubre son en su mayoría población general(46,9%) y adultos mayores (31.3%).(ver Tabla No. 48)

Tabla 47. Caracterización de organizaciones. Áreas de trabajo y población atendida. Proyecto APS. Cali. 2015

Distribucion por areas de trabajo	No	%
Salud	34	53,1
Recreacion y tiempo libre	32	50,0
Deporte	31	48,4
Cultura	24	37,5
Educacion	23	35,9
Medio ambiente	13	20,3
Productividad	4	6,3
Religion	3	4,7
Comunicación	3	4,7
Politica	1	1,6
Distribucion por tipo de poblacion	No	%
Poblacion general	30	46,9
Adultos mayores	20	31,3
Adolescencia	11	17,2
Infancia	9	14,1
Primera infancia	8	12,5
Juventud	6	9,4
Discapacitados	4	6,3
Adultos	3	4,7
Diversidad sexual	2	3,1
Etnias	2	3,1

Fuente: Base de datos caracterización

Trabajar con otros se identificó como un aspecto frecuente en la mayoría de las instituciones (4,3%), siendo el sector público el más frecuente (84%) mientras 38,6% de las entidades refirió pertenecer a algún comité como se observa en la tabla No. 42

Sus miembros activos oscilaron entre 0 a 150, con un promedio de 3 personas y una mediana de 19; en el caso de miembros mujeres su número osciló entre 1 a 56, con un promedio de 17 y una mediana 13 mientras en el caso de los hombres osciló entre 0 a 106 con un promedio de 7 y una mediana de 5.

Los recursos de la organización en su mayoría se relacionan con la disponibilidad de recurso humano (81,3%) y la disponibilidad de correo electrónico (68,8%) en contraste con la proporción de disponibilidades relacionadas con comunicaciones como página web (7,8%) y recursos materiales (20,3%). (Ver tabla No. 49)

Tabla 48. Caracterización de organizaciones. Capacidad instalada. Proyecto APS. Cali. 2015

CAPACIDAD INSTALDA	No	%
Recurso humano	52	81,3
Correo electronico	44	68,8
Plan de trabajo	35	54,7
Telefono fijo	34	53,1
Celular	34	53,1
Espacio fisico	31	48,4
Red Social	14	21,9
Recurso material	13	20,3
Pagina Web	5	7,8

Fuente: Base de datos caracterización

Sobre el trabajo con otros actores, se identifico que el numero de alianzas oscilo entre 0 a 4, con un promedio y una mediana de 1; la mayor parte de las mismas se establece con el sector publico(63,5%) y 64,1% de las organizaciones manifestaron pertenecer a comités, de ellas 13,6 pertenecen al menos a dos de ellos como se observa en la tabla No. 50

Tabla 49. Caracterización de organizaciones. Trabajo con otros. Proyecto APS. Cali. 2015

Actores Alianzas	No	%
Publico	40	63,5
Investigacion/Academica	11	17,5
ONG	6	9,5
Privado	5	7,9
Otras	3	4,8
Comunidad	1	1,6
Politico	1	1,6
Economico	1	1,6
Distribucion por pertenencia a comites	No	%
Si	41	64,1
No	23	35,9

Fuente: Base de datos caracterización

Mas de la mitad de las organizaciones manifestaron haber participado en actividades de capacitación (53,1%), siendo las mas frecuentes aquellas relacionadas con salud mental(31,2%), mientras la mayoría de refirió estar interesada en recibir capacitación en aseguramiento(46,9%). (ver Tabla No. 51)

Tabla 50. Caracterización de organizaciones. Aspectos relacionados con capacitación. Proyecto APS. Cali. 2015

Capacitación recibida	No	%
Salud Mental	20	31,3
Otros	7	10,9
Salud infantil	7	10,9
Ambiental	4	6,3
Aseguramiento	2	3,1
SSR	2	3,1
Materna	1	1,6
Interes tematicas metas SP	No	%
Aseguramiento	30	46,9
TB	28	43,8
Salud infantil	26	40,6
Salud animal	23	35,9
Salud Materna	20	31,3

Fuente: Base de datos caracterización

Objetivo 3

El monitoreo del proyecto tuvo varios escenarios simultáneos: el ejercido en el territorio por parte de la auxiliar encargada de la familia; el realizado por el equipo en términos del cumplimiento de las acciones para alcanzar las metas propuestas de su área asignada y el realizado por el equipo de coordinación para monitorear las metas por territorio y generales del proyecto. En este documento se presenta el consolidado por cada una de las metas del proyecto para cada año

Monitoreo 2013

Línea de base Salud infantil

Entre la población menor de cinco años identificada en el año 2013, el 9,5% se encontraba al momento de la visita del equipo de Atención Primaria en Salud con el esquema de vacunación incompleto, siendo el territorio de La Estrella ubicado en la comuna 20 el que tenía mayor proporción de menores con el esquema incompleto (17%), seguido del territorio priorizado en Manuela Beltrán (13, 4%), al finalizar el año el TP de Floralia logró el 100% de la asistencia de los menores direccionados para completar esquema de vacunación, seguido de los menores pertenecientes a los seis cabildos en contexto de ciudad (91%).

En relación con la asistencia al programa de Crecimiento y Desarrollo los territorios donde se presentaba mayor inasistencia a este programa son Floralia (27,9%) y Alto Jordán (24, 4) respectivamente, al finalizar el año los territorios con mejores resultados en este componente fueron Vista Hermosa 89,2% de los

direccionados asistieron al programa, Cabildos (80,9) y Floralia (70,7%). (ver tabla No. 52)

Línea de base Salud Materna

En el componente de Salud Materna se identifica que el 13,2 % de las gestantes no se encontraban asistiendo al programa de Control Prenatal al momento de la primera visita, al finalizar el 2013 el 74,5% de las gestantes direccionadas se encontraban inscritas y asistiendo a este programa, llegando al 100% en los territorios priorizados de Floralia, Manuela Beltrán, La Estrella y Cabildos. ver tabla No. 352)

Línea de base Aseguramiento

Al final del año 2013 el 30,6 % de la población identificada inicialmente sin aseguramiento se encontraba afiliada a una entidad promotora de servicios de salud. (ver tabla No. 52)

Línea de base Tuberculosis

En relación con la identificación de sintomáticos respiratorios, del total identificados durante el 2013, el 33,3% presentó mejoría sin asistir a los instituciones prestadoras de servicios de salud, el 5,8 obtuvo resultados negativos en la baciloscopia, el 12, 5 % fue atendido y diagnosticado con una patología diferente a TB y el 27, 5% restante cambiaron su sitio de residencia o no fueron ubicados al momento de realizar las visitas de seguimiento.

Finalmente durante este año se visitaron 3 personas con diagnostico de tuberculosis, de las cuales 2 (66,6%) no se encontraban recibiendo tratamiento para esta patología. (ver tabla No. 52)

Tabla 51. Monitoreo Metas Salud Publica.. Proyecto APS. Cali. 2013

Monitoreo Metas	FLORALIA	MANUELA	ORQUIDEAS	CALIMIO	V.HERMOSA	A.JORDÁN	LA ESTRELLA	CABILDOS
2013								
SALUD INFANTIL								
Total < 5 años.	293	382	395	185	171	209	82	273
PAI								
< 5 años con esquema incompleto	4	45	53	12	6	22	14	34
Niños con esquema completo a final del año.	4	12	36	7	1	15	3	31
CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CYD)								
Niños no asistentes a CYD	82	42	36	35	28	51	3	42
Niños asistentes al final del año	58	7	12	21	25	20	1	34
SALUD MATERNA								
Gestantes	19	38	57	12	11	16	9	19
Gestantes no asisten a CPN al inicio	2	8	6	2	1	2	0	3
Gestantes asistentes a CPN al final del año	2	8	5	1	0	1	0	3
Gestantes con inicio temprano (Primer trimestre)	13	SD	SD	SD	1	4	4	0
Número de gestantes con 4 o mas CPN	SD	SD	SD	SD	1	2	SD	0
Parto Institucional	17	14	35	6	2	2	4	0
ASEGURAMIENTO								
Personas identificadas sin aseguramiento	293	414	236	225	166	206	46	314
Personas susceptibles	25	83	128	114	S.D.	65	SD	SD
Personas afiliadas a fin de año.	164	30	33	20	12	65	29	229
SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS (SR) Y TUBERCULOSIS								
Sintomaticos respiratorios identificados	11	12	20	6	9	32	6	24
Con baciloscopia positiva	0	0	0	0	0	0	0	0
Con baciloscopia negativa	1	1	1	1	2	1	0	0
Mejoria sin asistir a servicios	10	4	9	1	0	0	0	16
Otro diagnostico	0	0	7	0	0	0	0	8
Egreso territorio	0	7	3	0	0	0	0	0
Renueve	0	0	0	0	0	0	0	0
No ubicado	0	0	0	4	3	10	6	0
Personas identificadas con diagnostico de TB	3	1	0	0	0	6	2	2
Personas con diagnostico sin tratamiento	2	0	0	0	0	3	1	2
Personas con diagnostico en tratamiento al final del año	1	1	0	0	0	3	1	0
Egreso del territorio	0	0	0	0	0	0	0	0
Renueve	0	0	0	0	0	0	0	0
No ubicados	2	0	0	0	0	3	0	0
ZOONOSIS								
Animales identificadas con vacunación incompleta	47	138	155	26	2	43	13	15

En relación con la asistencia al programa de Crecimiento y Desarrollo los territorios donde se presentaba mayor inasistencia a este programa son Cabildos (36,6%) y Alto Jordán y Vista Hermosa ambos con el 25% de la población menor de cinco años inasistente, al finalizar el año los territorios con mejores resultados en este componente fueron Cabidos donde el 96,8 % de los direccionados asistieron al programa, Vista Hermosa (91%) y Floralia (85,1%). (ver tabla No. 53)

Línea de base Salud Materna

En el componente de Salud Materna se identifica que el 9,3 % de las gestantes no se encontraban asistiendo al programa de Control Prenatal al momento de la primera visita, al finalizar el 2014 el 50% de las gestantes direccionadas se encontraban inscritas y asistiendo a este programa, llegando al 100% en los territorios priorizados de Floralia, Manuela Beltrán, Orquídeas, Cabildos y Palermo. (ver tabla No. 53)

Línea de base Aseguramiento

Al final del año 2014 el 23 % de la población identificada inicialmente sin aseguramiento se encontraba afiliada a una entidad promotora de servicios de salud. (ver tabla No. 53)

Línea de base Salud Infantil

En relación con la identificación de sintomáticos respiratorios, del total identificados durante el 2014, el 35,3% presentó mejoría sin asistir a los instituciones prestadoras de servicios de salud, el 18,1 obtuvo resultados negativos en la baciloscopia , el 8, 6 % fue atendido y diagnosticado con una patología diferente a TB y el 15, 5% restante cambiaron su sitio de residencia o no fueron ubicados al momento de realizar las visitas de seguimiento.

Finalmente durante este año se visitaron 13 personas con diagnostico de tuberculosis, de las cuales 2 (15,36%) no se encontraban recibiendo tratamiento para esta patología. (ver tabla No. 53)

Monitoreo 2015

Línea de base Salud Infantil

Entre la población menor de cinco años identificada hasta el 30 de Septiembre de 2015 el 7,5% se encontraba al momento de la visita del equipo de Atención Primaria en Salud con el esquema de vacunación incompleto, siendo el territorio priorizado de Las Orquídeas ubicado en la comuna 14 el que tenía mayor proporción de menores con el esquema incompleto (23,4 %), seguido del territorio priorizado de Palmas 1 (comuna 18) con el 14,8 en el monitoreo realizado para el mes de Septiembre Siete de Agosto, Calimio Desepaz, El Árbol y Palermo han logrado el 100% de la asistencia de los menores direccionados para completar esquema de vacunación.

En relación con la asistencia al programa de Crecimiento y Desarrollo los territorios donde se ha presentado este año mayor inasistencia a este programa son Palermo (20,4%) y El Árbol con el 18,9% de la población menor de cinco años inasistente, al corte los territorios con mejores resultados en este componente son Palmas 1 (92,3) y el Árbol con el 85, 7% de menores direccionados asistiendo al programa. (ver tabla No. 54)

Tabla 52. Monitoreo Metas Salud Publica. Proyecto APS. Cali. 2014

Monitoreo Metas	FLORALIA	7 DE AGOSTO	MANUELA	ORQUIDEAS	CALIMIO	V.HERMOSA	A.JORDÁN	EL ARBOL	PALERMO	POLVORINES	TERRON	PALMAS	CABILOS
2015													
SALUD INFANTIL													
Total < 5 años.	251	143	393	158	192	141	211	37	44	119	91	94	223
PAI													
< 5 años con esquema incompleto	10	2	48	37	1	9	6	3	6	7	2	14	13
Niños con esquema completo a final del año.	6	2	33	26	1	0	2	3	6	5	1	13	7
CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CYD)													
Niños no asistentes a CYD	17	7	60	18	10	7	5	7	9	10	14	13	19
Niños asistentes al final del año	5	4	28	11	5	4	0	6	4	6	8	12	11
SALUD MATERNA													
Gestantes	14	12	45	29	18	7	9	7	2	15	12	9	24
Gestantes no asisten a CPN al inicio	0	0	5	0	3	0	0	1	0	0	0	0	4
Gestantes asistentes a CPN al final del año	0	0	5	0	2	0	0	1	0			0	4
Gestantes con inicio temprano (Primer trimestre)	13	9	15	18	12	1	6	6	1	14	9	5	23
Número de gestantes con 4 o mas CPN	11	6	21	11	4	2	5	6	1	10	7	7	22
Parto Institucional	5	6	17	17	6	1	0	1	1	8	6	1	
ASEGURAMIENTO													
Personas identificadas sin aseguramiento	279	118	135	88	46	83	66	19	25	97	79	56	162
Personas susceptibles	43	32	6	16	8	26	9	SD	SD	26	1	SD	SD
Personas afiliadas a fin de año.	67	29	6	4	6	11	18	1	10	26	15	5	0
SINTOMATICOS RESPIRATORIOS (SR) Y TUBERCULOSIS													
Sintomaticos respiratorios identificados	22	8	5	1	3	14	6	1	3	10	3	9	9
Con baciloscopia positiva	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Con baciloscopia negativa	3	6	0	1	0	9	3	0	2	3	3	1	1
Mejoria sin asistir a servicios	2	1	5	0	1	0	2	0	0	2	0	0	5
Otro diagnostico	11	0	0	0	1	0	0	0	1	3	0	4	3
Egreso territorio	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
Renueve	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No ubicado	4	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0
Personas identificadas con diagnostico de TB	0	0	1	0	0	1	3	0	0	1	3	0	0
Personas con diagnostico sin tratamiento	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Personas con diagnostico en tratamiento al final del año	0	0	0	0	1	1	2	0	0	1	3	0	0
Egreso del territorio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Renueve	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
No ubicados	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZONOSIS													
Animales identificados con vacunación incompleta		35	43	SD	13	32	36	30	41	45	11	61	13

Fuente: Informes de monitoreo Coordinadoras APS

Línea de base Salud Materna

En el componente de Salud Materna se identifica que el 7,3 % de las gestantes no se encontraban asistiendo al programa de Control Prenatal al momento de la primera visita, al 30 de septiembre el 92,3 % de las gestantes direccionadas se encuentran inscritas y asistiendo a este programa, llegando al 100% en 12 de los 13 territorios priorizados para este año con excepción de Calimio Desepaz donde la gestante no asiste al control prenatal egreso del territorio. (ver tabla No. 54)

Línea de base Aseguramiento

En el ítem de aseguramiento para el año 2015, el 11,9 % de la población no asegurada cumple criterios par afiliación al SGSSS (población susceptible) a la fecha el 110% de los susceptibles se encuentran afiliados. (ver tabla No. 54)

Línea de base Tuberculosis

En relación con la identificación de sintomáticos respiratorios, del total identificados a la fecha, el 19% presentó mejoría sin asistir a los instituciones prestadoras de servicios de salud, el 34 obtuvo resultados negativos en la baciloscopia, el 24,5 % fue atendido y diagnosticado con una patología diferente a TB y el 11% restante cambiaron su sitio de residencia o no han sido ubicados al momento de realizar las visitas de seguimiento.

Finalmente durante este año se visitaron 9 personas con diagnostico de tuberculosis, de las cuales al momento 2 (22,2%) no se encuentran en tratamiento. (ver tabla No. 54)

Tabla 54. Monitoreo Metas Salud Publica. Proyecto APS Cali 2015

Monitoreo Metas	FLORALIA	7 DE AGOSTO	MANUELA	ORQUIDEAS	CALUMO	V.HERMOSA	A.JORDÁN	EL ARBOL	PALERMO	POLVORINES	TERRON	PALMAS	CABILDOS
	2015												
SALUD INFANTIL	SALUD INFANTIL												
Total < 5 años.	251	143	393	158	192	141	211	37	44	119	91	94	223
PAI	PAI												
< 5 años con esquema incompleto	10	2	48	37	1	9	6	3	6	7	2	14	13
Niños con esquema completo a final del año.	6	2	33	26	1	0	2	3	6	5	1	13	7
CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CYD)	CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CYD)												
Niños no asistentes a CYD	17	7	60	18	10	7	5	7	9	10	14	13	19
Niños asistentes al final del año	5	4	28	11	5	4	0	6	4	6	8	12	11
SALUD MATERNA	SALUD MATERNA												
Gestantes	14	12	45	29	18	7	9	7	2	15	12	9	24
Gestantes no asisten a CPN al inicio	0	0	5	0	3	0	0	1	0	0	0	0	4
Gestantes asistentes a CPN al final del año	0	0	5	0	2	0	0	1	0	0	0	0	4
Gestantes con inicio temprano (Primer trimestre)	13	9	15	18	12	1	6	6	1	14	9	5	23
Número de gestantes con 4 o más CPN	11	6	21	11	4	2	5	6	1	10	7	7	22
Parto Institucional	5	6	17	17	6	1	0	1	1	8	6	1	
ASEGURAMIENTO	ASEGURAMIENTO												
Personas identificadas sin aseguramiento	279	118	135	88	46	83	66	19	25	97	79	56	162
Personas susceptibles	43	32	6	16	8	26	9	SD	SD	26	1	SD	SD
Personas afiliadas a fin de año.	67	29	6	4	6	11	18	1	10	26	15	5	0
SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS (SR) Y TUBERCULOSIS	SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS (SR) Y TUBERCULOSIS												
Sintomaticos respiratorios identificados	22	8	5	1	3	14	6	1	3	10	3	9	9
Con baciloscopia positiva	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Con baciloscopia negativa	3	6	0	1	0	9	3	0	2	3	3	1	1
Mejoria sin asistir a servicios	2	1	5	0	1	0	2	0	0	2	0	0	5
Otro diagnostico	11	0	0	0	1	0	0	0	1	3	0	4	3
Egreso territorio	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
Reuente	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No ubicado	4	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0
Personas identificadas con diagnostico de TB	0	0	1	0	0	1	3	0	0	1	3	0	0
Personas con diagnostico sin tratamiento	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Personas con diagnostico en tratamiento al final del año	0	0	0	0	1	1	2	0	0	1	3	0	0
Egreso del territorio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reuente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No ubicados	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZOONOSIS	ZOONOSIS												
Animales identificadas con vacunación incompleta		35	43	SD	13	32	36	30	41	45	11	61	13

Fuente: Informes de monitoreo Coordinadoras APS

6. Aprendizajes

- Dado que el proyecto se centró en los resultados en salud alineados al Plan de Desarrollo, los esfuerzos de los involucrados en la operación se focalizaron en su cumplimiento
- Modelar los procesos y procedimientos permitió iniciar la estandarización de formas de actuar y organizar la información, unificar guía metodológica para identificar y abordar situaciones de salud, maximizar recursos, establecer lineamientos para evaluar la efectividad de lo realizado, entre otros.
- Retomar las experiencias previas adelantadas por la Secretaria de Salud en el escenario territorial permitió asumir la progresividad en la implementación de las acciones
- Las particularidades de los territorios y sus dinámicas sociales implican reconocer las diferencias en las problemáticas a abordar y asumir una postura flexible frente a las estrategias y acciones a implementar.
- Se requiere considerar desde el inicio el diseño, la implementación y el monitoreo de estrategias de comunicación a partir de la caracterización de audiencias definidas.

7. Limitaciones

- El marco normativo vigente en el país, relacionado con APS, poco desarrollado frente a las responsabilidades de los actores y las orientaciones estratégicas y operativos dificulta la articulación con otros actores.
- Los procesos de vinculación de recursos humanos afectan el desarrollo del proyecto por cuanto algunas personas no cuentan con las competencias necesarias para el desarrollo de las acciones, no hay continuidad a pesar de la inversión en tiempos y recursos para capacitación efectuada del proyecto y la oportunidad en la contratación limita el desarrollo uniforme en los territorios
- La visión fragmentada de la responsabilidad de la autoridad sanitaria municipal (en cabeza de la alcaldía) dificulta la articulación efectiva frente a la definición de los resultados, los mecanismos de operación y el monitoreo y evaluación en la operación en territorios
- La capacidad instalada de la Secretaria de Salud en términos humanos, materiales, logísticos y administrativos, es insuficiente para el desarrollo adecuado de un proyecto con la dimensión de ciudad
- Las condiciones de seguridad en algunos territorios limitan la duración y tipo de intervenciones a desarrollar lo cual podría tener efectos en el logro de los resultados de salud

8. Retos

- Dado que en el Plan Decenal de Salud Pública la Estrategia de Atención Primaria es un elemento articulador, los aprendizajes derivados de este proyecto deben contribuir a fortalecer la mirada local, regional y nacional en el tema así como la implementación de acciones que contribuyan a las metas definidas
- En un municipio con elevada vinculación al régimen contributivo se requiere generar acciones articuladas por los actores del sistema para el logro de los resultados en salud pública con APS como estrategia orientadora
- La alta movilidad de las personas en los territorios implica el diseño e implementación de estrategias para generar mecanismos de participación comunitaria efectivos, eficientes y estables
- La ley estatutaria de salud es una oportunidad para la población en el logro de resultados en salud pública
- La orientación normativa de resultados en salud implica el cambio en las formas de planificación, organización monitoreo y evaluación no solo de la autoridad sanitaria sino de instituciones relacionadas con ello

Bibliografía

- República de Colombia. Ley 1438 de 2011.
- Consejo Municipal de Santiago de Cali. (Plan de Desarrollo Municipio de Santiago de Cali 2012-2015). "Cali DA una ciudad para todos".
- Cali, A. d. (2012). *Plan de Accion 2015*. Planeacion Municipal, Cali.
- Starfield, B. (1992). *Primary Care. Concept, Evaluation and Policy*. . New York. : Oxford University Press.
- Carrasquilla, J. G. (1982). *Programas de Atención Primaria Materno-infantil. . Primer Taller Latinoamericano de Atención Primaria con énfasis en salud materno-infantil*. Cali.
- Salud, O. M. (1978). *Atencion Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atencion Primaria de Salud*, (pág. 17). Alma Ata.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. . Ginebra.
- Pan American Health Organization. . (2003). *Revisión de las políticas de Atención Primaria de salud en América Latina y el Caribe*. . Washington, DC.
- Walsh JA, W. K. (1979). Selective Primary Health Care: an interim strategy for disease control in developing countries. . *N Engl J Med* , 301 (18), 967-974. .
- OMS/OPS . *Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud*. . Consejo Directivo, Washington.
- Tarimo E, W. E. (1977). *Primary health care concepts and challenges in a changing world. Alma-Ata revisited*. (Current Concerns ARA paper number 7, document WHO/ARA/CC/97.1, Geneva.
- Movement, P. H. (2003). *Health for All Now! Revive Alma Ata!! The Alma Ata Anniversary Pack*. Unnikrishnan. Bangalore (India).
- World Health Organization.(1981). *Development of Indicators for Monitoring Progress towards Health For All by the Year 2000*. . Geneva.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *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.
- República de Colombia. Ley 1438 de 2011.