

IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) AÑO 2017 EN ZONA URBANA Y ZONA RURAL DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

En el presente documento se mostrarán los resultados obtenidos en la vigencia 2017 de la implementación de los proyectos: “Fortalecimiento de la estrategia de Atención primaria en salud en el Municipio de Santiago de Cali” e “Implementación de la estrategia de salud al campo con enfoque en atención primaria en salud en la zona rural del municipio de Santiago de Cali”, lo cuales fueron viabilizados por el Concejo Municipal y actualmente vinculados dentro del Plan de Desarrollo Municipal “Cali progresa Contigo” 2016-2019, en su Capítulo 3, Eje 1 Cali social y Diversa, Componente 1.3: Salud publica oportuna y confiable Programa 1.3.1. Salud pública con enfoque intersectorial y poblacional, que tiene definido como indicador de producto 16 grupos operativos que implementan la Estrategia de Atención Primaria en Salud en zona urbana y rural.

La Atención Primaria en Salud con el paso del tiempo ha atravesado por varias transformaciones, iniciando en 1978 cuando la OMS (Organización Mundial de la Salud) convocó la Conferencia de Alma Ata con el objetivo de analizar y proponer estrategias que permitieran lograr “Salud Para Todos en el Año 2000” (SPT-2000) como meta universal, definiendo como estrategia la Atención Primaria de Salud (APS), estableciendo 10 puntos fundamentales dentro de su declaración que buscaban ser la base para la construcción de un nuevo sistema de salud.

En 1979 se consideró que la versión integral de la Atención Primaria de Salud (APS-I) enunciada en la declaración de Alma Ata era costosa y poco realista; para mejorar las estadísticas de salud se debió asumir formas de APS focalizadas, de acciones específicas, menos costosas y con un fin de supervivencia infantil, para ello se priorizaron los programas de crecimiento y desarrollo, lactancia materna, inmunización y técnicas de rehidratación oral, esta estrategia se conoció como

Atención Primaria de Salud Selectiva (APS-S), la cual dejó sin bases la participación de las comunidades en la planificación, decisión y control.

En Colombia, durante la vigencia del Sistema Nacional de Salud (SNS) (1978-1990), los gobiernos limitaron la aplicación de la APS al fortalecimiento de algunos servicios médicos en los puestos, centros y hospitales de baja complejidad, a la vinculación de promotores rurales, al desarrollo de programas focalizados de salud y a la organización de conferencias informativas para la gente, haciéndose cada vez más distante los planteamientos de Alma Ata.

Con la llegada de la Ley 100 de 1993, el Sistema de Seguridad Social asumió los servicios individuales de salud como mercancías de rentabilidad variable y bajo la dirección del Gobierno nacional, el Sistema de Salud se organizó como un mercado de servicios. Aquellos servicios que no podían facturarse fácilmente y que no ofrecían un margen de utilidad aceptable, como las acciones colectivas, las actividades intersectoriales - comunitarias y los servicios desarrollados por promotores, parteras y personal auxiliar se dejaron progresivamente de lado hasta que desaparecieron casi por completo.

En el 2005 la OPS (Organización Panamericana de la Salud) realizó revisó los factores de enfoque de la APS y llegaron a la conclusión que estos habían cambiado, pues, la pirámide poblacional se había transformado, encontrando que la población anciana superaba a la de los niños; había menos nacimientos, mejor calidad de vida e incremento en la expectativa de vida; cambios que abrieron espacio a otros problemas como la industrialización y urbanización de la sociedad, enfermedades crónicas y hacinamiento con riesgos medio ambientales, haciendo necesaria la implementación de una APS renovada que trabaje por las necesidades del momento, es ahí donde establecen unos principios, elementos y valores para su ejecución.

En el año 2011, la ley 1438 reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y define APS como una estrategia que permite 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. Así mismo, establece que APS es una estrategia de coordinación intersectorial para la atención integral de la población desde la salud pública. Una vez definido el “QUE”, aparece dentro del marco normativo en el 2015 la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) que tiene como propósito orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”, para así garantizar el derecho a la salud; definiendo el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) basado en 4 estrategias: 1. APS con enfoque familiar y comunitario, 2. Cuidado, 3. Gestión integral del riesgo y 4. Enfoque diferencial, el cual establece a su vez, las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

Basados en los lineamientos internacionales y normatividad nacional, el Municipio de Santiago de Cali, retomó la estrategia de APS desde el año 2013 a la actualidad, teniendo las siguientes características:

- Periodo 2013 – 2015:

La coordinación del proyecto estuvo a cargo del grupo de Participación Social de la Secretaría de Salud Pública Municipal (SSPM); la ficha de caracterización de las familias estaba enfocada a las condiciones del entorno e identificación de riesgos en salud focalizados como planificación familiar, citología, gestantes, crecimiento y desarrollo y PAI. Los territorios fueron priorizados dándole continuidad a las actividades de participación social y comunitaria, fortaleciendo el trabajo social que se venía implementando por mesas de salud en las comunas.

Los equipos extramurales estaban conformados por un profesional del área de la salud, 10 auxiliares de enfermería y 1 auxiliar administrativo.

- Periodo 2016 – 2017:

- La estrategia de APS se implementa desde el año 2016 a través de las Empresas Sociales del Estado del orden municipal, mejorando con esto el acceso a la prestación de los servicios para la población direccionada por parte de los equipos operativos, dando respuesta al trabajo conjunto y la articulación que se debe realizar entre las entidades territoriales, las aseguradoras y los prestadores de servicios de salud, en coherencia con lo establecido en la Política de Atención Integral en Salud.
- La estrategia de APS liderada por la Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali se viene desarrollando en territorios priorizados seleccionados con base en la información de morbi-mortalidad reportada por el sistema de vigilancia epidemiológica (SIVIGILA) 2016, los territorios definidos por la Estrategia TIOS (Territorios de Inclusión y Oportunidad Social) y prioridades del municipio como cabildos indígenas y concejos comunitarios de negritudes.
- Para la implementación de la estrategia, la SSPM rediseñó el instrumento de diagnóstico y caracterización de familias para identificación con enfoque de riesgos en salud basados en las metas de salud pública y población en condiciones especiales como víctimas del conflicto, discapacitados, sin aseguramiento en salud, entre otros, además de la identificación de riesgos en vivienda y sus condiciones en el entorno.
- La estrategia de APS opera bajo un manual de procesos y procedimientos elaborado por la SSPM, donde se especifican actividades y productos de resultados de la ejecución de cada una de ellas.

- La conformación de equipos multidisciplinarios contó con auxiliares de enfermería para la caracterización y la identificación del riesgo en la población, auxiliares administrativos para la digitación y consolidación de la información, profesionales del área de la salud para el seguimiento de la población direccionada, profesionales sociales para el desarrollo de los componentes de intersectorialidad/transectorialidad y participación social, comunitaria y ciudadana; también se incluyeron técnicos del área de la salud en los diferentes equipos, con el fin de realizar las intervenciones correspondientes al ámbito de saneamiento y las viviendas identificadas con riesgos. Desde las Empresas Sociales del Estado (ESE) se prestan los servicios multidisciplinarios con profesionales médicos, del área de odontología, psicología y las diferentes especialidades que la población remitida requiera.
- La SSPM realiza reporte de los casos de seguimiento identificados en los territorios priorizados a las diferentes Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) subsidiadas y contributivas, para su respectiva intervención y seguimiento, dando respuesta a la interacción que se debe realizar entre las entidades territoriales a cargo de la gestión de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios.

Teniendo en cuenta el enfoque diferencial y el contexto poblacional y territorial al que hace referencia la Ley 1438, como una de las estrategias de la Política de Atención Integral en Salud, se implementa la Estrategia de APS en los cabildos indígenas del municipio de Santiago de Cali con equipos operativos elegidos por los gobernadores de los cabildos para la caracterización de familias y la identificación de riesgos en salud, con su respectiva intervención, teniendo en cuenta las particularidades de cada cabildo, las características de la población indígena y los servicios disponibles para la misma. Por esta razón, se diseñó y se

aplicó una ficha de diagnóstico y caracterización de familias ajustada a dicha población.

Adicional a esto, se implementó la Estrategia de Salud al Campo con enfoque de Atención Primaria en Salud con la ESE Ladera que tiene bajo su jurisdicción la zona rural de Santiago de Cali para el mejoramiento de las condiciones en salud de la población rural del Municipio de Cali, para la caracterización, identificación e intervención de riesgos en salud, con enfoque educativo a nivel familiar y comunitario.

Para el año 2010, la estrategia de salud al campo se retroalimenta y nace una nueva etapa. Debido a la gran extensión de terreno que comprende la zona rural del municipio, la dificultad de la topografía, una población que vive en hogares tan distantes y con caminos y trochas de difícil tránsito, se dispuso de un sistema de transporte acorde a las necesidades. Fue así como se adicionó el caballo a la cotidiana tarea de médicos, enfermeras, promotoras de salud y trabajadoras sociales con resultados muy positivos en cuanto atención primaria en salud, supliendo las carencias de cobertura y eficiencia en la prestación de dichos servicios en el sector rural del municipio. A partir del año 2012 La estrategia de equipos extramurales se constituyó en una herramienta útil para impulsar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en sus componentes fundamentales de información, educación, comunicación y orientación de los usuarios a los servicios de salud, educación y otros sectores del bienestar con enfoque comunitario, para el año 2013, se inicia la implementación de un modelo totalmente novedoso en prestación del servicio de salud por teleconsulta a través del servicio de TELEMEDICINA que permite garantizar el acceso oportuno y con calidad a los servicios de salud a personas en territorios alejados, en especial a los habitantes de los corregimientos de Santiago de Cali. Para la vigencia 2017 en el proceso de caracterización de familias en la parte rural, se utilizaron dispositivos móviles que cuentan con un aplicativo de georreferenciación el cual permite la ubicación de las viviendas una manera más exacta y precisa.

1. IMPLEMENTACION Y RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA APS 2017

Para el año 2017, dando cumplimiento a la PAIS, la Secretaria de Salud Pública Municipal a través de las 5 ESE municipales implementó la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), ejecutando sus 3 componentes, los cuales son: servicios de salud con equipos multidisciplinarios, Intersectorialidad/Transectorialidad y participación social, comunitaria y ciudadana, los cuales fueron implementados en 16 territorios priorizados iniciales en la zona urbana y 4 en la zona rural del municipio de Santiago de Cali, estos territorios fueron seleccionados teniendo en cuenta 3 aspectos: reportes del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), cruce con territorios priorizados de la Estrategia TIOS (Territorios de Inclusión y Oportunidad Social) y compromisos adquiridos con la comunidad por el Alcalde y el Secretario de Salud Municipal, quedando priorizados los siguientes:

ZONA URBANA:

NORTE: Popular comuna (C4), Ciudadela Floralia (C6) y Playa Renaciente Corregimiento (Cgto Navarro).

CENTRO: El Guabal y Cristobal Colón (C10)

LADERA: Meléndez (C18), Alto Nápoles (C18), Los Chorros (C18), Lleras Camargo (C20), Siloé (C20), población indígena

ORIENTE: Charco Azul (C13), Comuneros II (C13), Puertas del Sol (C14), Mojica (C15), Potrero Grande (C21)

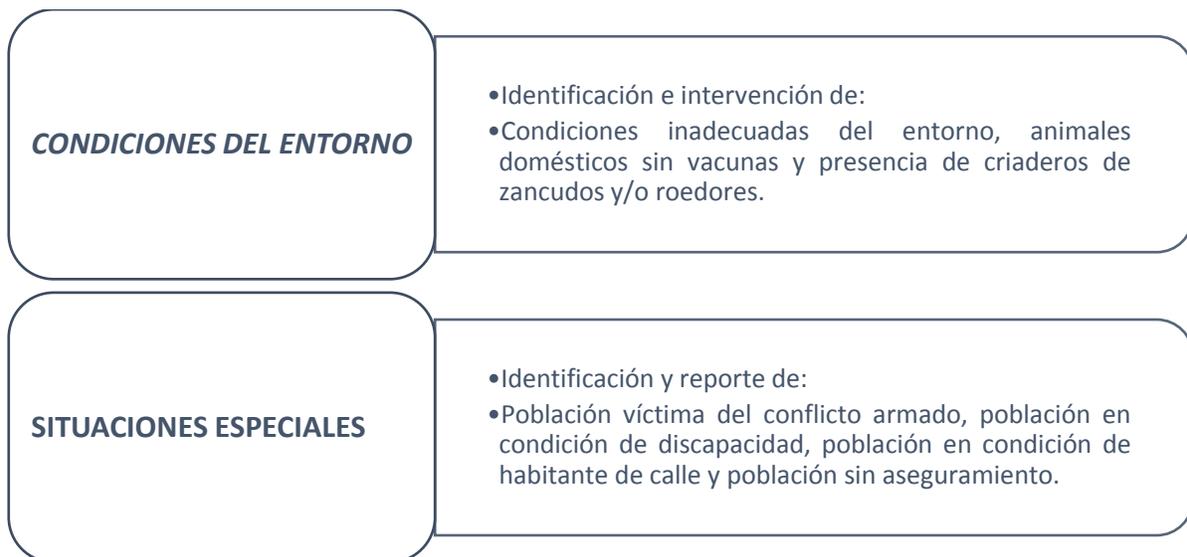
SURORIENTE: Antonio Nariño (C16)

ZONA RURAL: Corregimientos de La Elvira, Golondrinas, La Castilla y Hormiguero.

Para la implementación de la estrategia de APS se establecieron 5 metas que dan respuesta a sus 3 componentes:

- 20 territorios priorizados con valoración de condiciones y riesgos en salud realizados.
- 80% de las familias de la zona urbana con riesgos en salud en los territorios priorizados intervenidas.
- 32 mesas intra e intersectoriales realizadas para intervenir condiciones y riesgos en salud.
- 36 jornadas de promoción y prevención desarrolladas sobre eventos de salud priorizados.
- 5 planes de IEC elaborados y desarrollados de acuerdo a riesgos en salud de personas y familias.

Para el cumplimiento de dichos indicadores se conformaron 20 equipos multidisciplinarios con el fin de caracterizar a 26.244 familias, que daban respuesta a las 29 metas establecidas:



**NIÑOS HASTA LOS 9 AÑOS,
11 MESES, 29 DÍAS**

- Identificación e intervención de:
- Niños con signos de malnutrición, PAI incompleto, inasistencia a controlde C y D, inasistencia a control de salud oral, signos de maltrato, sintomáticos respiratorios, TB y/o Hansen.

**HOMBRES Y MUJERES
MAYORES DE 10 AÑOS**

- Identificación e intervención de:
- Mujeres sin planificación familiar, sin citología, sin mamografía, sin examen de próstata, inasistencia a consulta odontológica, consumo de bebidas alcohólicas, cigarrillo y/o SPA, inasistencia a programa joven, intento de suicidio, DM sin control, HTA sin control, TB y/o Hansen, sintomáticos respiratorios, gestantes sin control prenatal y víctimas de violencia.

Las familias priorizadas fueron intervenidas en un 89,78 % recibiendo educación orientada a riesgos en salud, demanda inducida a las IPS correspondientes para atención en los diferentes programas de promoción y prevención y visitas domiciliarias y llamadas telefónicas de seguimiento.

Inicialmente se seleccionaron 16 territorios de la zona urbana y 4 Corregimientos en la zona rural, una vez se inicia la caracterización se vio la necesidad de adicionar otros territorios a los contemplados inicialmente debido a la alta renuencia y el número de casas cerradas en algunos de los barrios, lo cual dificultaba el cumplimiento de la meta de familias a caracterizar; como San Judas I y II (C10) de la zona Centro, Aguacatal (C1), Nápoles y Lourdes (C18) de la zona Ladera, Comuneros I (C15) y Cgto Navarro de la zona oriente y República de Israel en la zona suroriente.

Para dar cumplimiento a la primera meta de la valoración de las condiciones de salud, se implementó una ficha de diagnóstico y caracterización, constituida por tres (3) módulos, los cuales permiten identificar condiciones socio demográficas, del entorno y de salud, por grupo familiar, de la siguiente manera:

- MÓDULO 1: Información general y condiciones del entorno.
- MÓDULO 2: Condiciones de salud en Niños hasta los 9 años, 11 meses, 29 días.
- MÓDULO 3: Condiciones de salud en Hombres y Mujeres mayores de 10 años.

2. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de la caracterización de las familias en los territorios priorizados en la vigencia 2017.

Tabla # 1
“Metas Familias a Caracterizar APS 2017”

METAS FAMILIAS	
ZONA	TOTAL
URBANA	24576
RURAL	1668
TOTAL	26244

Fuente: Datos obtenidos APS 2017- Secretaria Salud Publica Municipal Cali

En la tabla #1 se presentan las metas proyectadas para las zonas Urbana y Rural para la vigencia 2017, las cuales fueron planteadas de acuerdo a la cobertura de familias por grupos asignados en las diferentes zonas del Municipio de Santiago de Cali.

Tabla # 2
 “Información general de población caracterizada”

INFORMACIÓN GENERAL			
ZONA	VIVIENDAS	FAMILIAS	PERSONAS
URBANA	27736	28198	59599
RURAL	1607	1668	4697
TOTAL	29343	29866	64296

Fuente: Datos obtenidos APS 2017- Secretaria Salud Publica Municipal Cali

En la tabla anterior se aprecia la cantidad de viviendas, familias y personas caracterizadas en cada una de las zonas del municipio de Santiago de Cali siendo en la zona urbana los sectores de Ladera y Oriente quienes más aportan familias con un 30% y 27.8%, y en la zona rural Golondrinas aportando el 46% del total de los corregimientos.

Tabla # 3
 “Sexo”

SEXO			
ZONA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
URBANA	35806	23793	59599
RURAL	2591	2106	4697
TOTAL	38397	25899	64296

Fuente: Datos obtenidos APS 2017- Secretaria Salud Publica Municipal Cali

En la tabla #3 se observa la distribución por sexo de los habitantes en las zonas del municipio de Santiago de Cali, siendo el sexo femenino quien predomina con un 60%.

Tabla # 4
 “Régimen salud”

RÉGIMEN DE SALUD					
ZONA	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	ESPECIAL	SIN ASEGURAMIENTO	SIN DATO
URBANA	21942	27892	878	3931	4956
RURAL	1620	2227	40	810	0
TOTAL	23562	30119	918	4741	4956

Fuente: Datos obtenidos APS 2017- Secretaria Salud Publica Municipal Cali

En la tabla anterior se puede apreciar la distribución por régimen, siendo el régimen subsidiado el que cuenta con más afiliados en ambas zonas con un 47%, seguido del régimen contributivo con un 37%, datos a tener en cuenta es el de personas sin aseguramiento (7%) , siendo la zona oriente la que aporta mayor porcentaje de personas sin afiliación al SGSSS con un 57% del total de la zona urbana (3931), además esta misma zona fue la que apporto el 8% de población sin dato, esto debido a diversas situaciones como: inseguridad en la entrega de número de identidad, difícil acceso a las zonas para confirmación de información, negación a entregar datos personales lo que dificulto el cruce de información para la validación de afiliación.

Tabla # 5
 “Situaciones especiales”

SITUACIONES ESPECIALES							
ZONA	VÍCTIMAS DEL CONFLICTO	PERSONAS EN COND. DE DISCAPACIDAD	HAB. DE CALLE	VÍCTIMAS DE VIOLENCIA	MENORES CON SIGNOS DE MALTRATO	CONSUMO DE SPA	INTENTO DE SUICIDIO
URBANA	1602	630	146	905	3	1550	248
RURAL	226	137	12	146	0	128	74
TOTAL	1828	767	158	1051	3	1678	322

Fuente: Datos obtenidos APS 2017- Secretaria Salud Publica Municipal Cali

En la tabla de situaciones especiales, predomina la identificación y notificación de personas víctimas del conflicto armado con un 31%, seguido de consumo de sustancia psicoactivas (SPA) con un 29%; y en menor proporción la notificación el intento suicida con un 6%, seguido de familias con personas en condición de habitante de calle con 3%.

Tabla # 6
 “Riesgos en menores de 10 años”

MENORES DE 9 AÑOS, 11 MESES Y 29 DIAS			
RIESGOS	ZONA URBANA	ZONA RURAL	TOTAL
SIGNOS DE MALNUTRICIÓN	31	3	34
INASISTENCIA CRECIMIENTO Y DESARROLLO	714	69	783

PAI INCOMPLETO	285	32	317
INASISTENCIA A SALUD ORAL	723	80	803
SINTOMATICOS RESPIRATORIOS	2	0	2
TB SIN TRATAMIENTO	2	0	2

Fuente: Datos obtenidos APS 2017- Secretaria Salud Publica Municipal Cali

En la tabla #6 se puede apreciar los datos correspondientes a los menores de 10 años identificados con riesgos en salud, tanto en la zona urbana como rural predomina la inasistencia a salud oral con un 41%, seguido de la inasistencia a los controles de crecimiento y desarrollo (40%) y vacunación (PAI) incompleta en un 16%.

Tabla # 7
"Riesgos en mayores de 10 años"

HOMBRES Y MUJERES MAYORES DE 10 AÑOS			
RIESGOS	ZONA URBANA	ZONA RURAL	TOTAL
INASISTENCIA PLANIFICACIÓN FAMILIAR	1143	486	1629
INASISTENCIA ODONTOLOGÍA	6376	1086	7462
INASISTENCIA PROGRAMA JOVEN	5054	666	5720
SIN EXAMEN DE PROSTATA	1988	271	2259
SIN MAMOGRAFIA	1079	174	1253
SIN CITOLOGIA	4603	328	4931
DM SIN CONTROL	58	11	69
HTA SIN CONTROL	187	81	268
GESTANTES SIN CONTROL	18	35	53
SINTOMATICOS RESPIRATORIOS	6	0	6
TB SIN TRATAMIENTO	4	2	6

Fuente: Datos obtenidos APS 2017- Secretaria Salud Publica Municipal Cali

En la tabla anterior para finalizar el reporte de riesgos en salud identificados se observa la distribución por riesgos en hombres y mujeres mayores de 10 años en las zonas del municipio de Santiago de Cali, siendo la inasistencia a consulta odontológica el de mayor número de personas en las dos zonas con un 32%, seguido del riesgo de inasistencia a programa joven (24%) y mujeres de 25 a 69 años sin toma de citología vaginal con un 21%; y en menor proporción de riesgos los diabéticos sin control, gestantes sin control prenatal, sintomáticos respiratorios y personas diagnosticadas con TB sin tratamiento.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el año 2017 y el porcentaje de la intervención del 89% de las familias identificadas con riesgo, para el 2018 se planteó realizar seguimiento por los equipos operativos al 11% de familias faltantes y así poder cerrar la totalidad de los casos identificados con riesgos en salud; de igual manera aunque se obtuvo una intervención alta, la cual hace referencia a la demanda inducida, educación orientada a riesgos y seguimiento, la efectividad en la demanda inducida no fue favorable, dejando muchos riesgos latentes debido a la no asistencia a los servicios de salud por diversos motivos, como falta de tiempo y/o recursos, atención insatisfactoria en las IPS o simplemente desinterés, entre otros, por ello para el año 2018 los equipos contarán con un médico quien realizará evaluación inicial del estado de salud de casos priorizados por los equipos operativos, atención en unidad móvil, entre otros, buscando que la efectividad de la demanda inducida sea un mayor y los riesgos disminuyan.