

T

996

AMÉRICO SERVICIO DE INFORMACIÓN
ARCHIVO HISTÓRICO

80159

80159

**División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Maestría en Medicina Social**

**POLÍTICAS, PRÁCTICAS INSTITUCIONALES DE SALUD Y
PERCEPCIONES EN ESCENARIOS RURALES: LA PROMOCIÓN DE LA
SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN UNIDADES DE
SALUD DEL LENGUPÁ, BOYACÁ, COLOMBIA, 2008 Y 2009**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN MEDICINA SOCIAL
PRESENTA:

ADRIANA PATRICIA LOZANO DAZA

Directora de Tesis:
DRA. OLIVA LÓPEZ ARELLANO

Asesores y lectores:
DR. ALEJANDRO CERDA GARCÍA
DRA. CAROLINA ANDREA JULIETA TETELBOIN HENRION
MTRO. EDSON JAIR OSPINA LOZANO
MTRO. JUAN MANUEL ESTEBAN CASTRO ALBARRÁN

México D.F. febrero de 2009

TABLA DE CONTENIDO

Página

RESUMEN.....	5
--------------	---

INTRODUCCIÓN.....	6
-------------------	---

CAPÍTULO 1: EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes.....	8
1.2. Pregunta de investigación.....	9
1.3. Objetivos.....	11
1.4. Justificación.....	11
1.5. Propósitos.....	12

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1. Enfoque teórico de la investigación.....	13
2.2. Políticas de salud.....	13
2.3. Prácticas institucionales de salud.....	14
2.4. Actores sociales.....	18
2.5. Percepciones.....	18
2.6. Socio-territorio.....	20

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. Orientación de la investigación.....	22
3.2. Fases metodológicas	23
3.3. Población, fuentes de información e instrumentos.....	24
3.4. Recursos y cronograma de actividades.....	25

CAPÍTULO 4: MARCO REFERENCIAL

4.1. El sistema de salud en Colombia.....	26
4.2. El escenario rural en Colombia.....	29
4.3. El escenario provincial (caracterización).....	31

CAPÍTULO 5: RESULTADOS

5.1. Análisis del discurso de la política pública para zonas rurales en Colombia.....	39
5.2. Reconstrucción Prácticas Institucionales de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad	56
5.3. Reconstrucción de los perfiles epidemiológicos de la provincia del Lengupá.....	70
5.4. Las percepciones del personal de enfermería.....	84

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	110
--	------------

CONCLUSIONES.....	115
--------------------------	------------

BIBLIOGRAFÍA.....	118
--------------------------	------------

ANEXOS

Anexo 1. Resumen de revisión bibliográfica.....	125
---	-----

Anexo 2. Marco normativo de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Colombia.....	131
---	-----

Anexo 3. Notas históricas de la provincia del Lengupá.....	134
--	-----

Anexo 4. Anexo metodológico:	
4.1. Instrumentos y Fases metodológicas	139

4.2. Diario de campo.....	150
4.3. Descripción del procesamiento y guías de codificación de las entrevistas al Personal de enfermería.....	153
4.4. Dificultades de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad (transcripción de las entrevistas a personal de enfermería).....	159
4.5. Guías de observación.....	169
Anexo 5. Perfiles epidemiológicos 2005-2008 por municipio (Berbeo, Campohermoso, Miraflores, Páez, San Eduardo, Zetaquira).....	183

RESUMEN

El presente documento integra el proceso de definición del problema de investigación, la metodología con que se abordó la aproximación a la realidad empírica, y los resultados de la investigación de maestría en el tema de políticas, prácticas institucionales de salud y percepciones en escenarios rurales. Específicamente se analizó, la orientación y ejecución de las *prácticas institucionales de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad (PIPyp)* en municipios con población primordialmente rural.

Este trabajo constituye una aproximación al análisis de la política de salud desde una categoría mediadora como lo es la práctica institucional, teniendo en cuenta lo que Madel T. Luz identifica como la "distancia entre el discurso y la práctica institucional... (y la riqueza de esta última) como expresión de contradicciones..." (citada por Tetelboin, 1992:246).

El abordaje de dichas PIPyp se hizo, por un lado, con el análisis detallado de los postulados y normatividades de la política de salud y de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en Colombia, todo esto rastreando las especificidades de los sectores rurales. Por otro lado, se incorporó el tema de las percepciones, con la motivación de acercarnos a las prácticas a partir de las interpretaciones que tienen los actores institucionales, que como en el caso del personal de enfermería asumen un rol principal en la coordinación de los programas y en la ejecución de las actividades denominadas de *promoción de la salud y de prevención de la enfermedad (PyP)*.

Como objetivo general esta investigación se propuso reconstruir cuáles fueron las prácticas institucionales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, formuladas y desarrolladas en la provincia durante el período estudiado; y la exploración a partir de una mirada cualitativa de la percepción de las enfermeras frente a dichas prácticas.

El estudio tomó como referencia seis municipios del departamento de Boyacá, Colombia y se realizó durante los años 2007 y 2009. En una primera fase se realizó la búsqueda y análisis de documentos de política social y de salud; en una segunda fase de trabajo de campo se aplicó una encuesta semi-estructurada al personal de enfermería responsable de los programas de PyP, así como una guía de observación de las prácticas; en la tercera fase los insumos en todo este proceso permitieron una etapa de análisis en la que se identificaron diferentes niveles relacionales entre las percepciones de las enfermeras, la política social y de salud rural, el contexto, y el perfil epidemiológico de la población.

INTRODUCCIÓN

El origen del presente trabajo de investigación se remite a una idea-semilla que buscaba analizar cómo se daba la aplicación de la política sanitaria en áreas rurales, dicha idea se fortaleció con la experiencia directa en el quehacer como enfermera en el municipio que habita mi familia, y poco a poco cobró forma y sentido; en cierta medida germinó al contacto con la perspectiva de la medicina social y de sus categorías centrales para el análisis del *proceso de salud-enfermedad-atención (PSEA)*.

Lo que nació como un análisis relacional de las políticas de salud y la realidad de un escenario rural, fue moldeándose e incorporando dentro de la pregunta de investigación el tema de las *prácticas institucionales de salud (PIS)* y de la perspectiva de sus actores. En este proceso fue necesario trazar diversos caminos -acordes con los diferentes niveles de análisis y con las categorías adoptadas- para captar las principales características de las PIS, describir los perfiles epidemiológicos locales, conocer las percepciones de los actores institucionales, analizar las políticas sociales y de salud para este tipo de áreas, y de una manera general describir aspectos centrales en la determinación social del PSEA de la localidad en la cual se realizó el estudio. Así que fue necesario el desglose de categorías y herramientas metodológicas para la aproximación empírica, e indispensable encontrar los ejes relacionales que pudieran en una fase posterior de análisis de resultados cumplir con los objetivos trazados.

A continuación se presentan entonces las dos partes de la investigación denominada: políticas, prácticas institucionales de salud y percepciones en escenarios rurales: la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en unidades de salud del Lengupá, Boyacá, Colombia, en los años 2008 y 2009. La primera parte contempla la delimitación del problema de investigación, el marco teórico y categorías, así como la metodología implementada. La segunda parte concentra los resultados de acuerdo a los rubros e instrumentos utilizados, de esta parte se resaltan: los hallazgos respecto a la política social en áreas rurales y su impacto en las PIS; el estado de la política nacional en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Colombia; la situación local de las PIS en materia de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad; el perfil epidemiológico del Lengupá 2005-2008; así como el resultado de las entrevistas con el personal de enfermería de las seis unidades de salud estudiadas.

Tal vez una de los principales aportes de este trabajo tiene que ver con que en un ejercicio paralelo y detallado de análisis documental, observación, escucha y posterior interpretación, se verifica que la respuesta institucional -vista desde lo que hemos denominado las *prácticas institucionales de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad (PIPyp)*- se basa en un modelo centrado en la enfermedad, donde su prevención y atención funcionan con esquemas mercantiles y de contención de costos. En esta

lógica, y aunque con algunas resistencias por parte de los actores institucionales, no hay espacio para acciones que correspondan a lo definido como promoción de la salud, y en cuanto a las acciones de prevención, estas se focalizan para grupos denominados como “vulnerables,” con acciones de alto impacto y bajo costo comúnmente conocidas como costo-efectivas.

Aunque en este escenario los actores institucionales se confrontan permanentemente con necesidades y e imaginarios culturales diversos, su margen de acción ha sido estrictamente delimitado debido a la introducción de los esquemas de canalización de la demanda a servicios de salud, del cumplimiento de metas e indicadores, y de los condicionamientos financieros tanto para las instituciones públicas como para los usuarios de las mismas.

Podríamos afirmar que se trata de una situación ya detallada y estudiada en lo referente al tema de la legislación en salud. Esto si en especial revisamos los estudios relacionados con el impacto de la ley 100 de 1993 en cuanto a la inequidad en el acceso a la atención médica y la desprotección del derecho a la salud y la seguridad social en Colombia, sin embargo, consideramos pertinente que nuevos estudios puedan nutrir desde otros escenarios, y en especial desde los locales, el análisis de la situación de salud de poblaciones en espacios socio territoriales concretos, así como desarrollar aproximaciones cualitativas respecto a las percepciones y sentires que tienen los diversos actores.

En relación con lo anterior, se vislumbra como una necesidad apremiante un mayor desarrollo de las líneas de investigación y acción en el campo de la promoción de la salud, y en especial de la salud rural con enfoque médico social capaz de develar las causas e impacto de las desigualdades sociales en salud, así como de generar alternativas tanto en la formulación de políticas específicas para estos sectores como de prácticas de salud que rescaten en el posicionamiento desde un enfoque de defensa de los derechos sociales y de calidad de vida.

CAPÍTULO 1. EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes

A partir de la experiencia profesional como enfermera, en el centro de salud de Páez, municipio con población en su mayoría rural; surge mi interés por desarrollar un proyecto de investigación para analizar la implementación de las políticas de salud en escenarios rurales, y en especial, las que se orientaban a través de acciones denominadas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad (en Colombia conocidas como de PyP). Las cuales a su vez se organizaban en programas tales como los de estilos de vida saludables, salud sexual y reproductiva, salud materno-infantil, entre otros.

Un punto de partida en el análisis fue revisar la orientación de la política de salud y sus estrategias, programas e indicadores, los cuales eran definidos a partir de los niveles nacionales y departamentales. Al percibir que en su formulación parecía no hacerse distinción de las políticas respecto a las poblaciones y contextos a las que iban dirigidas; la pregunta de investigación se empezó a orientar en el sentido de la relación entre las políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desarrolladas por trabajadores de la salud -en especial las enfermeras-, y las realidades locales de poblaciones rurales. Adicionalmente, quería saber si en la ejecución de los programas de "PyP" en otros municipios de la provincia, se contaba con los recursos materiales y el personal de salud que garantizaran el desarrollo de las prácticas institucionales.

Posteriormente, se reformula el problema de investigación intentando ir más allá de la descripción de las relaciones entre la política sanitaria, la situación de salud y las realidades locales de comunidades campesinas, de manera que se explora la dimensión de las prácticas, y en este caso de las prácticas institucionales de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

En la revisión bibliográfica sobre el tema de estudio, se consultaron varias fuentes de información (ver Anexo 1). En el periodo de la delimitación del problema se consultaron libros y tesis que tuvieran que ver con la temática de práctica médica, prácticas de salud en ámbitos rurales, promoción de la salud, entre otros; y durante la redefinición de la pregunta de investigación y la construcción de las bases del marco teórico y referencial, se consultaron varias bases de datos virtuales y revistas especializadas.

Esta búsqueda permitió identificar algunas de las características de las líneas de investigación que abordan el tema de salud-ruralidad y prácticas de promoción de la salud, dentro de las que encontramos:

- Las investigaciones en su mayoría identifican como problemas comunes: la inequidad de la atención rural en salud, la falta de recursos y de personal de salud capacitado, y los problemas de accesibilidad.
- Los estudios han abordado temas como: las diferencias en la atención en ámbitos urbanos y rurales, infraestructura, salud sexual (maternidad, atención del parto), y algunos han abordado la relación condiciones de vida-morbilidad.
- La publicación de investigaciones específicas de las políticas de salud para el sector rural es escasa, así como la que tiene que ver con las prácticas institucionales.
- En el tema de promoción de la salud, las publicaciones abordan el tema de política, conceptualización y educación en salud, sin embargo, son escasas las investigaciones sobre las prácticas de promoción de la salud en el sector rural.
- En la bibliografía consultada, encontramos algunas investigaciones de tipo cualitativo sobre las prácticas y percepciones del personal de enfermería (Silva et al, 2001) y una referencia específica a las prácticas de cuidado de las enfermeras en unidades rurales (Budó y Saupe, 2005), las dos en Brasil. Es importantes mencionar que los principales referentes en el tema de la salud rural como campo académico y de acción fueron Australia y Brasil.
- Existe un interés emergente por el tema de la inter y multiculturalidad e importantes aportes en cuanto al estudio de las prácticas de salud de poblaciones indígenas y/o campesinas.

1.2. Pregunta de investigación

Oplamos por los caminos recorridos en la investigación de políticas de salud, definiéndola como un área de problematización en la que es posible reconocer y aproximarse desde diferentes elementos mediadores (Belmartino, 1992), para el caso de esta investigación, definimos la reconstrucción y análisis de las *prácticas institucionales de salud (PIS)*- vistas como saberes y actividades- en zonas rurales.

En dichas PIS se definió a su vez un recorte, proponiendo a las *prácticas institucionales de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad (PIPyp)* como núcleo problémico fundamental, ya que siendo éstas una de las áreas de trabajo prioritario de la política de salud para poblaciones que habitan zonas marginadas, podía ofrecernos un campo adecuado de observación respecto a la ejecución de la política.

Además al abordaje de dichas PIPyp se incorporó el tema de las percepciones (ver gráfico 1), al cual nos aproximamos tras la motivación de acercarnos a las prácticas no sólo desde el aspecto general y

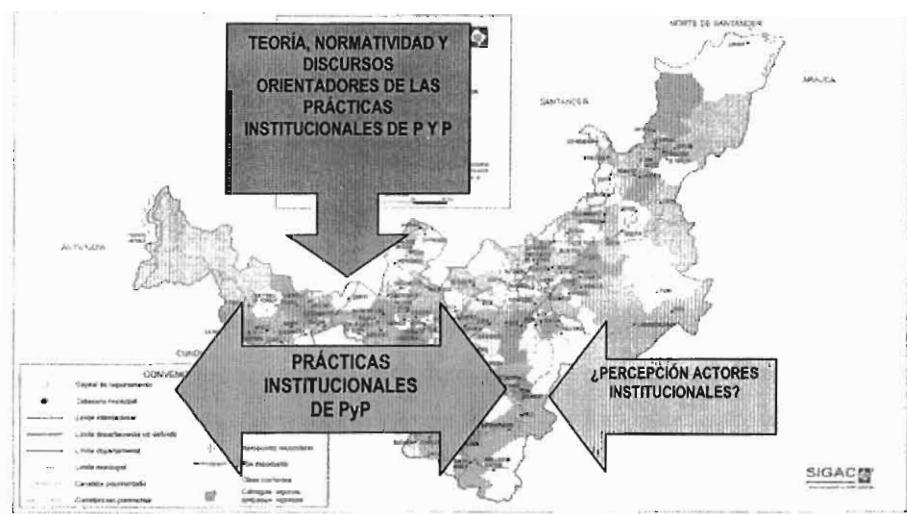
macro de la política, sino a partir de las interpretaciones que tienen algunos actores y reconociendo que sus percepciones son socialmente construidas por la misma praxis (Castro, Castro y Morales, 2005).

Otro aspecto a tener en cuenta para la delimitación del problema a las PIPyP, es el hecho de que la mayor parte de municipios escogidos para la investigación cuentan con centros de salud públicos – denominados *Empresas Sociales del Estado (ESE's)*- que desarrollan acciones de atención ofreciendo servicios del primer nivel de atención, siendo así responsables de la totalidad de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; se trata de centros de salud con los cuales las comunidades rurales tienen un primer contacto, en caso de demandar servicios de segundo nivel son remitidos al Hospital o ESE regional.

De acuerdo a las anteriores consideraciones se propuso como pregunta de investigación:

¿Cuáles fueron las prácticas institucionales de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad que se desarrollaron en municipios de la provincia del Lengupá, Departamento de Boyacá, Colombia, y qué percepción tienen de éstas sus principales actores?

GRÁFICO 1. Niveles y relaciones en la pregunta de investigación



Fuente: Elaboración propia

1.3. Objetivos

Objetivo general:

Reconstruir y analizar las prácticas institucionales de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad que se desarrollaron en municipios de la provincia del Lengupá, departamento de Boyacá, Colombia durante el 2008 y 2009, y explorar las percepciones de sus actores (en especial del personal de enfermería); identificando sus correspondencias con la política de salud rural, el contexto social y el perfil epidemiológico de la población.

Objetivos específicos:

- Analizar los principales elementos de la política pública en salud en zonas rurales, especialmente en cuanto al eje de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Colombia
- Reconstruir cuáles fueron las prácticas institucionales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, formuladas y desarrolladas en la provincia durante el período estudiado.
- Explorar y analizar las percepciones del personal de enfermería acerca de las prácticas institucionales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desarrolladas en el período estudiado.
- Reconstruir los perfiles epidemiológicos de las comunidades de la provincia durante este período a partir de los análisis situacionales de salud municipales y de otras fuentes secundarias.

1.4. Justificación

Los problemas de salud en las zonas rurales -que en este siglo se agudizan producto de la exclusión y la creciente desigualdad social- no han sido suficientemente explorados, y se desdibuja la posibilidad de posicionamiento tanto de las comunidades rurales y campesinas como de otros actores dentro de este debate.

Por lo anterior, la elección de la población y del escenario concreto de esta investigación va más allá de una definición de tipo metodológico, pues hoy la salud rural cobra relevancia no sólo como asunto político y social, sino como campo de discusión teórica. Así lo evidencian algunos investigadores que vienen tocando el tema de la salud de las comunidades indígenas, su derecho a la autonomía, la multiculturalidad, entre otros.

Respecto al abordaje de las prácticas institucionales de salud y de los actores, el primero se enmarca dentro del campo de la política de salud cuyo nivel descriptivo y/o analítico ofrece múltiples

posibilidades para el análisis de sus tendencias, correlaciones de fuerza, mediaciones y coherencias internas (Belmartino, 1992); en el caso del segundo, la mirada de actores en la formulación y aplicación de las prácticas permite identificar dinámicas internas dentro del campo, las cuales pueden ser más factibles de identificar a partir de la mirada cualitativa.

Adicionalmente, construir un contexto de lo rural nos aporta una perspectiva un poco más amplia en relación con identificar el marco o escenario donde se mueven los actores, contrario a los postulados de las realidades absolutas, de las generalizaciones mecánicas y los lineamientos que en salud confunden las realidades de una mayoría con las de una minoría y por ende las necesidades y problemáticas de salud de una y otra. Así se abre un camino para analizar la formulación, implementación y/o evaluación de políticas de salud en la región con miras al reconocimiento de las especificidades del escenario rural, el cual demanda prácticas institucionales particulares.

1.5. Propósitos generales

Dos son los propósitos que guían la formulación de esta investigación, por un lado, el que tiene que ver con el análisis de las políticas de salud específicamente en el campo de las prácticas institucionales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en escenarios rurales, y por otro lado, el interés de promover en el ámbito académico -y especialmente en el de la medicina social- la importancia del análisis y la formulación de políticas públicas en salud rural.

De acuerdo a lo anterior, el primero precisa de una revisión minuciosa de las políticas de gobierno en materia de salud para los escenarios rurales, de las orientaciones y normatividad en materia de PyP, de sus programas más representativos, así como del acercamiento a los trabajadores de la salud encargados de su ejecución.

Respecto al segundo, en la última década del siglo XX e inicios del XXI, los cambios en el modelo económico y sus implicaciones en el papel del Estado, marcan unas nuevas directrices para los sectores salud y más profundas contradicciones en la relación campo-ciudad. Los procesos de migración y de urbanización debilitaron las discusiones y el posicionamiento de una mirada desde lo rural lo cual afectó de manera negativa la formulación, ejecución y recursos que garantizaran los derechos sociales de los campesinos e indígenas, orientando las políticas para este sector desde un punto de vista asistencial y de focalización de los servicios, incluyendo así a la prestación de servicios de salud. Así se vislumbra la necesidad de la salud rural con un modelo de atención basado en la atención primaria en salud y en una promoción de la salud alternativa.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1. Enfoque teórico de la investigación (consideraciones generales)

La delimitación del objeto de investigación así como la elección de conceptos o categorías base para su abordaje, se retoman en su mayoría de los aportes de la corriente médico-social y de la salud colectiva latinoamericana, lo cual nos permite una mirada socio histórica del proceso vital humano, de las formas de enfermar y de morir, y de la comprensión de la respuesta social al proceso salud-enfermedad-muerte desde el punto de vista de la determinación social de la práctica médica.

Otro aspecto a tener en cuenta, es la exploración de nuevas dimensiones y metodologías en los problemas de investigación, abordando conceptos no tradicionales desde la perspectiva del marxismo clásico, tal es el caso de la dimensión subjetiva de los procesos sociales, donde cobran relevancia técnicas provenientes de perspectivas teóricas antipositivistas como en el caso de la fenomenología (Husserl).

2.2. Políticas de Salud

Con frecuencia solemos asociar el concepto de políticas de salud con el marco legal institucional de los sistemas de atención médica, los cuales sin duda son parte necesaria en el abordaje pero no la única, pues existen aspectos más generales como lo relacionado con el papel que juega el Estado en la política de salud – dentro del ámbito de la política social- como núcleo visible de su formulación (Belmartino, 1992).

En consonancia con lo anterior, es importante que en este momento histórico se comprenda las implicaciones que han tenido las reformas del Estado para las definiciones en el tema de política para el sector salud, pues nos encontramos ante un escenario en el que se impuso una visión hegemónica donde la salud pretende ser conducida con una lógica de mercantilización, esto es la tendencia de privatización que tiene como objetivo liberar recursos públicos hacia otros “destinos privados lucrativos” (Tetelboin, 2007:53).

Por otro lado, y más en relación con su dinámica interna, la política sanitaria funciona como campo donde también se manifiestan luchas por la distribución del poder, se constituye así en un espacio de confrontación, en una “arena de lucha política” (Granados y Tetelboin, 2008:8) donde se expresan relaciones de poder, en las cuales emergen actores que se posicionan y se constituyen en “...soportes de tales relaciones...cuyas expectativas, prioridades y conflictos pautan la dinámica de las transformaciones a su interior...” Belmartino, 1992:150).

De esta manera el abordaje de la política sanitaria, implica además de reconocer su dependencia de las dinámicas estructurales y de las relaciones sociales (Granados y Tetelboin, 2008); de entender la relevancia de los "fenómenos que devienen de la praxis" de sus actores; ambos aspectos pueden ser abordados de manera independientemente en una fase analítica, pero requieren para su comprensión integral de una instancia que los sintetice (Belmartino, 1992:122).

2.3. Prácticas Institucionales de salud (PIS)

La elección de las PIS se hace a partir del interés de aproximarse al problema de investigación desde el objeto de estudio de la Medicina Social denominado "respuesta social organizada al proceso salud enfermedad", pero con énfasis en las prácticas de salud desarrolladas desde las instituciones públicas del sistema de salud, para así conocer y analizar las relaciones entre la política de salud y las realidades locales de colectivos o comunidades.

El cuadro 1 puede permitir ver el nivel del análisis en el que queremos ubicar el objeto de investigación:

Cuadro 1. Categorías relacionadas con las prácticas Institucionales de salud

Prácticas de salud	Diversas formas de intervenir en salud, están constituidas por un conjunto de conocimientos y actividades que varían históricamente y que se influyen entre sí. Expresa la composición de la sociedad y da cuenta de los conocimientos y recursos que un grupo ha desarrollado para resolver los problemas de salud-enfermedad que condicionan su reproducción social. En el análisis de dichas prácticas se desentrañan las principales relaciones de poder y la conformación y función de las instituciones sociales. La política pública ha institucionalizado de manera casi exclusiva la medicina moderna o científica, como la práctica de salud hegemónica. (Granados y Tetelboin, 2008)
Práctica Médica (PM)	Hecho colectivo y social determinado por la formación socioeconómica y el cual expresa relaciones de poder. Desde el punto de vista del pensamiento médico social, la PM va más allá del avance científico de la medicina o de ser la mera operativización o medio para la satisfacción de necesidades. La PM tiene un claro carácter social e histórico y está determinada económica, política e ideológicamente, sin embargo, cuenta a su interior con sus propias instituciones médicas (dentro de la cuales se expresan relaciones de poder) y de formación de profesionales, desarrollo de los instrumentos del proceso de trabajo médico (tecnología médica) y una cultura de la salud. (Granados y Tetelboin, 2008)
Política sanitaria	Desde el período de la modernidad la respuesta social a la salud-enfermedad (S-E) se institucionalizó y se dio a través del Estado a partir de la política sanitaria, que como arena de la lucha política ha expresado los cambiantes y矛盾ionos intereses de la sociedad en la definición y aplicación de la política pública (Granados y Tetelboin, 2008) Es así como en su "...formulación e instrumentación...supone acciones e intervenciones sociales específicas que son obra de actores individuales y colectivos, portadores de intereses y capacidades particulares". (Belmartino, 1992:128)

Prácticas Institucionales de Salud (PIS)	Conjunto de estructuras organizativas cuyos saberes y actividades en salud se desarrollan como propuesta organizada a través de un medio institucional (el médico -asistencial) desde donde se ejerce el hacer profesional y el desempeño del trabajo médico orientado a la atención y la prestación de servicios de salud. (Fernández, 2007:56)
--	--

Fuente: Elaboración propia con base en módulo III MMS y autores varios

De acuerdo a lo anterior las PIS, son prácticas que en su hacer reproducen determinados significados, pero a su vez transforman y producen otros nuevos dentro del campo de la salud, además de que se desarrollan a través de un medio institucional donde se expresan actores con determinados roles y relaciones de poder; lo anterior supera "...la concepción tradicional del sector salud como conjunto de instituciones y recursos." (Belmartino, 1992:143)

Sin embargo, en la conceptualización de las PIS se encuentran algunas dificultades en la literatura médica, pues suele utilizarse de manera indistinta los términos "prácticas de salud o prácticas médicas" para agrupar todo tipo de actividad o conjunto de acciones (de prevención, curación y/o rehabilitación) que pretenden dar respuesta a un estado mórbido o patológico, o tomando como implícito dentro de las prácticas de salud la exclusividad de la respuesta institucional, invisibilizando otro tipo de actores o de respuestas sociales que configuran otras prácticas de salud.

Además con la consolidación del poder médico se reconoce que el análisis de la práctica médica no es una tarea fácil pues usualmente en la historia aparece dentro del campo de las ciencias naturales y biológicas, pretendiendo ser neutral y estar "descolgada o al margen de los social" (Tetelboin, 1997:491).

Teniendo en cuenta estos problemas en la conceptualización de la práctica médica, esta investigación demanda una definición mucho más acotada de las PIS, para lo cual se retoma desde la salud colectiva la siguiente:

Las PIS son el "Conjunto de estructuras organizativas cuyos saberes y actividades en salud se desarrollan como respuesta organizada a través de un medio institucional como lo es el campo médico - asistencial, desde donde se ejerce el hacer profesional y el desempeño del trabajo médico orientado a la atención y la prestación de servicios de salud..." (Fernández, 2008:11). "Integran acceso, atención y educación en salud, disponen de saberes, equipos, técnicas y materializan la formación del recurso humano en salud..." (Fernández, 2007:56).

Estas prácticas en cuanto a la correspondencia con las metas, objetivos, estrategias, programas y acciones de las políticas de salud -y teniendo en cuenta la dinámica entre norma y praxis- hacen que el desarrollo de las PIS se dé en "un complejo entramado de relaciones e interacciones entre diversos actores" (Fernández, 2007:57), lo cual hace necesario un acercamiento más allá de sus estructuras

formales de organización, así se podrá establecer si las PIS, guardan relaciones coherentes con los postulados de la política sanitaria así como con las demandas de salud de las comunidades a las cuales van dirigidas.

Las PIS materializadas en modelos de atención y de prestación de servicios para la atención de la enfermedad y el cuidado de la salud, pueden ser analizadas en diferentes aspectos y/o niveles, entre los que podemos mencionar algunos como:

- El acceso a los servicios institucionales de salud.
- El quehacer asistencial de los profesionales, técnicos y otros niveles del personal de salud.(*)
- Las relaciones: médico-paciente-institución, médico-personal de salud, entre otras.
- La educación en salud.
- Las tecnologías médicas.
- La formación del recurso humano en salud.
- Los programas de salud.
- La relación entre la norma y la práctica en la ejecución de programas de salud.(*)

Para esta investigación se analizan los dos aspectos subrayados, y se asume como unidad de observación los programas que se agrupan dentro del término Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, conocida como PyP, aunque vale la pena aclarar que ésta no se asume como categoría pues en realidad aparece como mixtura normativa y en este sentido lo que se retoman son algunas definiciones sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad que pueden servir como referencia para el análisis.

Del concepto de promoción de la salud, se parte de las definiciones de las conferencias internacionales de promoción de la salud, algunas de éstas incorporadas en la normatividad, y las cuales suelen tomar como referencia la Carta de Ottawa, la cual plantea que:

"La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana..." (OPS/OMS,

1984).

Igualmente dentro de la carta se contemplan como áreas operativas: la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes saludables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales, y por último la reorientación de los servicios de salud.

Se han desarrollado varias discusiones y aportes en las diferentes conferencias internacionales sobre promoción de la salud: Adelaida (1988), Sundsvall (1991), Yacarta (1997), México (2000), en especial la carta de la VI conferencia global en Promoción de la Salud (Bangkok, 2005) plantea que:

*“...Las Naciones Unidas reconocen que el disfrute del mayor grado posible de **salud** es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin discriminación alguna.*

*La promoción de la salud se basa en ese derecho humano fundamental y refleja un concepto positivo e incluyente de la **salud como factor determinante de la calidad de vida**, que abarca el bienestar mental y espiritual.*

La promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta. Es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud”¹(OMS, 2005).

Sobre la prevención de la enfermedad, básicamente retomamos el trabajo de Gómez y González (2004) que plantea que:

“La prevención de la enfermedad se refiere al conjunto de actividades aplicadas a los individuos o los grupos en riesgo con el propósito de evitar la aparición de un daño a la salud o de mitigar sus efectos; su interés es patocéntrico –se interesa especialmente en la enfermedad- y sus métodos –muy influidos por la tradición médica en la que se originaron- se agrupan en cuatro tipos: a) reducción y control de favores de riesgo para la enfermedad, b) aplicación de medidas de protección específica a los sujetos en mayor riesgo de daño (cinturón de seguridad, casco protector, vacunas, quimioprofilaxis), c) acciones de detección precoz y tamizaje de la enfermedad y d) acciones de intervención precoz en la fase asintomática.” (Gómez y González, 2004:91).

¹ Los subrayados son nuestros.

2.4. Actores sociales

Se retoma el concepto de actores sociales, pues como algunos autores plantean, se erige como herramienta para el análisis de las políticas públicas, ya que estos expresan y representan intereses en pugna "...por definir o redefinir un determinado cauce para los procesos sociales" (Teléboin, 1992:235).

En el campo de la salud autores como Pinheiro y Madel T. Luz (2001) afirman que "...los servicios de salud se constituyen en un escenario vivo donde actúan algunos actores sociales distintos en el desarrollo de sus prácticas, generando diferentes percepciones sobre lo que se demanda o se ofrece en materia de salud" (citado por Fernández, 2008:56).

En términos conceptuales los actores sociales definidos desde la representación de intereses comunes, se expresan dentro de una dinámica de estructuras y procesos, pues son las que por un lado, explican la conformación de los campos sectoriales de interés, y por otro lado, muestran las dinámicas de acumulación de poder a partir de la pugna de los intereses en un contexto específico (Belmartino, 1992).

Sin embargo, el peso que se le ha dado a lo histórico-estructural como marco y contexto determinante de la acción, ha desconocido en cierta forma la dinámica y procesos en que los actores pueden dentro de un campo confrontar y modificar las correlaciones de fuerza, su ubicación y de esta manera el mismo campo donde actúan.

En el anterior sentido, en esta investigación se indaga sobre las percepciones de actores claves dentro de las PIPyP -como es el caso de las enfermeras-. Si bien se parte de que hay un posicionamiento a partir de determinadas relaciones de poder y de determinados roles, éstos no funcionan en un solo sentido. Las posiciones de estos actores se modifican a partir de las contradicciones en el seno de su propia práctica cotidiana.

Otro de los aspectos por el que se consideró importante incluir el abordaje de los actores, es la posibilidad de una aproximación a la esfera de las acciones o de las intervenciones sociales, a partir de la identificación de sus intereses, capacidades y posibilidades, así como de las posibles distancias entre el discurso (orientaciones y normativas) respecto a la práctica institucional en la esfera de la acción.

2.5. Percepción

El concepto de percepción amerita una revisión general de los posicionamientos de las ciencias sociales frente a la relación entre el conocimiento y la experiencia, y de allí la forma como se interpreta el mundo y el ser humano en relación con éste. Así se identifican en términos generales dos grandes corrientes filosóficas: la empírica y la materialista.

En el marco de la primera se ubican la mayoría de planteamientos respecto a las percepciones, las cuales parten del principio empirista de que: "La mente humana alberga dos clases de contenidos esenciales: por una parte, las impresiones frescas, intensas y vivaces que proceden de nuestros sentidos a través de la percepción directa, y por otro, las ideas que proceden de la introspección y que permiten formar ideas acerca de operaciones tales como sentir, pensar, desear, etc." (Castro, Castro y Morales, 2005:366). La expresión más radical del empirismo es el escepticismo, que a la luz de Hume implica una teoría representacionalista del conocimiento, es decir, una teoría que plantea la imposibilidad de que el conocimiento vaya más allá de sus propias percepciones e ideas, en definitiva, la imposibilidad de conocer la realidad objetiva (Castro, Castro y Morales, 2005).

En este escenario que rechaza la idea de que el conocimiento de la realidad sea un hecho objetivo y afín a la corriente fenomenológica encontramos la antropología de los sentidos, corriente interpretativa que ubica cómo el cuerpo -a partir de las resonancias sensoriales y perceptivas- percibe el mundo, dicho conocimiento no puede ser objetivo, pues es en realidad una mera interpretación que se elabora a partir de los límites del entorno y que se encuentra dentro del conjunto de significados ya presentes en los seres humanos (Le Breton, 2007).

El autor llama la atención de que la percepción no se da ni unidimensional ni unidireccionalmente y está determinada por diferentes ángulos de enfoque, de expectativas, de pertenencias sociales y culturales; en definitiva las percepciones y los significados ligados a éstas son huellas de la subjetividad, son entonces tomas de posición simbólicas del mundo, no es la realidad, es la manera de sentir la realidad, y si se desea compartir experiencias con otros se cuenta con el lenguaje como mediador, donde "la palabra capta la percepción en su prisma significante y le proporciona un medio para formularse...aunque muchas veces es excedida por las percepciones sensoriales" (Le Breton, 2007:26).

Por otro lado, autores como Carlos Marx desarrollan una crítica sistemática al idealismo y a su expresión empírica en el estudio de los fenómenos sociales, en la cual aborda la necesaria separación que ha de darse entre la apariencia de las cosas y la realidad, refuta la existencia de la ciencia de las apariencias, y coloca como elemento central del proceso de conocimiento el que éste se enmarca dentro de las relaciones sociales que se derivan del modo de producción, permitiendo así desentrañar procesos de construcción social que la "apariencia" mantenía ocultos.

Así para Marx el entendimiento de la realidad social se da a partir de lo que él denomina "el camino de la ciencia", que va "de la apariencia a la esencia, es decir, el camino que va desde la objetividad ya dada a la construcción social de tal objetividad; por tanto, una reducción del dato a su construcción por

sujetos en interacción, un proceso que a partir de lo dado va en busca de su autor y de la praxis que le dio origen" (Castro, Castro y Morales, 2005:104 citando a Lamo *et al.*). O en palabras de V.I Lenin: "el camino dialéctico del conocimiento de la realidad parte de la percepción vivida al pensamiento abstracto y de éste a la práctica" (citado por de la Garza, 1983:22)

Respecto a la vinculación de los conocimientos con la estructura social, Marx -de acuerdo a autores como Lamo, González y Torres (1994)- desarrolló un gran aporte en la historia del pensamiento occidental y específicamente en el tema de las percepciones, puesto que "...consigue sociologizar todo el sistema de percepción. Efectivamente, no se trata ya de que la realidad sea filtrada por nuestro sistema de percepción biológico, sino de que todo el sistema categorial con el que se percibe...es el resultado de una elaboración histórica material" (Castro, Castro y Morales, 2005:375).

De acuerdo con la anterior revisión, compartimos que el concepto de percepción contempla las ideas, pensamientos e interpretaciones humanas, o lo que en palabras de Le Breton son las "tomas de posesión simbólica del mundo" (Le Breton, 2007: 24), y en ese sentido son huella de la subjetividad, de la manera de sentir la realidad. Sin embargo, aunque se reconoce esta dimensión es necesario entender que todo proceso de conocimiento se enmarca dentro de las relaciones sociales que se derivan del modo de producción de determinada sociedad, es socialmente construido.

En este sentido asumimos la mirada de percepciones definida como "...actos cognoscitivos que se forman a partir de un contexto social previamente existente y después de formadas pueden volver a expresarse en él..." (Rubalcava, 2001:253). De acuerdo a esta interpretación los contextos sociales no funcionan como determinación unívoca de la percepción pues "...la formación de percepciones tiene fuentes que, en sentido estricto, no se reducen a las macroinstancias..." (*Ibid.*), ya que éstas también son transformadas por las prácticas y vivencias de sus actores.

2.6. Socio-territorio

La definición de espacios socio territoriales específicos para investigaciones médico sociales, o que pretendan aplicar los postulados sobre la determinación social de la enfermedad, requieren de justificaciones teóricas pero también de aproximaciones empíricas que puedan dar cuenta sobre la pertinencia y necesidad de dichos estudios.

En nuestro caso retomar el enfoque socio territorial tiene que ver con el entendimiento de la existencia de determinantes estructurales y mediadores (ALAMES, 2008) del proceso salud-enfermedad, a los cuales es posible aproximarse desde categorías intermedias como el territorio.

De acuerdo a lo anterior los elementos tradicionalmente descritos como del "contexto", son en realidad expresiones de los procesos sociales que se sintetizan en condiciones de vida, y en este sentido han de estudiarse: "...las formas en que territorialmente se manifiesta su articulación con el proceso salud-enfermedad." (Citado por Blanco et al, 1998:442).

Así el territorio se concibe "...como la articulación específica del conjunto de relaciones, condiciones y procesos de reproducción de los diferentes grupos sociales en un ámbito geográfico concreto, que incluye tanto las particularidades geofísicas como del equipamiento básico, servicios, tipo y calidad de la vivienda, como las características económicas, sociales y culturales de la población ahí asentada..." (Citado por Blanco y López, 2006:64).

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. Orientación de la investigación.

Previo a la elección de las técnicas de la presente investigación es preciso fijar un punto de vista respecto a las razones que motivaron tal elección. Mientras para algunos autores se trata de una opción no ajena a la mirada ontológica² y epistemológica³, y que "...corresponde al objeto real que se estudia, estructurándose alrededor de sus movimientos y características..." (Breilh, 2002:83); para otros autores, el optar por una metodología –en especial si se trata de la discusión sobre los métodos cuantitativos y los métodos cualitativos- debe diferenciar el plano heurístico del logístico, y en ese sentido, tener una posición más pragmática en el proceso de investigación, pero que tenga en cuenta el recorrido del proceso del conocimiento científico: Observación-Dato-Información-Conocimiento (Almeida Filho, 2003:143-144).

En cuanto a las opciones cualitativas o cuantitativas para abordar los problemas de investigación médico-social, es preciso tener en cuenta que son abordajes que provienen de diferentes corrientes filosóficas o sociológicas, confrontadas así respecto al conocimiento de la naturaleza de lo real y donde se identifican principalmente el positivismo sociológico (Comte, Durkheim), la sociología comprensiva en su corriente fenomenológica (Husserl) y el materialismo histórico (Marx) (Minayo, 2002).

Sin embargo, la postura respecto a lo cualitativo y a lo cuantitativo no tiene que ver con asumirse dentro de uno de estos dos polos, pues como bien lo plantea Jaime Breilh: "la realidad no es sólo cualitativa, ni sólo cuantitativa" (Breilh, 2002:83). Así que se trata de una relación complementaria, una mirada que opta por el método dialéctico, obviamente sin ignorar las intenciones, ideas y posicionamientos teóricos que tiene el investigador al elegir, privilegiar o relacionar tal o cual metodología.

En nuestro caso partimos de los conceptos centrales dentro del marco teórico (Percepción-Prácticas Institucionales de Salud-Actores Sociales-Socio-territorio) y de algunas reflexiones que proponen que metodológicamente esta investigación inicie con la reconstrucción de las prácticas, un poco basados en un modelo de intervención social denominado por algunos autores como "modelo dialéctico". Es decir, donde la investigación no responde a una lógica lineal de diagnóstico de la realidad/ respuesta al problema "input-output" (Rubio y Varas, 2004:98), sino que se convierte en un proceso a manera de espiral donde interrelacionan permanentemente la acción, la reflexión y la propia investigación.

² " ..cómo se interpreta la naturaleza de lo real" (Breilh, 2002:80).

³ " ..se relaciona con el modo de entender la relación de los sujetos y la realidad..." (Ibid.)

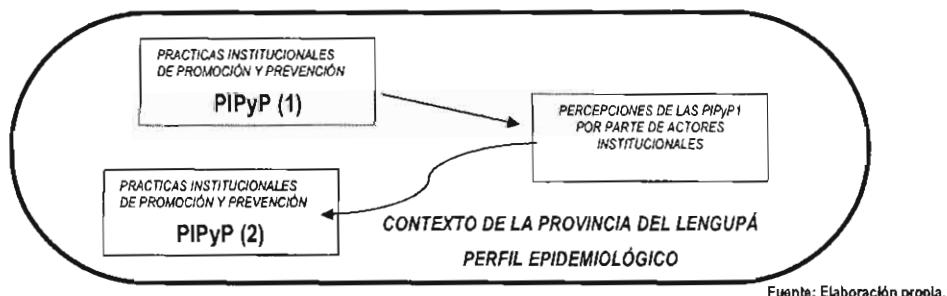
3.2. Fases del estudio

Se trazó una ruta metodológica (Ver gráfico 2) con varias fases interrelacionadas y que no necesariamente se sucedían en orden cronológico⁴; como primera fase estuvo la reconstrucción de las prácticas institucionales de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad (PIPyp1), teniendo como marco la política social en Colombia y partiendo de la lectura y análisis del discurso orientador de la política de salud para sectores rurales, de la caracterización de la red pública de servicios de salud para estos sectores, y del tipo de acciones orientadas para las instituciones de salud en los niveles locales.

Una segunda fase se dio a partir de las PIPyp reconstruidas (concreto pensado), en ésta se tuvo como objetivo central el reconocimiento de las percepciones de algunos de los actores institucionales respecto a éstas prácticas, además se desarrolló un proceso de observación que permitiera identificar los principales saberes y haceres de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad en los niveles locales.

En una tercera fase se analizaron las percepciones del personal de enfermería así como los resultados del proceso de observación; luego se plantearon sus relaciones con los conceptos centrales del marco teórico, el contexto expuesto en el marco referencial y el perfil epidemiológico. De acuerdo a lo anterior se ajustó la definición y características de las prácticas institucionales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (PIPyp2).

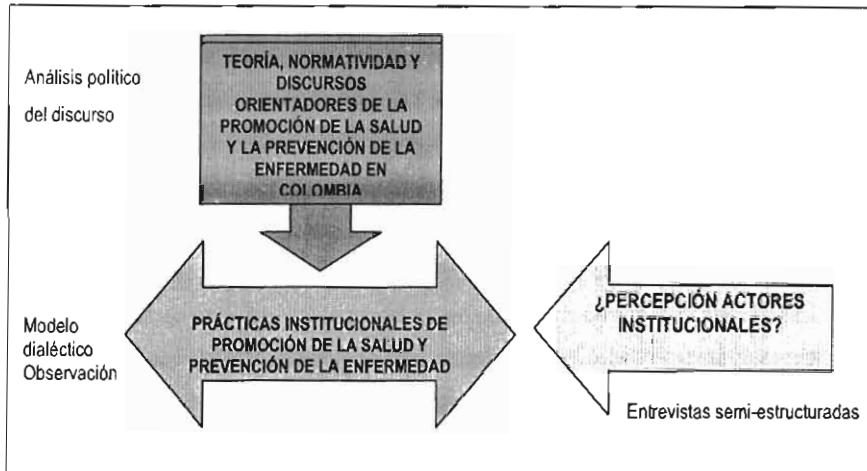
Gráfico 2. Ruta metodológica.



El siguiente diagrama permite identificar los niveles o dimensiones que se exploraron y las herramientas para hacerlo:

⁴ En el anexo metodológico No. 4 se detallan las fases trazadas, los instrumentos utilizados e información importante obtenida durante el trabajo de campo.

Gráfico 3. Niveles del problema de investigación y posibles herramientas metodológicas.



Fuente: Elaboración propia.

3.3. Población, fuentes de información e Instrumentos

La investigación se desarrolló en seis municipios que comparten características político-administrativas y geográficas, son todos parte de una provincia, y en la parte de servicios de salud tienen modelos de atención muy parecidos: centros de salud de primer nivel de atención, enfermera responsable de actividades de PyP, coordinación por parte de la secretaría de salud departamental, y un centro de referencia de segundo nivel común.

Sobre la población a entrevistar se consideró a: seis enfermeras, una persona responsable de planeación municipal y un informante clave de la secretaría de salud de Boyacá. En el anexo 4 se precisan las herramientas metodologías, una corta definición y su posible origen epistemológico así como las actividades, instrumentos y la población a la que iban dirigidas. Adicionalmente se presentan los instrumentos utilizados (guías de observación, guías de entrevistas, guías de análisis de discurso, entre otros) y las anotaciones metodológicas correspondientes.

3.4. Recursos y cronograma

Teniendo en cuenta los antecedentes de trabajo en la zona de la investigación, se facilitaron algunos asuntos de acceso a la información y de relación con autoridades locales, sin embargo, no se contó con recursos específicos para financiar los viajes a Colombia y demás gastos del trabajo de campo, por lo cual se utilizaron los recursos de la beca de manutención en la maestría y recursos propios.

Dentro del cronograma se planearon dos visitas a campo, una primera con el objetivo de entablar contactos con las enfermeras de los municipios y contar con un respaldo institucional para la investigación (septiembre de 2008), y una segunda para presentar la propuesta de investigación -de manera formal- a las entidades de gobierno municipales y desarrollar la fase de trabajo de campo en las instituciones de salud (abril-junio de 2009).

CAPÍTULO 4: MARCO REFERENCIAL

4.1. El Sistema de Salud en Colombia

En las discusiones sobre los sistemas de salud latinoamericanos el caso colombiano suele colocarse como paradigmático, pues producto de la oleada de reformas neoliberales de inicio de los noventa, el gobierno modificó los servicios de salud públicos tal y como se expresa en la legislación expedida en dicho período.

En el caso de la Ley 10 de 1990⁵ en su artículo primero definió el servicio público de salud como: "La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto...".

Luego en 1993, se expidió la Ley 100⁶, la cual reformó los servicios de salud y de prestaciones sociales (pensiones y riesgos profesionales). En el tema de salud creó el *Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)*, el cual según el artículo 152 tiene como objetivo: "regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención".

Con esta reforma se implementó un modelo de subsidio a la demanda, lo cual marcó una clara diferencia respecto a anteriores normatividades en cuanto a desmontar o redimensionar los principios de gratuidad, universalidad y responsabilidad pública en la prestación de los servicios de salud. Así la salud entró de manera más clara en la dinámica privada del mercado de servicios donde el Estado, a través del ministerio de salud, se centró en una función de regulación de dicho mercado.

De esta forma, la ley 100 de 1993 fue un punto de inflexión respecto a la concepción de la salud como derecho, pues al convertirla en una mercancía requirió de un nuevo sistema (el SGSSS) que garantizara la libre elección de los usuarios (según su capacidad de pago) y que al mismo tiempo lograría la universalidad en la afiliación al mismo. Para lo anterior creó tres subsistemas o regímenes de afiliación (Art. 157):

-R. contributivo: "...para personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago".

-R. Subsidiado: para personas sin capacidad de pago donde el Estado cubre el monto total de la cotización. Es una especie de subsidio para "...la población más pobre y vulnerable del país en las áreas

⁵ * Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud"

⁶ * Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral"

rural y urbana."

-R. Vinculado: "...son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado".

A su vez se reestructuraron las instituciones para entrar a una franca y abierta competencia entre las que se denominaron empresas de la salud, las *empresas promotoras de salud (EPS)* encargadas de la afiliación y recaudo de los pagos o cotizaciones. Además se le asignó un costo a cada afiliado, medido en *unidades de pago por capitación (UPC)*, el cual estaría destinado a la prestación de servicios (los contemplados dentro de un paquete básico de procedimientos y de medicamentos) que brindarían de manera directa o indirecta las *Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)*.

En esta lógica se crearon EPS privadas ligadas al capital monopólico, en su mayor parte filiales de consorcios, entidades bancarias o cajas de compensación, y que administraban los fondos de pensiones y cesantías. Hoy en día estas EPS generan importantes ganancias financieras, dentro de las primeras aparecen Saludcoop (con sus filiales Cafesalud y Cruz Blanca), EPS Coomeva, Salud Total, EPS y medicina prepagada Suramericana y EPS Famisanar, todas con un crecimiento en el 2008 de más del 15% en ventas respecto al 2007 (laNota.com, 2009).

Volviendo a las reformas consignadas en la ley 100 de 1993, se reestructuraron todas las instituciones que antes hacían parte de la seguridad social, como en el caso del *Instituto del Seguro Social (ISS)*, de la beneficencia y del servicio público; este último agrupó a las *Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud* públicas (*IPS* públicas) denominadas bajo esta nueva lógica *Empresas Sociales del Estado (ESE)*, se trata de centros de salud y hospitales que brindan servicios según su nivel de complejidad (I, II o III) y cuyos recursos se asignarían según las leyes de la oferta a la demanda.

Estas IPS serían contratadas para prestar sus servicios a las empresas encargadas del recaudo de los recursos, que para el caso de la población contributiva fueron las EPS y para el caso de la población subsidiada eran las *Administradoras del régimen subsidiado (ARS)* y las *Empresas Solidarias de Salud (ESS)*.

Las *Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS)* tenían la obligación de priorizar la contratación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud para el régimen subsidiado con las IPS públicas, así como las entidades territoriales de contratar con estas IPS las actividades del Plan de Atención Básica (PAB), el cual se aplicó hasta 2007 cuando es expedida la ley 1122 de 2007.

Con esta nueva legislación se definió que los recursos para los entes territoriales se manejarían en tres cuentas: una de salud pública colectiva, otra de régimen subsidiado y otra de prestación de servicios no cubiertos por subsidios; teniendo en cuenta estas fuentes de recursos se establecen diferentes contratos con las IPS públicas o privadas en cada localidad.

De acuerdo a esta ley las actividades colectivas ya no serían prestadas a través del PAB, sino a través del “plan de salud territorial a cargo de las direcciones territoriales de salud” y comprendería “acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas y las acciones previstas en el POS” (MPS, 2007), además de que las ARS se denominaron ahora EPS del Régimen Subsidiado; en todo caso se mantiene el esquema de organización de EPS como administradoras de recursos e IPS como prestadoras de servicios de salud.

Pese a que una de las metas centrales de la Ley 100 fue lograr para el año 2000 la afiliación universal al SGSSS, no se ha logrado el aseguramiento de toda la población. En el 2005 había 34.1 millones de afiliados al sistema del cual el 43.3% estaba en el régimen subsidiado y el 36.2% en el régimen contributivo, para una cobertura de afiliación del 79.6% y un 20.4% de no afiliados, es decir, 8.7 millones de personas. Además es importante mencionar que no todas las personas del régimen subsidiado gozan de subsidios totales, pues este incluye las personas con subsidios parciales.

Para el año 2008, según el balance de resultados del PND (DNP, 2009b) el porcentaje de afiliaciones al SGSSS creció, aunque no alcanzó a cubrir al total de la población (Ver cuadro 2).

Cuadro 2. Población afiliada por regímenes año 2008.

	No. de personas	%
afiliados al régimen contributivo año 2008	17 476.025	39,3
afiliados al régimen subsidiado año 2008	23.601.000	53,1
Total de afiliados año 2008	41.077.025	92,4
Total de población no afiliada	3.373.235	8
Total de población año 2008	44.450.260	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Balance de resultados PND del año 2008, y con porcentajes de población ajustados según DANE para el mismo año.

Sin embargo, es evidente el impacto que tuvo la reforma en la prestación de servicios de curación, rehabilitación, prevención de la enfermedad y promoción de la salud, y relacionadas con éste se han desarrollado varias discusiones sobre el contenido y aplicación de la reforma, una de éstas es la que tiene que ver con la estratificación de los servicios de salud a través de *planes obligatorios de salud (POS)*, es

decir paquetes básicos de servicios diferenciados según nivel de complejidad de la atención y según régimen de afiliación (POS- contributivo, POS-subsidiado) y que para el caso de la población “vinculada” se limitó a algunas acciones costo-efectivas de prevención de enfermedades, como las del *Plan de Atención Básica (PAB)*, pero que en ningún momento garantizó la asistencia gratuita.

Otro aspecto, son las denuncias de lo que irónica pero acertadamente se ha llamado el “paseo de la muerte”, es decir, las personas enfermas que van de hospital en hospital y mueren sin ser atendidas en las instituciones, por no acreditar una afiliación al sistema y no tener dinero para costear un “servicio”, lo anterior como consecuencia de “...*las barreras de acceso y el afán de ganancia...y porque el prestador de servicios, ignorando la norma de atención obligatoria en urgencias, minimiza la necesidad o la prioridad de atención, exige la tenencia de un seguro vigente o un depósito de dinero que el usuario o su familia no pueden pagar como condición para la atención...*” (Echeverry, 2008:142-143).

4.2. El escenario rural en Colombia

En esta investigación, ubicarse en el escenario rural tiene que ver con una aproximación a la formulación, implementación y resultados de políticas públicas en estos contextos en los cuales –como lo evidencian diferentes estudios- persiste la desigualdad social producto de la falta de garantías para el ejercicio de los derechos económicos, políticos, sociales, culturales y ambientales (Coronado, 2007).

Varios diagnósticos coinciden en que las zonas rurales poseen deficiencias en el acceso a servicios públicos e infraestructura, y que desde una perspectiva integral el problema agrario es un “problema del sistema agroindustrial” (Machado y Salgado, 2006:19), aunque está derivado de la inequitativa tenencia de la tierra.

Así la propiedad y uso de la tierra ha sido la piedra angular de la mayoría de conflictos políticos, sociales y militares acaecidos en el país, y lo sigue siendo hasta nuestros días. Vale la pena mencionar que en Colombia predomina el latifundio. “Las cifras del Banco Mundial (BM) del 2005 indican que el 0.45% de grandes propietarios tienen el 57.3% de predios superiores a 500 hectáreas, y el 97% de pequeños campesinos tienen sólo un 24.2% de predios menores a 3 hectáreas” (Coronado, 2007:2). En cuanto al uso de la tierra es muy diciente, pues para el 2007 se tenían datos respecto a que de 80 millones de hectáreas, 40 millones eran utilizadas para la ganadería, 4 millones para la agricultura y 38 millones se clasificaban como improductivas (El tiempo, 2007).

Como es lógico situaciones como la concentración de la tierra en pocas manos; el desplazamiento de comunidades campesinas por intereses económicos de terratenientes o de multinacionales interesadas

en la inversión en zonas estratégicas con grandes riquezas naturales; la producción de drogas y el fenómeno del narcotráfico; el recrudecimiento de la guerra, así como la “adecuación del sector rural a la internacionalización de la economía”⁷ (CRC, 2006:2) son condiciones que determinan las realidades locales de las comunidades campesinas e indígenas.

En esta situación es importante definir una mirada a los problemas que aquejan a la población rural, incluyendo el contexto de la aplicación de la política no sólo como determinante en la factibilidad de la misma sino como escenario donde se expresa la dialéctica de diversos elementos y actores, y para lo cual nos es útil retomar planteamientos como el de nueva ruralidad sobre la cual hay muchas formulaciones teóricas. Algunas de éstas la precisan como: “un planteamiento alternativo sobre la necesidad de mirar el territorio como visión integral de procesos históricos, sociales, culturales, políticos, que conforman un conjunto mucho más complejo de relaciones sociales y relaciones económicas que es necesario trabajar, enfrentar en forma integral, en forma transectorial...es hablar de querer dar una opción digna, eficiente, adecuada de solución al problema de la pobreza en las zonas rurales...” (Echeverri, 2000:99). Otros autores se remiten a este concepto a propósito de brindar una alternativa a la oleada globalizadora: “...el mundo quedó definido entre capitalismo y la vida humana, en cuyo extremo se encuentran los más vulnerables, que a menudo coinciden con los campesinos e indígenas que viven en el campo. De aquí, justo está la pertinencia de pensar una "nueva ruralidad" (Téllez, 2007:1).

Lo anterior posibilita una mejor comprensión de la relación entre lo urbano y lo rural, las implicaciones de procesos como la globalización –que reorganiza el modo de producción y reproducción capitalista a nivel mundial-, así como los cambios en la configuración geo-espacial de las sociedades capitalistas contemporáneas. A su vez, alienta la discusión respecto a las perspectivas del escenario rural, al ubicarlo como una realidad socio-territorial que debe estar presente en la discusión sobre los modelos de desarrollo y de Estado y donde se erigen como elementos esenciales la formulación de políticas sociales que correspondan a las características y especificidades de las comunidades y sus entornos. En este contexto las prácticas institucionales de salud rural deben incorporar conceptos como el de justicia social y dentro de ésta la salud como un derecho inalienable.

⁷ En el 2007 se aprueba como la ley 1152 y en marzo de 2009 es declarado inexistente por sentencia C-175/09 de la corte constitucional.

4.3. El escenario provincial (caracterización)

4.3.1. Antecedentes históricos⁸

La región hoy conocida como Lengupá, contó en la época prehispánica con población indígena de la familia CHIBCHA, la cual nombró a esta región como LENGUAPABA (LEN: sitio, GUA: río, PABA: padre). Sin embargo, con la conquista y colonización española en el siglo XV, las etnias originarias desaparecieron y la población que se instaló en la región fue de mestizos o descendientes de españoles que se organizaron a partir de las haciendas⁹.

Alrededor de la hacienda Lengupá, de propiedad de los jesuitas que llegaron a la región en el siglo XVII, iniciaron la conformación de Parroquias¹⁰, una de las primeras se denominó San Fernando de Aguablanca (hoy municipio de Berbeo).

A finales del siglo XVIII, y con la expulsión de los jesuitas, nuevos españoles, criollos y misiones religiosas poblaron la región. A inicios del siglo XIX en esta región se experimentaron luchas contra el dominio español, de hecho es en el departamento de Boyacá donde se libra la famosa Batalla del Puente de Boyacá (7 de agosto de 1819), decisiva para la independencia de Colombia respecto al dominio de la corona española.

Por ser región de paso entre el oriente y el centro del país, la población del Lengupá presenció e hizo parte de las luchas independentistas a lo largo del siglo XIX. En las primeras décadas del mismo, se generó una abierta simpatía con el Partido Liberal de inspiración reformista y promotor de un movimiento constitucionalista. De esta región fue igualmente el fundador de este partido, y a mediados del siglo, otro político liberal nacido en la región fue designado presidente de los Estados Unidos de Colombia.

A inicios del siglo XX, pese a la participación en las luchas reformistas, la región se encontraba muy aislada, principalmente por no contar con accesos viales adecuados, fue hacia los años 30's que se inició la construcción de la carretera que la comunicaría con la capital del departamento. Por otro lado, y en relación con el ambiente político de la época, en Boyacá se presenció la violencia política de mediados de siglo entre los partidos liberal y conservador, conflicto en que los campesinos participaron a partir de la lucha por la reforma agraria. Nuevamente la región como zona de paso obligado entre el oriente y el centro del país, fue parte de la guerra desatada por el régimen conservador contra la población, alguna de la cual

⁸ Los datos fueron consultados de la monografía: Lengupá en la historia, y fueron complementados con información disponible en los planes de desarrollo municipales.

⁹ "Finca trabajadas por gente que se establecía en ellas y que dependía directamente de los dueños de la finca.. por doquier había haciendas de propiedad de establecimientos religiosos.. " WOLF ERIC, EUROPA Y LA GENTE SIN HISTORIA, Pág 180

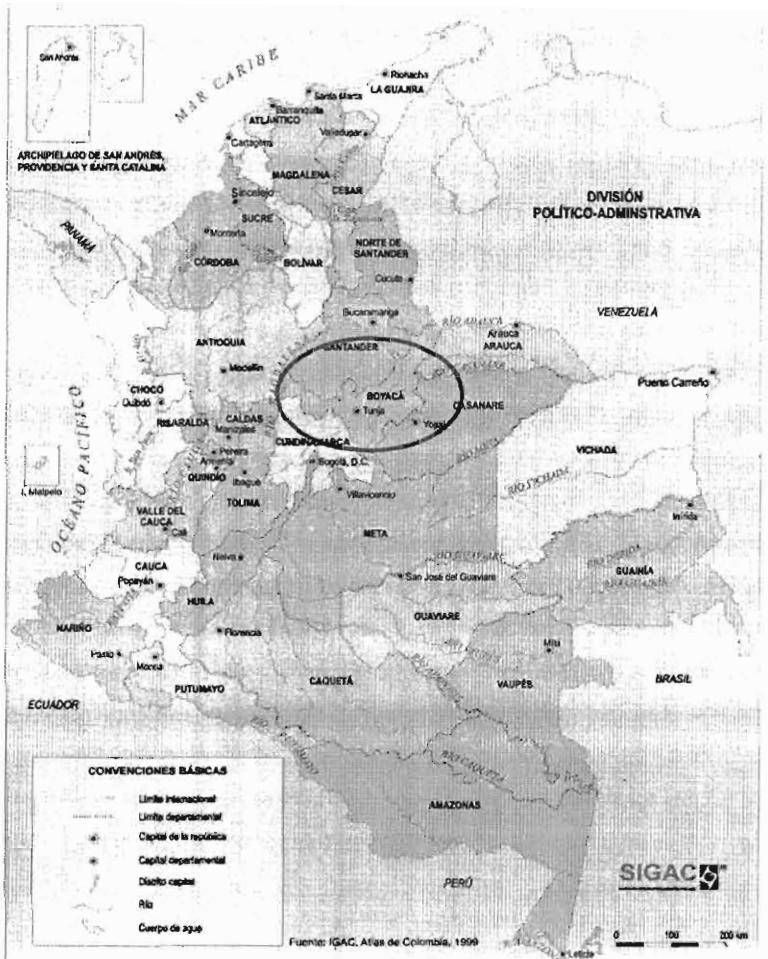
¹⁰ "Esta política general española de re-establecimiento y concentración rediseñó la naturaleza de las comunidades locales, no sólo demográfica, sino también económica y administrativamente, WOLF ERIC, EUROPA Y LA GENTE SIN HISTORIA, Pág 182

se organizó en el movimiento de las guerrillas liberales de los llanos orientales. Una descripción más detallada puede ser consultada en el Anexo 3.

4.3.2. Características geográficas

Lengupá hace parte del Departamento de Boyacá éste último ubicado en el centro de Colombia justo en la Cordillera Oriental (Ver mapa 1).

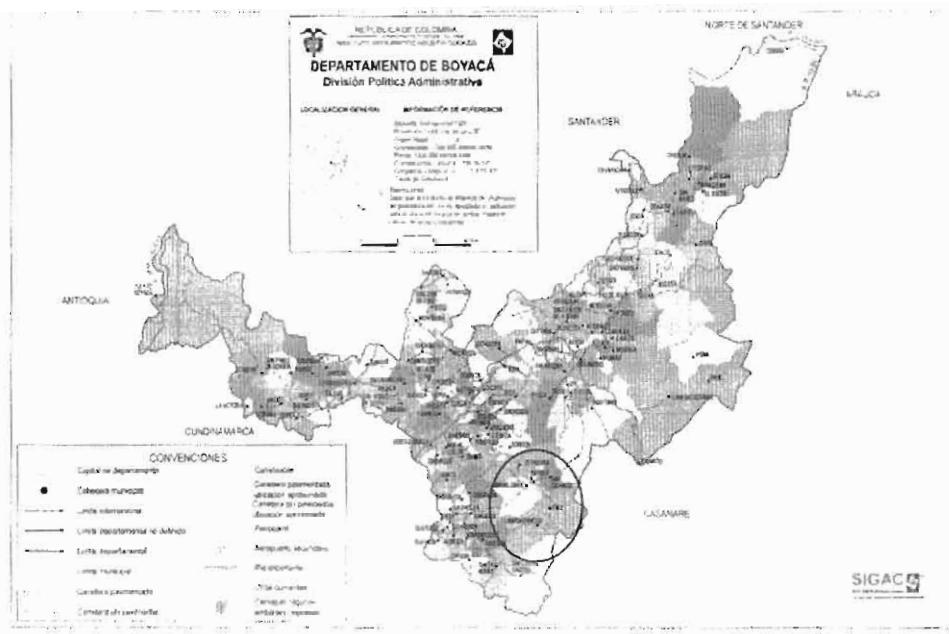
Mapa 1. Ubicación geográfica del Departamento de Boyacá en Colombia.



Mapa 1. Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi

La provincia se encuentran en el piedemonte de la cordillera ocupando el 6% del territorio departamental con aproximadamente 1470 km² de extensión que van desde el páramo de Bijagüal hasta el comienzo de las llanuras del Casanare. Agrupa a seis municipios: *Miraflores, Zetaquira, Berbeo, Campohermoso, Páez y San Eduardo* (mapa 2). Limita con al norte con las provincias de Sugamuxi y Márquez, al sur con la provincia de Neira y el Departamento de Casanare, al oriente con el Departamento del Casanare y al occidente con la provincia de Neira.

Mapa 2. Ubicación geográfica de la provincia del Lengupá dentro del Departamento de Boyacá



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi

Se trata de una provincia con amplias extensiones de tierra fértil y apta para múltiples cultivos y usos debido a sus variadas temperaturas (temperatura promedio 20°C) y a sus variados pisos térmicos (cálido, templado, frío, sub-páramo). A su vez es reconocida en el departamento por su riqueza hídrica, contando con varias cuencas de ríos (Lengupá, Tunjita, Upía) y un sin número de microcuencas de quebradas, y como reservorios fauna y flora nativa.

4.3.3. Vías de transporte

En cuanto a las vías de transporte es importante mencionar que pese a la relativa cercanía a la capital del país, en varias provincias de Boyacá existen grandes dificultades para el tiempo de traslado de las veredas a las cabeceras municipales, y de éstas a Tunja, la capital del departamento. En el caso del Lengupá hay problemas con las vías de acceso pues se trata de carreteras en regular estado, o deficiente sobre todo en los meses de invierno, y en su mayoría sin pavimentar. Aunque es importante mencionar que en los últimos 2 años se viene desarrollando la obra de pavimentación de la carretera el Progreso en su tramo Miraflores-Tunja (con una extensión de 94 km) la cual está en su etapa final cubriendo un 85% del tramo, sin embargo, se mantienen los problemas de mantenimiento y pavimentación a las carreteras que de Miraflores conducen a los municipios de Páez (24 km), Campohermoso (40 km), Berbeo (10 km) y San Eduardo (16 km).

Actualmente, el tiempo de traslado en transporte terrestre comercial desde los municipios de la provincia a la capital del departamento oscila entre 7 horas (Campohermoso) y 3.5 horas (Zetaquira), existen dos agencias principales de transporte: Los Ocobos y Los Delfines los cuales cubren diariamente este trayecto.

TIEMPOS DE TRASLADO*

- Tunja-Zetaquira: aprox. 3 horas
- Zetaquira-Miraflores: aprox. 45 minutos
- Miraflores-Páez: aprox. 2 horas
- Miraflores-Berbeo: aprox. 1 hora
- Miraflores-San Eduardo: aprox. 1 hora y 30 minutos
- Páez-Campohermoso: aprox. 1 hora y 30 minutos

*Los tiempos se calcularon a partir de las visitas realizadas a los municipios en la fase de Trabajo de campo

4.3.4. Medios de comunicación y actividades culturales

La oferta de servicios de telecomunicación es disímil, la mayoría se concentra en la capital de la provincia contando con oficinas de servicios de telefonía celular, cabinas telefónicas, oficina de correos, servicio de giros y encomiendas, locales de Internet, antenas de televisión como SKY. Aunque desde el año 2005 se ha ido ampliando la cobertura del servicio de telefonía celular de la empresa COMCEL, la cual cubre ya prácticamente toda la provincia.

Cuenta la región con algunas emisoras regionales, dentro de las más importantes están: Calidad Stéreo con sede en Berbeo, Lengupá Stéreo con sede en Miraflores, Caña y Café con sede en Zetaquira.

Respecto a las actividades culturales, la mayoría de los municipios cuentan con actividades de difusión de la cultura, casas de la cultura, grupos artísticos, principalmente promovidos por el sector educación. Además la región cuenta con diferentes celebraciones anuales: Ferias y Fiestas, carnavales, fiestas a la virgen o a los santos, el día del campesino, entre otros.

4.3.5. Actividades económicas

Esta región se caracteriza por tener como actividades económicas principales la producción agrícola y pecuaria, pues sirve como importante abastecedora de alimentos a las ciudades de Tunja y Bogotá. De acuerdo a información del Plan Territorial de Salud de Miraflores el uso del suelo se dedica en mayor porcentaje a la ganadería (55%), seguido de áreas de conservación (19%), agricultura (13.2%) y otros (12.8%); además menciona que el modelo de desarrollo local se basa en las características de una zona de frontera de colonización (bonanza, expulsión de población, violencia) centrada en la ganadería como actividad permanente y períodos de bonanzas dentro de los que se destacó: la bonanza del café (1955-1985) y la del oleoducto (1985-1997) (AMM, 2008:9).

En cuanto a la propiedad de la tierra, hay varias zonas de minifundio poco productivo en relación con los mercados que se estimulan desde las grandes ciudades, y donde el suelo es dedicado a la siembra y cosecha de cultivos de autoconsumo (maíz, frijol, yuca, plátano), caña de azúcar y café. Otras zonas en los últimos años han comenzado a ser utilizadas para el cultivo de tomate en invernaderos y de frutas exóticas como la Pitaya y la Chamba.

Sin embargo, es la ganadería bovina la principal actividad económica gracias a su relativa estabilidad en el mercado y dadas las dificultades en la comercialización de las cosechas, así la mayoría de habitantes de zonas rurales se dedican a la ceba de ganado (cría) y ordeñe de vacas, esta última generando un mercado focalizado de productos lácteos (queso, cuajada y leche).

Vale la pena mencionar que aunque predomina el minifundio, existe en cada municipio importantes extensiones de tierras a manos de campesinos ricos y utilizados principalmente a la cría de ganado de raza y posterior comercialización a la ciudad de Bogotá.

4.3.6. Población de la provincia

Comparando las cifras de los diferentes censos de población, se nota una tasa de crecimiento negativo a partir de mediados de los años ochentas, que se evidenció en las cifras censales del año 2005, las cuales estuvieron muy por debajo de las proyecciones del censo de 1993. Para el año 2008 había en la provincia

un total de 25,768 personas (ver cuadro 3) (DANE, 2005).

Cuadro 3. Proyecciones municipales de población 2005-2008, DANE 2005

AÑO	BERBEO	CAMPOHERMOSO	MIRAFLORES	SAN EDUARDO	PAEZ	ZETAQUIRA	TOTAL PROVINCIA
2005	1913	4065	9661	1924	3369	5171	26,103
2006	1914	4040	9674	1921	3322	5105	25,976
2007	1915	4030	9695	1915	3282	5044	25,881
2008	1920	4013	9707	1916	3238	4974	25,768

Fuente: Elaboración propia de acuerdo a datos del DANE, Colombia.

Según proyecciones de población del DANE, en el 2008 la mayoría de municipios contaba con más población en las zonas rurales respecto a la que habitaba en las cabeceras municipales; en el conjunto de la provincia había un 63% de población rural y un 37% de población en las cabeceras municipales, pese al rápido proceso de urbanización que ha vivido el país en los últimos 30 años y que en 2008 indicaba que el 75% de la población nacional estaba en áreas urbanas y el 25% en áreas rurales (ver cuadro 4).

Cuadro 4. Proyecciones de población municipal y nacional por área 2005-2009.

MUNICIPIO	POBLACIÓN CABECERA MUNICIPAL	%	RESTO (RURAL)	%	POBLACIÓN TOTAL
BERBEO	462	24	1458	76	1920
CAMPOHERMOSO	905	23	3108	77	4013
MIRAFLORES	5119	53	4588	47	9707
PÁEZ	1170	36	2068	64	3238
SAN EDUARDO	774	36	1142	64	1916
ZETAQUIRA	1039	21	3935	79	4974
POBLACIÓN TOTAL PROVINCIA 2008	9,469	37	16,299	63	25,768
POBLACIÓN TOTAL NACIONAL 2008*	32'902,074	75	11'023,960	25	43'926.034

Fuente: Elaboración propia con base en datos del DANE

Gráfico 4. Población provincial según área, 2008.

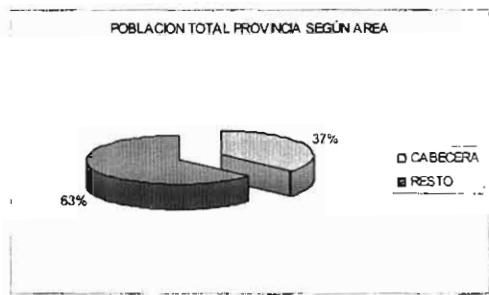


Gráfico 5. Población nacional según área, 2008



Fuente: Elaboración propia con base en proyecciones del DANE para el año 2008

4.3.7. Servicios educativos

Aunque hay una amplia cobertura en los niveles preescolar y primaria, en los niveles de educación secundaria, media y técnica no sucede igual. A su vez son pocas las posibilidades de continuar la formación profesional en una institución universitaria debida a la nula oferta y la dificultad de recursos para desplazarse a las ciudades donde se ubica la oferta educativa (ver cuadro 5).

Cuadro 5. Cobertura y caracterización de instituciones educativas en la provincia del Lengupá, 2008.

MUNICIPIO	NÚMERO DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS	NIVEL EDUCATIVO	ESTUDIANTES MATRICULADOS
BERBEO	6	PREESCOLAR	450
	6	PRIMARIA	
	2	SECUNDARIA	
	1	TÉCNICA	
CAMPOHERMOSO	20	PREESCOLAR	887
	26	PRIMARIA	
	3	SECUNDARIA	
	0	TÉCNICA	
MIRAFLORES	18	PREESCOLAR	2016
	24	PRIMARIA	
	5	SECUNDARIA	
	1	MEDIA	
	0	TÉCNICA	
PÁEZ	23	PREESCOLAR	713
	23	PRIMARIA	
	1	SECUNDARIA	
	0	TÉCNICA	
SAN EDUARDO	7	PREESCOLAR	447
	7	PRIMARIA	
	1	SECUNDARIA	
	0	TÉCNICA	
ZETAQUIRA	17	PREESCOLAR	1535
	17	PRIMARIA	
	2	SECUNDARIA	
	0	TÉCNICA	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los Análisis Situacionales de Salud Municipales 2008

CAPÍTULO 5: RESULTADOS

5.1. Análisis del discurso de la política de salud para zonas rurales

5.1.1. Consideraciones para el análisis

El discurso entendido como objeto de estudio, requiere para su análisis de la definición rigurosa de varios elementos que permitan extraer su contenido significativo, los objetivos de los actores políticos así como los aspectos centrales de la coyuntura (Martínez y Montesinos, 2006). En este sentido el análisis sobre la política pública relacionada con el sector rural tuvo en cuenta para su realización:

- La elección de **períodos** de análisis.
- La identificación de los **actores políticos** (emisores-receptores).
- La definición de **unidades temáticas** y las variantes dentro de éstas.

5.1.2. La política social

Un abordaje a temas de salud en escenarios rurales, pasa necesariamente por una revisión de las políticas públicas dirigidas a estas poblaciones. En este sentido se ubican como referentes los programas sociales del gobierno colombiano del período 2002-2008, debido al efecto que pueden ejercer no sólo frente a algunos indicadores en salud, sino al papel que juegan el proceso salud-enfermedad-atención de la población rural.

5.1.2.1 El SISBEN

En Colombia desde 1995 existe una herramienta para la focalización del gasto social, un *sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales (SISBEN)*, el cual se creó como herramienta de identificación de la población objeto de programas sociales.

A través de una encuesta aplicada a los hogares pretende medir su estándar de vida y de acuerdo a los resultados (entre 0 y 100) se asigna un puntaje y se clasifica a la población en diferentes niveles de 1 a 6. Entre el nivel 1 y el nivel 3 la persona puede acceder a los subsidios que otorga el Estado, los cuales a su vez, están sujetos a los criterios de las diferentes entidades ejecutoras de los programas sociales a nivel nacional y territorial. De acuerdo a cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) a marzo de 2008 había identificadas 26 338,060 personas en los niveles 1 y 2, y 4 813,210 en el nivel 3, un 70% de la población total proyectada para ese año.

Pese a que el *SISBEN* suponía un "mecanismo técnico, objetivo, equitativo y uniforme" para dicha

identificación, ha sido motivo de críticas debido por un lado, al cuestionamiento sobre las variables que utiliza para medir los niveles de pobreza e insatisfacción de las necesidades básicas insatisfechas (NBI), y por otro lado, porque ha sido utilizado como "favor" o "premio" por algunos políticos regionales (Lozano, 2007).

En el 2008, se aprobó una nueva versión del instrumento del SISBEN denominada *SISBEN III* (CONPES, 2008), las razones de la modificación nada tienen que ver con las críticas antes mencionadas, se sustentan principalmente en razones de tipo técnico, sin embargo, es importante tener en cuenta que esos cambios impactarán el espectro de la población actualmente beneficiaria de los programas. Según los lineamientos del gobierno actual (DNP, 2003) sólo se focalizarán los subsidios en los niveles 1 y 2, y se mantendrá la asignación de puntaje a partir de los bienes y servicios con que cuentan los hogares e incluyendo algunas variables dentro dimensiones nominadas como: salud, educación, vivienda y vulnerabilidad. Actualmente los municipios están en el proceso de implantación del *SISBEN III*.

5.1.2.2. Los planes nacionales de desarrollo del 2002 al 2010

A inicios de la presente década, el gobierno dentro del *Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2002-2006* definió como prioridades: aumentar la eficiencia del gasto social, mejorar la focalización del gasto y consolidar un *sistema de protección social (SPS)*, para lo cual formuló un plan denominado de "reactivación social" (DNP, 2003:165), del cual podemos identificar dos herramientas que guían la política social para el sector rural: la protección y la seguridad social, y el manejo social del campo.

El balance de resultados del PND 2002-2006, hecho por el Departamento Nacional de Planeación, plantea que en el rubro de aseguramiento en salud se aumentó la cobertura del régimen subsidiado. Los cupos para población clasificada dentro de los niveles 1 y 2 del *SISBEN*, pasaron de una cobertura del 55% en el 2002 a una del 71% en el 2006 (DNP, 2009a:4).

Vale la pena mencionar que dichas metas se lograron a partir de la aplicación de estrategias como el cambio de subsidio a la oferta, por subsidio a la demanda; la reestructuración de las instituciones de salud públicas y el ajuste en las fuentes de financiamiento, entre otras. Adicionalmente el PND retomó la iniciativa de promotores de salud, un poco más en la lógica de ampliar la demanda de servicios de promoción y prevención, los cuales a nivel de las acciones colectivas seguían siendo organizadas a través del Plan de Atención Básica (PAB).

En otros rubros se planteó como objetivo central la ampliación de cobertura de los programas de "cuidado, protección y nutrición para los niños, los adolescentes y los adultos mayores" (DNP, 2009a:4), así

se plantearon los siguientes indicadores de cumplimiento:

- 927.000 niñ@s en *hogares de bienestar*
- Más de 1 millón de niñ@s entre 6 meses y 5 años en *desayunos infantiles*
- Más de 3 millones de niñ@s entre 5 y 17 años en *restaurantes escolares*
- Más de 680.000 familias en el programa de transferencias condicionadas programa *Familias en acción*
- 600.000 subsidios monetarios y alimentarios para adultos mayores.

En el tema de manejo social del campo, se reconoció como parte del diagnóstico del sector el que un alto porcentaje de la población rural (de los 12 millones) enfrentaba "precarias condiciones de vida" (DNP, 2009a:4), y para ello definió como estrategias: aumentar las hectáreas sembradas (en 370.000 mil), vincular a la población de las zonas de cultivo de coca, marihuana y amapola a programas como el de *familias guardabosques* (40.000 familias del 2002 al 2006), y vincular a 1.8 millones de campesinos a una *red nacional de seguridad alimentaria (RESA)* (DNP, 2009a).

Así que encontramos el despliegue de una política social focalizada, con iniciativas de corte asistencial y con programas que -al menos estadísticamente- impactan los índices de pobreza, y que se sustentan en la máxima "crecimiento incluyente y desarrollo para todos" o en palabras del propio plan se trata de "políticas mejor focalizadas...que prioricen los más pobres y vulnerables para reducir los altos niveles de pobreza y las disparidades económicas y sociales entre grupos poblacionales y regiones del país" (DNP, 2009a:3).

Muchos de estos programas se establecieron como programas pilotos basados en una estrategia anticíclica de protección social, es decir como mecanismos de protección social complementarios y focalizados, para –en teoría- mitigar la caída transitoria de los ingresos de la población en situación de pobreza. Así nacieron los programas: *empleos en acción*, *familias en acción* y *jóvenes en acción* los cuales se integraron a partir de una idea de Red de Apoyo Social (RAS) (DNP, 2003), la cual luego se transformó en el SPS; el cual fue creado por la ley 789 de 2002 y complementado con mecanismos denominados de "manejo social del riesgo" (DNP, 2009a:8).

Respecto a las actuales líneas de gobierno, el PND 2006-2010 da continuidad a un modelo económico y político que se pretende consolidar hacia el 2015 (Visión Colombia II centenario 2015). En cuanto al enfoque en política social se establece como objetivo la promoción de la igualdad de oportunidades en el acceso a un conjunto básico de servicios sociales así como el tema de la calidad del

5.1.2.4. Familias en Acción

Como ya se ha mencionado, el programa de transferencias monetarias condicionadas denominado *Familias en Acción*, ha sido clave en las zonas rurales desde su creación en el 2001 y se ha posicionado como el programa eje de la política social del gobierno. Está financiado con los préstamos contraídos con el *Banco Mundial (BM)* y con el *Banco Interamericano de Desarrollo (BID)*.

Se trata de la entrega de subsidios para población clasificada dentro del nivel 1 del SISBEN y que habita municipios de menos de 100.000 habitantes. Se focalizó en un inicio en 622 de los 1060 municipios existentes, y en 26 de los 32 departamentos de Colombia, en el 2002 tenía una cobertura de 362,403 familias (DNP, 2004) la cual pasó a 680,000 en 2006 y en el 2010 se propone integrar a 1.5 millones de familias al programa.

Respecto a los criterios para la entrega de subsidios, el subsidio nutricional y de salud se asigna a familias con uno o más niños entre 0 y 7 años cubriendo los 12 meses del año, está sujeto a que los padres presenten un comprobante de control de crecimiento y desarrollo de los niños; el valor del subsidio por mes entre los años 2002 y 2006 fue de 46,500 pesos colombianos, aproximadamente 245 pesos mexicanos. En relación al subsidio escolar se asigna a niños y jóvenes entre 7 y 17 años cubriendo 10 meses del año y está sujeto a la asistencia escolar en un 80%; el valor del subsidio por mes entre los años 2002 y 2007 por niño entre 7 a 11 años fue de 14,000 pesos colombianos, aproximadamente 74 pesos mexicanos; y para la franja de 12 a 17 años fue de 28,000 pesos colombianos, aproximadamente 147 pesos mexicanos (DNP, 2008).

5.1.3. Políticas de salud en zonas rurales

Los resultados muestran que en la actualidad no existe como tal una política nacional de salud con especificidad para zonas rurales, sin embargo, haciendo una mirada retrospectiva de la política se ubica que en el año 1975 se fijó un *plan nacional de salud rural (PNSR)* debido a los problemas de acceso a la atención médica de la población de las zonas rurales. El PNSR contemplaba nuevas modalidades organizativas para la prestación de servicios de salud en los niveles locales, especialmente en las zonas rurales y en las zonas urbanas marginadas.

Así se amplió la cobertura según niveles de atención a través de la conformación de unidades con un promedio de 1,000 habitantes de determinada área geográfica, la cual contaba con una promotora rural de salud; 6 unidades de cobertura (aprox. 6,000 personas) configurando un *Módulo de Ampliación de Cobertura de nivel local (MAC-1)* el cual operaba con personal auxiliar de enfermería y un médico,

responsables de la atención rural. Los MAC-1 prestaban servicios de atención médica, provisión de medicamentos, vacunación, educación nutricional, además se contemplaron servicios de saneamiento ambiental (PNSR, 1975).

Aunque no fue motivo de revisión exhaustiva ni el impacto ni el seguimiento de las políticas de este periodo, por su trascendencia, es importante mencionar que para las zonas rurales marginales se desarrollaron a finales de los setentas y principio de los ochenta programas como el de *desarrollo rural integrado (DRI)* y el *plan de alimentación y nutrición (PAN)* (Hernández, 2002). Hasta la década de los ochentas en varias zonas rurales seguían existiendo los promotores y promotoras de salud y se impulsó la consolidación y adopción de la estrategia de *Atención Primaria en Salud (APS)*. En esta materia sobresalieron experiencias como las *unidades primarias de atención (UPA)*, así como los *servicios locales de salud (SILOS)* que fueron promovidos desde instancias como la *Organización Panamericana de la Salud (OPS)*.

En la década de los noventas se promulgó una nueva legislación en materia de seguridad social, la cual además de normar el tema de salud, también contempló el de pensiones, cesantías y riesgos profesionales (Ley 100 de 1993). En su revisión no encontramos como tal una inclusión del tema de lo rural, sólo se hace referencia a aspectos relacionados con dar prioridad a población de estas áreas, para programas como el de información y educación a mujeres (Art. 166) y lo relacionado con destinar el 50% de los recursos del subsidio para distribuirlo a beneficiarios del sector rural y comunidades indígenas (Art. 216).

En este mismo sentido la lectura de las reformas de esta década especialmente las contempladas en la ley 1122 de 2007, y el PNSP no muestran novedades, pues el tema de una política de salud en zonas rurales sigue ausente, aunque podemos inferir que medidas como la ampliación de afiliaciones al régimen subsidiado, vía la focalización de subsidios en población nivel I y II del SISBEN, están repercutiendo en que la población de las zonas rurales esté ingresando al SGSSS, lo cual no es igual a que se garantice el derecho a la salud o a que exista una política social integral para estos sectores.

En tal ausencia, lo que sí es común en los planes de desarrollo nacionales y ejercicios de prospectiva para el sector rural desarrollado en documentos como el de *Visión Colombia 2019* (DNP, 2007b), es la parte de diagnóstico de la situación de salud donde se insiste en la diferencia que existe entre los indicadores según se trate de zona urbana o zona rural, donde está última sigue concentrando los más deficientes indicadores de salud, los mayores problemas para el acceso a la educación y a servicios públicos esenciales.

Pese a que en el nivel nacional no existen programas de salud específicos para zonas y poblaciones rurales, se orientan las actividades contempladas tanto dentro del *POS* a cargo de las *EPS*, como las acciones para el cumplimiento de las metas y estrategias que cada entidad territorial definidas dentro de los Planes de Salud Territorial (*PST*) y de acuerdo a los objetivos y ejes programáticos del actual *PNSP*, las relacionadas con PyP serán detalladas más adelante.

Respecto a los actores sociales en el tema de la salud rural pese a la poca difusión de propuestas particulares, es importante resaltar las voces del movimiento indígena, a través de iniciativas desde la *Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC)*, el *Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC)* y la *Asociación de Cabildos Indígenas del Cauca (ACIN)*. Así como proyectos de autogestión para la prestación de servicios de salud y terapéuticas alternativas por parte de organizaciones y comunidades campesinas. Otros actores, como ONG's y organizaciones internacionales de médicos han estado en este mismo sentido al frente del fortalecimiento de servicios de atención primaria en zonas marginales y con comunidades campesinas, afrocolombianas e indígenas.

De lo anterior podemos concluir que en Colombia los programas y acciones existentes no responden a la formulación y puesta en marcha de una política pública de salud rural, aunque se reconocen antecedentes en esta materia y algunos actores que plantean la necesidad de adecuar los servicios de salud a la realidad multicultural del país.

Finalmente, ya en el nivel regional, pese a que se realizó la solicitud formal para desarrollar una entrevista con las directivas de la *SESALUB* en la búsqueda de orientaciones específicas para el trabajo en salud en zonas rurales, ésta no fue posible, por lo cual la búsqueda se hizo a partir de fuentes indirectas de información.

Así la consulta de los rubros contemplados, evidenció que es poca la información que se encuentra sistematizada en documentos públicos o de fácil acceso. Respecto a la información que documenta la página web de la *SESALUB*¹² se encuentran como referencias al área de salud pública: la gestión del *PST* y el diseño de los *POA*'s, así como las áreas de vigilancia en salud pública, salud ambiental, laboratorio de salud pública, control de medicamentos, programas especiales (*GUAYTY*), participación social, y promoción y prevención. De éste último se encontró información estadística actualizada sobre el PAI e información muy general o incompleta de los programas de nutrición, *Atención Integral a Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI)*, salud mental, tuberculosis-lepra, salud sexual y reproductiva, prevención de enfermedades crónicas y escolar sano.

¹² La cual fue incorporada a la página de la gobernación de Boyacá dificultando el acceso y calidad de la información

Por otro lado, en la revisión documental se tomó como base las circulares y matrices para la elaboración de los PST, pese a que no se encontró mención específica sobre una política de salud departamental para la población del área rural. La SESALUB contempla dentro del eje de salud pública proyectos que en su mayoría se venían desarrollando dentro del PAB como es el caso de: la estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), la política de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), Salud oral, Salud mental, Enfermedades crónicas no transmisibles y nutrición infantil. Un aspecto que se comentó de manera informal con funcionarios de esta dependencia evidencia el reconocimiento de particularidades del escenario rural en cuanto a la ejecución de los programas, las características de las poblaciones, el peso de la cultura regional, los perfiles epidemiológicos y el papel de los profesionales de la salud en los municipios. Sin embargo, podemos concluir que los programas actualmente orientados por la SESALUB, por lo menos a nivel de formulación, no son producto de una política explícita para la población rural.

5.1.4. Consideraciones y marco legal sobre la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad en Colombia

En relación con el tema de la promoción de la salud, pese al reconocimiento del concepto en la agenda pública de los gobiernos y de las instancias internacionales en materia de salud, algunos investigadores latinoamericanos plantean que aunque en el discurso de la promoción de la salud hay un aparente "acuerdo conceptual...la práctica que sustentan revela profundas diferencias en concepciones, significados, beneficiarios y fines..." (Chapela, 2007:352).

Así que para el abordaje de dichas prácticas es necesario reconocer las múltiples concepciones que hay al respecto de la promoción de la salud y de las definiciones de salud que subyacen a cada una de ellas (Chapela, 2008).

En el escenario colombiano algunos autores coinciden en la existencia de tergiversaciones y equivocaciones en la definición y en la práctica tanto de la promoción de la salud como de la prevención de la enfermedad (Eslava, 2006), de hecho la "importancia que se les concede en la teoría suele contrastar con la ambigüedad de criterios utilizados al llevarlas a la práctica..." (Gómez y González, 2004:88).

En cuanto al marco legal pese a la "abundancia de normas con relación a la promoción y prevención....hay inconsistencias entre ellas que crean ambigüedades y generan confusión, lo que sirve de excusa para el incumplimiento por parte de las aseguradoras..." (Chávez, 2001:11).

Un elemento determinante en el caso colombiano, principalmente para la promoción de la salud, es

que esta no escapó a la lógica mercantil pues paradójicamente -luego de ser definida en la Carta de Ottawa (1986) y de manera especial impulsada en la conferencia internacional de promoción de la salud (Bogotá, 1992) - se insertó en un escenario adverso con "un esquema organizativo que dividió tajantemente las acciones colectivas de las acciones individuales" (Eslava, 2006:111) y que definió la atención básica desde la ley 100 como un paquete complementario al POS (ver cuadro 6).

Cuadro 6. Plan Obligatorio de Salud-Plan de Atención Básica, de acuerdo a la Ley 100 de 1993

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) (a cargo de las EPS/ARS/ESS)	PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA (PAB) (a cargo del Estado)
<p>Protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definen (Art. 162).</p> <p>Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.(Par 2).</p> <p>El Plan Obligatorio de Salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia. El Plan Obligatorio de Salud para los menores de un año cubrirá la educación, información y fomento de la salud, el fomento de la lactancia materna, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, la prevención de la enfermedad, incluyendo inmunizaciones, la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, incluidos los medicamentos esenciales, y la rehabilitación cuando hubiere lugar, de conformidad con lo previsto en la presente Ley y sus reglamentos. Además del Plan Obligatorio de Salud, las mujeres en estado de embarazo y las madres de los niños menores de un año, del régimen subsidiado, recibirán un subsidio alimentario en la forma como lo determinen los planes y programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y con cargo a éste. (Art.166)</p>	<p>El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta Ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria.</p> <p>La prestación del plan de atención básica será gratuita y obligatoria. La financiación de este plan será garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales. (Art. 165)</p>

Fuente: Elaboración propia con base en articulado de la Ley 100 de 1993.

Aunque en el tema de financiamiento la ley 100 definió un rublo específico -por medio de una subcuenta de promoción de la salud- para "...las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad" (Art. 222). En su normatividad no aparece una definición clara sobre la promoción de la salud, por ejemplo en el POS algunas veces se hace alusión a acciones de información, en otras de educación en salud, en otros apartes se refiere al fomento y a la promoción como sinónimos y a la prevención la incluyen dentro de la promoción. Dentro del PAB, se alude a intervenciones de tipo colectivo y algunas individuales con "altas externalidades" como acciones de promoción de la salud, así lo expresa el decreto 1891 de 1994 cuando afirma que "las acciones de salud pública y los servicios básicos, forman parte de la promoción de la salud y constituye el objeto del PAB".

Dentro de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad posteriormente incluidas dentro del POS (resolución 03997 de 1996) se definieron:

Cuadro 7. Acciones PyP del POS, 1996

PROGRAMA	ACTIVIDADES
Prevención de las alteraciones en el crecimiento y desarrollo Niñ@s menores de 12 años	<ul style="list-style-type: none"> a) Examen físico general. b) Valoración y seguimiento del proceso de crecimiento y desarrollo integral (Áreas motriz gruesa y fino adaptativa, sensitiva, lenguaje, psicosocial, y del aparato estomatognático). c) Valoración del crecimiento (mediciones antropométricas; perímetrocefálico, braquial, talla y peso). d) Suministro de micronutrientes y vitaminas en caso de carencias nutricionales, especialmente de vitamina A y Hierro. e) Desparasitación a nivel individual. f) Información y educación para prevenir accidentes, trauma y maltrato infantil. g) Fomento de la lactancia materna exclusiva hasta cuatro meses y complementaria hasta los dos años. h) Promoción de la equidad en el trato de niñas y niños para que obtengan un desarrollo adecuado.
Prevención de las alteraciones sensoriales mediante acciones de manejo de la salud visual y auditiva niñ@s menores de 12 años	<ul style="list-style-type: none"> a) Valoración de la función visual y detección precoz de trastornos. b) Valoración de la función auditiva y detección precoz de trastornos
Prevención de IRAS y EDAS niñ@s menores de 5 años	<ul style="list-style-type: none"> a) Educación a la madre y cuidadores para la prevención de la EDA y el reconocimiento temprano de los signos de deshidratación, terapia de rehidratación oral en el hogar y búsqueda oportuna de atención. b) Educación a la madre y cuidadores para la prevención de la IRA y el reconocimiento temprano de la neumonía y la consulta oportuna de atención.

Prevención de enfermedades inmunoprevenibles definidas en el programa ampliado de inmunizaciones (PAI), niños (as) menores de 5 años y mujeres en edad fértil entre 10 y 49 años	<p>Aplicación del esquema completo y de refuerzos según el esquema único de vacunación nacional (PAI) y los que se adicionen en el futuro. Los siguientes biológicos serán suministrados por el Estado a cargo del PAB</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Anti-tuberculosa (BCG) en menores de 5 años b) Triple bacteriana (DPT) en menores de 5 años c) Antípolio (VOP) en menores de 5 años d) Triple viral (MMR) en menores de 5 años e) Anti-Hepatitis B en menores de 5 años f) Toxido tetánico y toxido diftérico (TT/Td) en gestantes y mujeres de 10 a 49 años en zonas de alto riesgo para tetanos neonatal. g) Antiamarilla en zonas de alto riesgo.
Prevención de alteraciones del crecimiento del aparato estomatológico, de caries y enfermedad periodontal mediante la utilización de sellantes, fluorización y medidas de higiene oral niños (as) menores de un año, de 1 a 14 años, y mayores de 15 años.	<p>a) Educación a la madre y cuidador, sobre hábitos posturales, higiénicos y alimentarios; y de las funciones vitales (respiración, fonación, deglución y succión). b) Identificación de malformaciones congénitas en cavidad oral por examen físico y remisión para su tratamiento oportuno.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Educación en hábitos de higiene oral, hábitos nutricionales y posturales, técnicas de cepillado. b) Control de placa bacteriana. c) Control de crecimiento y desarrollo, de funciones vitales (respiración, fonación, deglución, succión). d) Colocación de flúor tópico. e) Colocación de sellantes. <p>a) Educación en hábitos de higiene oral, hábitos nutricionales, técnicas de cepillado, uso de hilo dental.</p> <ul style="list-style-type: none"> b) Control de la placa bacteriana. c) Profilaxis. d) Detartraje supragingival e) Educación en higiene de prótesis dental.
Prevención de enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio Mujeres y hombres en edad fértil Mujeres gestantes	<p>PLANIFICACIÓN FAMILIAR.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Información, educación, consejería y oferta de servicios en salud sexual y reproductiva (paternidad responsable, maternidad sin riesgo y métodos anticonceptivos). b) Promoción y fomento de la autoestima y autocuidado c) Detección y prevención del maltrato físico, psíquico y sexual. d) Aplicación de métodos de planificación familiar (anticonceptivos hormonales, dispositivo intrauterino, preservativo y revisión para anticoncepción quirúrgica) <p>ATENCIÓN INTEGRAL A LA GESTANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Detección precoz del embarazo y clasificación de su riesgo b) Control prenatal según riesgo detectado c) Exámenes de laboratorio de rutina: Serología para sífilis (VDRL), hemoclasificación y factor RH, hemoglobina y hematocrito, citoquímico de orina y glicemia d) Aplicación de dosis de toxido tetánico y diftérico, según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) e) Suplemento de multivitaminas, hierro y ácido fólico

	<p>f) Detección y prevención del maltrato físico, psicológico, verbal y sexual.</p> <p>g) Curso psicoproyáctico y educación para la detección temprana de riesgos, el fomento de la lactancia materna, planificación familiar, autoestima, autocuidado, sexualidad responsable, puericultura básica y estimulación, fortalecimiento de vínculos afectivos, prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).</p> <p>i) Consejería individual, familiar, social y laboral.</p>
Prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), infección por VIH/SIDA. Mujeres y hombres desde la adolescencia.	<p>a) Información para la prevención de las ETS/VIH/SIDA.</p> <p>b) Detección precoz de las ETS/VIH/SIDA.</p> <p>c) Detección precoz de la sífilis congénita.</p> <p>d) Diagnóstico y manejo de contactos en ETS/VIH/SIDA.</p>
Prevención de tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia	<p>a) Promoción y fomento de la salud mental, el autocuidado, autoestima y manejo del stress</p> <p>b) Promoción para la convivencia pacífica y resolución adecuada de conflictos.</p> <p>c) Detección precoz de factores de riesgo de trastornos del comportamiento y del maltrato intrafamiliar.</p>
Prevención de complicaciones de las enfermedades degenerativas crónico-degenerativas	<p>a) Detección precoz de las enfermedades osteo-articulares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, epilepsia y demencias.</p> <p>b) Prevención de la fiebre reumática.</p> <p>c) Prevención y detección precoz de la disritmia cerebral y la epilepsia.</p> <p>d) Búsqueda de sintomáticos respiratorios y sintomáticos de piel.</p> <p>e) Orientación para enfrentar la invalidez, las enfermedades terminales y la muerte.</p>
Prevención del cáncer, especialmente el cáncer de Cervix, de mama y estómago.	<p>a) Promoción de la dieta, ejercicio y estilos de vida y trabajo saludables</p> <p>b) Citología para cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 a 64 años.</p> <p>c) Examen físico del seno en mujeres mayores de 35 años.</p> <p>d) Examen físico de la próstata en mayores de 40 años.</p>
Prevención de enfermedades cardio-cerebro-vasculares	<p>a) Promoción de la dieta equilibrada, el control de peso corporal, ejercicio y estilos de vida y trabajo saludables.</p> <p>b) Detección precoz de la Hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus e hiperlipidemias.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en la resolución 03997/96 del Ministerio de Salud de Colombia.

Adicional a estas acciones de PyP, la resolución 4288/96 incluyó dentro del POS la atención de parto "limpio y seguro" y reglamento como actividades de PyP del PAB¹³ las siguientes:

¹³ Definido como "el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo. Art. 3º (MS, 1996). Como ya se ha mencionado se reglamentó en 1996 y funcionó como plan complementario al POS hasta el 2007.

Promoción de la Salud:

- a) La salud integral de los niños, niñas y adolescentes; de las personas en la tercera edad; de las personas con deficiencias, discapacidades, minusvalías y de la población del sector informal de la economía.
- b) La salud sexual y reproductiva.
- c) El problema de la violencia con énfasis en la prevención de la violencia intrafamiliar y el fomento de la convivencia pacífica.
- d) La exposición al tabaco y al alcohol.
- e) Las condiciones sanitarias del ambiente.
- f) La información pública acerca de los deberes y derechos de la población en el SGSSS y el uso adecuado de los servicios de salud.
- g) La acción comunitaria y participación social, por medio de las organizaciones o alianzas de usuarios y veedurías ciudadanas.

Prevención de la Enfermedad:

- a) Tamizaje en salud visual en niños y niñas escolares menores de 12 años, en establecimientos públicos y de beneficencia; y coordinar el acceso de la población con sospecha de alteraciones a las entidades pertinentes para el diagnóstico definitivo y el tratamiento oportuno.
- b) Aplicar la vacuna antirrábica a los perros y gatos, garantizando coberturas útiles.

Luego en 1998 el Ministerio de Salud a través del Consejo Nacional de Seguridad en Salud (CNSSS) definió dentro del acuerdo 117, las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y de obligatorio cumplimiento, pues de acuerdo a sus consideraciones los servicios de Protección Específica y de Detección Temprana "no son demandados por los usuarios en forma espontánea y por lo tanto las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado deben diseñar e implementar estrategias para inducir la demanda a estos servicios, de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar la salud de la colectividad." Así que los reorganiza de la siguiente manera:



Cuadro 8. Actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y atención de enfermedades de interés en salud pública, 1998.

1. PROTECCIÓN ESPECIFICA	2. DETECCIÓN TEMPRANA	3. ATENCIÓN DE ENFERMEDADES OBJETO DE ERRADICACIÓN, ELIMINACIÓN Y CONTROL
Vacunación según PAI.	Alteración del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años).	Bajo peso al nacer
Atención preventiva en salud bucal.		Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad).
Atención del parto.	Alteración del desarrollo del joven (10 a 29 años).	Infección Respiratoria Aguda (menores de cinco años) Alta: Otitis media, Faringitis estreptocócica, laringotraqueitis.
Atención del recién nacido.	Alteraciones del embarazo	Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía.
Atención en planificación familiar hombres y mujeres.	Alteraciones en el adulto (mayores de 45 años)	Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera.
	Cáncer de cuello uterino.	Tuberculosis Pulmonar y extrapulmonar.
	Alteraciones de la agudeza visual.	Meningitis Meningocócica.
		Asma Bronquial.
		Síndrome convulsivo.
		Fiebre reumática.
		Vicios de refracción. Estrabismo, Cataratas.
		Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica, Sífilis, VIH).
		Hipertensión arterial.
		Hipertensión arterial y hemorragias asociadas al embarazo.
		Menor y Mujer Maltratados.
		Diabetes Juvenil y del Adulto.
		Lesiones pre-neoplásicas de cuello uterino.
		Lepra.
		Malaria.
		Dengue.
		Leishmaniasis cutánea y visceral.
		Fiebre Amanilla.

Fuente: Elaboración propia con base en el acuerdo 117 de 1998 del CNSSS.

De esta manera con la expedición de normas técnicas y guías de atención para las acciones de prevención primaria y secundaria (acuerdo 117 de 1998 y resolución 412 de 2000) se modifica la orientación tanto de la promoción de la salud como de la prevención de la enfermedad, centrando en el tema de la prevención costo-efectiva. Aunque en el marco de esta protocolización de las acciones "de

demandada inducida de la protección específica y la detección temprana", se logró posicionar la discusión sobre la calidad de los servicios de atención primaria, sin embargo, no se solucionó la grave fragmentación de los servicios de salud encargados del aspecto de la curación-rehabilitación respecto a los de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública.

De acuerdo a esta revisión de las normas relacionadas con la PyP, podemos verificar que desde la expedición misma de la ley 100 en el año de 1993 hasta el año 2007 (ver anexo 2), ha habido múltiples ajustes a los servicios agrupados dentro tanto en la "promoción de la salud" como en la "prevención de la enfermedad". Se puede resumir que durante el periodo 1994-1997 la mayoría de documentos adoptan como definición de promoción de la salud:

"...la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas y síquicas de los individuos y las colectividades."

Y como definición de prevención de la enfermedad:

"...el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue, ocasiones daños mayores o genere secuelas evitables."

Sin embargo, las normativas del periodo 1998-2000 marcaron una ruptura en cuanto a lo que venía denominándose como actividades de PyP del POS, pues ahora se reordenan en la lógica de:

- Actividades de detección temprana, que identifiquen oportunamente la enfermedad y que "faciliten su diagnóstico en estados tempranos, tratamiento oportuno y reducción de su duración..."
- Actividades de protección específica es decir que logren "evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo".
- Atención de enfermedades de interés en salud pública: "...enfermedades que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial."

Así que las actividades de PyP más que en promoción de la salud se centraron en actividades de prevención primaria y secundaria, además de incluir la atención a enfermedades denominadas como de "interés en salud pública".

Recientemente, con la expedición del plan nacional de desarrollo 2006-2010, la reforma al SGSSS establecida en la ley 1122 de 2007 y el PNSP para la vigencia 2007-2010, nuevamente se modifican los posicionamientos en torno a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (ver cuadro 9).

Cuadro 9. Definiciones de PyP en el PND, la ley 1122 y el decreto 3039, 2007.

DEFINICIONES/NORMATIVIDAD	PND 2006-2010 "Estado comunitario desarrollo para todos"	Ley 1122 de 2007 "por la cual se hacen algunas modificaciones en el SGSSS". Dentro del capítulo sobre salud pública plantea como objetivos del PNSP:	Decreto 3039 de 2007 "por el cual se expide el PNSP 2007-2010" y en el cual algunas de las líneas de política son:
Promoción de la Salud	En el apartado sobre la "PyP", hace referencia a que deben adoptarse las recomendaciones para cumplir con los ODM, y en este sentido define el desarrollo e implementación de un plan estratégico de salud pública. Dentro de las actividades define: PAI, política nacional de SSR, promoción de la actividad física, la dieta saludable y la reducción del tabaquismo, Política nacional de control del cáncer, Plan intersectorial de prevención y control del VIH/SIDA, Salud Mental, Política nacional de salud ambiental, Política Nacional de calidad del aire, Política nacional de gestión de residuos peligrosos, cumplimiento del PNSP.	Promoción de condiciones y estilos de vida saludables fortaleciendo la capacidad de la comunidad y de los diferentes niveles territoriales.	La promoción de la salud y la calidad de vida constituye un proceso político y social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucra a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva
Prevención de la enfermedad		Atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud	Se refiere a prevención de los riesgos como el conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir. El objetivo es minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas entre el Estado, la comunidad, las EPS, las ARP y los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas. Abarca prevención primaria y prevención secundaria (gestionar el riesgo)

Fuente: Elaboración propia con base la ley 1122 de 2007 y el decreto 3039 del 2007.

Si leemos detenidamente el PNSP, el cual se expidió en enero de 2007 a través del decreto 3039 de 2007¹⁴ con vigencia para el cuatrienio 2007-2010, y de acuerdo a lo establecido en la ley 1122 de 2007¹⁵ (CRC, 2007), encontramos por un lado, un mandato de que las metas y el contenido del PNSP sean parte integral de los compromisos y responsabilidades en los diferentes niveles (nacional, de las entidades territoriales) y actores del SGSSS (MPS, 2007). También hay una referencia en cuanto a que el plan en su

¹⁴ "Por el cual se adopta el plan nacional de salud pública 2007-2010."

¹⁵ "Por la cual se hacen algunas modificaciones al SGSSS y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República, Colombia. 9 de enero de 2007.

implementación atienda las "diferencias regionales, étnicas y culturales" (Art. 2º) (MPS, 2007).

A nivel conceptual, introduce aspectos tan disímiles como la promoción de la salud ligada al concepto de calidad de vida, el enfoque de gestión social del riesgo y el enfoque de determinantes; y es precisamente en este sentido que algunos autores han insistido en que el PNSP lejos de adoptar una mirada integral del proceso salud-enfermedad, lo que ha hecho es dotar a la política neoliberal en salud de un "nuevo ropaje", pues la mayoría de acciones se reafirman en los criterios costo-efectivos, los determinantes son adoptados como factores de riesgo y el *Manejo Social del Riesgo* (MSR) es en realidad una "propuesta agenciada y promovida por la banca multilateral" (Vega y Hernández, 2008: 66-68).

También destacan los contenidos contemplados dentro de las cinco líneas para el desarrollo de la política en salud (MPS, 2007):

1. Promoción de la salud y calidad de vida: la define como proceso político y social, como dimensión del trabajo de salud y como posibilitadora de la intersectorialidad. Como objetivo de esta línea coloca su acento en el tema de la propia capacidad de los individuos y las comunidades para "satisfacer sus necesidades en salud".
2. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud: entendida como la reducción de riesgos, contempla la prevención primaria y la secundaria y adopta la idea de "gestión del riesgo".
3. Recuperación y superación de los daños en salud: abarca las acciones individuales del POS, corresponde a acceso y calidad de los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Así como los programas agrupados en el rubro de la protección social. Dentro de las estrategias a cargo de la nación, enuncia una relacionada con "las acciones de detección temprana, prevención específica y atención en salud" (MPS, 2007, cap. III), lo cual no corresponde a lo definido en la legislación precedente, al parecer existe un error en llamar a la protección específica como prevención específica, en todo caso, en el PNSP se mantienen las imprecisiones respecto a las acciones definidas como de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.
4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento: supone todo lo relacionado con la información en salud así como los procesos de vigilancia en salud pública, en el entorno laboral y vigilancia sanitaria. Además incluye la vigilancia y control de la gestión del SGSSS.
5. Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del PNSP: busca la coordinación y articulación de los actores dentro del plan. Además de establecer las responsabilidades de cada uno de los entes.

5.2. Reconstrucción prácticas institucionales de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad (PIPyp)

En el proceso de reconstrucción de las PIPyP se trazó una primera fase que describiera la forma como se organizan las prácticas de PyP. De acuerdo a los resultados de la guía que para tal fin fue diseñada (instrumento 2) se presenta, en primer lugar, la forma como se han orientado y organizado dichas prácticas; en segundo lugar, se propone con base en esta descripción, una síntesis conceptual de las prácticas formuladas (PIPyp1); en tercer lugar, producto del trabajo empírico y con base en los resultados del proceso de observación (instrumento3), se discute las correspondencias o contradicciones con las prácticas ejecutadas en los niveles locales (PIPyp2)

5.2.1. Organización de las prácticas de PyP

La resolución 412 de 2000¹⁶ (MS, 2000), es la norma conocida como referente para la PyP en Colombia en cuanto a servicios incluidos dentro del POS. Contiene tanto las normas técnicas para “las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana”, en total 12 normas técnicas; así como las guías de atención de “las actividades, procedimientos e intervenciones para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública”, en total 21 guías (MS, 2000).

A continuación se presentan los cuadros descriptivos con cada norma técnica extrayendo sus objetivos, el personal, los recursos mínimos necesarios, y la población objeto:

¹⁶ “Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.”

Cuadro 10. Descripción de actividades de protección específica y detección temprana, 2000.

PROGRAMA	ACTIVIDAD (NORMA TÉCNICA)	PERSONAL	RECURSOS	POBLACIÓN OBJETIVO
1. PROTECCIÓN ESPECÍFICA	<p>1.1. Vacunación según PAI: tiene como objetivo eliminar, erradicar y controlar las enfermedades immunoprevenibles y así disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad en menores de 5 años.</p> <p>1.2. Atención preventiva en salud bucal: tiene como objetivo disminuir los factores de riesgo más importantes para la aparición de caries y enfermedad periodontal en la población.</p> <p>1.3. Atención del parto: tiene como objetivo disminuir los riesgos de enfermedad y muerte de la mujer y del producto del embarazo y optimizar el pronóstico de los mismos a través de la oportuna y adecuada atención intrahospitalaria del</p>	<p>Personal de enfermería (enfermeros (as) y auxiliares) que garanticen la cadena de frío y aplicación adecuada de las dosis.</p> <p>Odontólogo (a) general</p> <p>Auxiliar de higiene oral</p> <p>Médico (a)</p> <p>Enfermero (a)</p> <p>Auxiliar de enfermería</p>	<p>Vacunas</p> <p>Jeringas</p> <p>Térmos</p> <p>Paquetes fríos</p> <p>Nevera</p> <p>Carnet de vacunación</p> <p>Medio de transporte</p> <p>Consultorio de odontología equipado y que garantice los procedimientos de aplicación de sellantes y sellos.</p> <p>Delantalaje</p> <p>Flúor</p> <p>Papelería</p> <p>Material didáctico higiene oral</p> <p>Sala de partos equipada</p> <p>Jeringas, venoclisis, agujas, catéter, soluciones, entre otros.</p> <p>Equipo control de signos vitales</p> <p>Papelaría: historia clínica,</p> <p>partograma</p>	<p>Niños (as) menores de 5 año</p> <p>Mujeres gestantes</p> <p>Mayores de 1 año para zonas de riesgo de fiebre amarilla.</p> <p>Población de 5 a 19 años (flúor)</p> <p>Población de 3 a 15 años (sellantes)</p> <p>Población mayor de 12 años (delantalaje)</p> <p>Mujeres gestantes en trabajo de parto</p>

	parto		Monitor fetal o doppler.	
	1.4. Atención del recién nacido: tiene como objetivo la detección, prevención y control de problemas del recién nacido en forma temprana y así disminuir secuelas discapacitantes y altas tasas de morbilidad y mortalidad neonatal e infantil.	Médico (a) Enfermera (o) Auxiliar de enfermería	Sala de partos equipada con espacio y equipos para adaptación neonatal inmediata (oxígeno, laringo, etc) Papelera: Historia RN, APGAR Vacunas para el recién nacido Vitamina K Jeringas Equipo control de signos vitales	Recién nacido
	1.5. Atención en planificación familiar hombres y mujeres. Objetivo: Brindar a hombres, mujeres y parejas en edad fértil la información, educación y métodos necesarios para dar respuesta a sus derechos reproductivos y ampliar el abanico de opciones anticonceptivas apropiadas para sus necesidades y preferencias, así como contribuir a la disminución de gestaciones no deseadas	Médico (a) Enfermera (b) Auxiliar de enfermería	Recursos necesarios para garantizar la información, educación, consejería y oferta anticonceptiva a libre elección informada al hombre, mujer o pareja, así como su seguimiento (materiales didácticos, papelería, anticonceptivos, acceso a cirugía para método definitivo, condón para prevención de enfermedades de transmisión sexual)	Hombres y mujeres en edad fértil

2. DETECCIÓN TEMPRANA	<p>2.1. Alteraciones del crecimiento y desarrollo. Tiene como objetivo disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por causas evitables mediante la prevención e identificación oportuna de los problemas que afectan a niños y niñas menores de 10 años.</p>	<p>Médico (a) Enfermera (o) Auxiliar de enfermería</p> <p>Papelería: carnet infantil, curva de crecimiento. Instrumentos (de acuerdo a la norma técnica actualizada): consultorio con espacio y condiciones adecuadas. Espacios acondicionados para actividades de educación grupales. Materiales para el examen físico: estetoscopio, equipo de órganos, jínterna y tensiómetro pediátrico. Materiales para antropometría: metro, tallímetro horizontal y vertical, balanza pesa bebé y balanza de pie. Materiales para la evaluación de desarrollo: mesas y sillas pequeñas y por lo menos 5 cajas de objetos de diferentes colores, dimensiones y tamaños. Materiales para las actividades educativas: televisión, VHS, grabadora, papelógrafo o tablero, rollofolios, afiches, plegables,</p>

			elementos para demostraciones de puericultura y estimulación (frascos de suero fisiológico, extractores de leche materna, sobres de sales de hidratación, jeringas dosificadores, colchonetas, juguetes adecuados, etc.).
2.2. Alteración del desarrollo del joven: tiene como objetivo detectar tempranamente los problemas de salud y situaciones vitales que afectan el desarrollo de la población entre los 10 y 29 años de edad, interviniendo factores de riesgo y potenciando factores protectores	Médico (a) Enfermera (o) Auxiliar de enfermería Posibilidad de interconsulta a psicología	Consultorios con espacio y condiciones adecuadas. Materiales para el examen físico: estetoscopio, equipo de órganos, lánterna y tensiómetro. Materiales para medición antropométrica: Balanza de pie y tallímetro vertical. Carta de Snellen.	Jóvenes de 10 a 29 años
	Toma y procesamiento de muestras de laboratorio (Hemoclasificación, Hemoglobina, Hematócrito, Colesterol (HDL), pruebas ITS y VIH/SIDA; consentimiento y asesoría previas), Citoloxia cérvico-		

		vaginal.	
	<p>2.3. Alteraciones del embarazo. Tiene como objetivo vigilar la evolución del proceso de la gestación de la mujer, y así prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biopsicosocial que inciden en este proceso, además de detectar tempranamente posibles complicaciones, ofreciendo educación a la pareja.</p> <p>Médico (a) Enfermera (o) Auxiliar de enfermería Odontóloga (o)</p> <p>Toma y procesamiento de exámenes para-clínicos (hemograma completo, Hemoclasificación, serología VDRL, Uroanálisis, Glicemia, ecografía obstétrica, Prueba ELISA para VIH y antígeno Hb, FFV CCU), Micronutrientes (hierro, calcio, ácido fólico) Vacuna Td Papelaria: carné materno, formularios de remisión.</p> <p>Espacios y material didáctico para curso psycoprotector</p> <p>Toma de medidas antropométricas: balanza de pie, tallímetro, cinta métrica</p> <p>Doppler</p> <p>Monitor fetal en caso de embarazo de alto riesgo.</p> <p>Materiales para el examen físico: estetoscopio, equipo de órganos,</p>	<p>Mujeres gestantes</p> <p>Toma y procesamiento de exámenes para-clínicos (hemograma completo, Hemoclasificación, serología VDRL, Uroanálisis, Glicemia, ecografía obstétrica, Prueba ELISA para VIH y antígeno Hb, FFV CCU), Micronutrientes (hierro, calcio, ácido fólico) Vacuna Td Papelaria: carné materno, formularios de remisión.</p> <p>Espacios y material didáctico para curso psycoprotector</p> <p>Toma de medidas antropométricas: balanza de pie, tallímetro, cinta métrica</p> <p>Doppler</p> <p>Monitor fetal en caso de embarazo de alto riesgo.</p> <p>Materiales para el examen físico: estetoscopio, equipo de órganos,</p>	

			Instrumento y tensiómetro	
2.4. Alteraciones en el adulto. Tiene como objetivo detectar oportunamente la presencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor de 45 años.	Médico (a) Enfermera (o) Auxiliar de enfermería	Materiales para el examen físico: estetoscopio, equipo de órganos, íntima y tensiómetro. Toma de medidas antropométricas: balanza de pie, tallímetro, cinta métrica. Toma y procesamiento de muestras de laboratorio (glicemia basal, perfil lipídico HDL-LDL, creatinina y uranálisis)	Hombres y mujeres mayores de 45 años (y en quinquenios de ahí en adelante)	
2.5. Cáncer de cuello uterino: tiene como objetivo identificar oportunamente lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino, orientar a las mujeres afectadas hacia los servicios de diagnóstico definitivo y definir de manera adecuada y oportuna el tratamiento, tendiente a incrementar las posibilidades de curación y el tiempo de sobrevida	Médico (a) Enfermera(o) Auxiliar de enfermería Citotécnólogo, citopatólogo Acceso a ginecólogo (a) Papelaria Laboratorio para lectura de citología Servicios de colposcopia	Consultorio equipado para toma de citología cervical y vaginal e instrumental: láminas, espáula, cepillo, espéculo, cito-spray fijador, Papelaria Laboratorio para lectura de citología Servicios de colposcopia	Mujeres entre 25 y 69 años o las menores de 25 años con vida sexual activa.	
Cáncer de seno: tiene como objetivo detectar tempranamente el Cáncer de	Radiólogo o técnico en radiología Médico (a)	Mamógrafo En caso de mamografía sospechosa	Mujeres mayores de 50 años.	

Seno, proporcionando acciones oportunas de diagnóstico y el adecuado tratamiento de la enfermedad	Enfermera (o) Auxiliar de enfermería	acceso a servicio de Dx. Definitivo a través de biopsia por aspiración Educación en autoexamen de mama	Mujeres mayores de 20 años.
2.6. Alteraciones de la agudeza visual. Tiene como objetivo detectar tempranamente las alteraciones de la agudeza visual (baja visión, visión subnormal) y ceguera en la población, a través de la toma de la agudeza visual.	Personal de salud capacitado para toma de agudeza visual (AV) Posibilidad de remisión a oftalmólogo y optometrista.	Carta de Snellen Papelería	Toma de AV para personas de las siguientes edades: 4, 11, 16, 45, 55, 65 y en edades posteriores cada 5 años Examen oftalmológico: mayores de 55 años

Fuente: Elaboración propia a partir de la síntesis de la resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud.

En el 2005, dichas normas y guías fueron objeto de evaluación y ajustes por parte del *programa de apoyo a la reforma a la salud (PARS)*. En este proceso se actualizaron 22 de 33 temas de la resolución 412 a través de las guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública, siguiendo la lógica de la detección temprana (DT) y de la protección específica (PE) (PARS-MPS, 2007). Se proponen con una vigencia aproximada de 5 años y se hicieron de acuerdo al enfoque de medicina basada en la evidencia. Son 23 guías que se agrupan en tres rubros:

Cuadro 11. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública, 2007

1. DETECCIÓN TEMPRANA	2. PROTECCIÓN ESPECÍFICA	3. ATENCIÓN
1. Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años.	1. Guía para la protección específica de la caries y la enfermedad gingival.	Las guías de atención dan recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las siguientes enfermedades de interés en salud pública: tuberculosis, meningitis meningocócica, lepra, malaria, dengue, leishmaniasis, fiebre amarilla, enfermedad de Chagas, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo I y diabetes mellitus tipo II.
2. Guía para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años.	2. Guía de atención del parto.	
3. Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo.	3. Guía para la atención del recién nacido.	
4. Guía para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años.	4. Guía para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres.	
5. Guía para la detección temprana de alteraciones visuales y patologías oculares.	5. Guía para la vacunación según el PAI	

Fuente: Elaboración propia a partir de guías del PARS, 2007

Por otro lado con la expedición del PNSP en el 2007, si bien se mantienen las actividades y guías de la resolución 412 en cuanto a actividades PyP del POS, el nuevo plan define nuevos objetivos y metas relacionadas con la PyP a cargo del Estado. En este sentido y por ser el eslabón principal en cuanto a los lineamientos de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en la actualidad, es importante enunciar lo que denomina prioridades nacionales en salud (ver cuadro 12).

Cuadro 12. Objetivos de las prioridades nacionales en salud 2007-2010.

Objetivos	Metas Nacionales a 2010
1. Mejorar la salud infantil	<ul style="list-style-type: none"> a. Reducir a $15 \times 1,000$ NV la tasa de mortalidad en menores de 1 año. b. Coberturas de vacunación del PAI por encima del 95% en menores de 1 año. c. Reducir a $24 \times 100,000$ la tasa de mortalidad en menores de 5 años
2. Mejorar la salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> a. Reducir por debajo de $62,4 \times 100,000$ NV la tasa de mortalidad materna b. Reducir por debajo de 2,4 hijos por mujer la fecundidad global en mujeres entre 15 y 49 años. c. Reducir por debajo de $7 \times 100,000$ mujeres la tasa de mortalidad por cáncer de cuelo uterino. d. Mantener por debajo de 1,2% la prevalencia de infección por VIH en población entre 15 y 49 años. e. Lograr cobertura universal en terapia antirretroviral para VIH positivos
3. Mejorar la salud oral	<ul style="list-style-type: none"> a. Índice de COP promedio menor de 2,3 a los 12 años de edad b. mantener 60% dientes permanentes en mayores de 18 años.
4. Mejorar la salud mental	<ul style="list-style-type: none"> a. Adaptar los planes territoriales a la política nacional de salud mental y reducción del consumo de sustancias psicoactivas en el 100% de las entidades territoriales.
5. Disminuir las enfermedades transmisibles y zoonosis	<ul style="list-style-type: none"> a. Aumentar al 70% detección de tuberculosis (TBC) b. Aumentar al 85% la tasa de curación de casos de TBC pulmonar. c. Reducir en 50% los municipios sin eliminación de lepra. d. Eliminar la rabia humana transmitida por perro. e. Reducir la mortalidad por malaria a 60 casos en 2010 f. Reducir la mortalidad por dengue a 49 casos en 2010
6. Disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades	<ul style="list-style-type: none"> a. Aumentar por encima de 26% la prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 13 y 17 años b. Aumentar por encima de 42,6% la prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años c. Incrementar por encima de 12,7 años la edad promedio de inicio del consumo de cigarrillos en población menor de 18 años d. Promover las acciones de diagnóstico temprano de la enfermedad renal crónica (ERC) e. Promover acciones preventivas para mantener o reducir la prevalencia de limitaciones evitables
7. Mejorar la situación nutricional	<ul style="list-style-type: none"> a. Reducir a 5% el porcentaje de desnutrición global en niños menores de 5 años con desnutrición global. b. Reducir por debajo de 6,7 por cien mil la tasa de mortalidad por desnutrición crónica en menores de 5 años c. Incrementar en un mes la mediana de duración de la lactancia materna exclusiva
8. Mejorar la seguridad sanitaria y ambiental	<ul style="list-style-type: none"> a. Implementar la política de salud ambiental en las entidades territoriales. b. Implementar la política de salud ambiental en las entidades territoriales.
9. Mejorar la	<ul style="list-style-type: none"> a. Reducir la tasa de mortalidad por enfermedad profesional

seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral	b. Reducir la tasa de accidentes ocupacionales
10. Fortalecer la gestión para el desarrollo operativo y funcional del PNSP	<p>a. Crear en el 100% de los departamentos, distritos y municipios un mecanismo de coordinación y articulación de los actores sociales, institucionales y comunitarios para el logro de las políticas, objetivos y metas del Plan Nacional de Salud Pública de conformidad con las particularidades étnicas y culturales.</p> <p>b. Fortalecer la regulación y fiscalización de las acciones de salud en el 100% de los departamentos, distritos y municipios.</p> <p>c. Lograr el aseguramiento universal y la financiación del plan obligatorio de salud (POS).</p> <p>d. Fortalecer la gestión integral en salud para la implementación y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGAS) en el 100% de las instituciones prestadoras de servicios de salud</p>

Fuente: Elaboración propia con base en revisión del PNSP 2007-2010.

Estos objetivos y metas debieron ser incluidos en los ahora *planes de salud territoriales (PST)* los cuales tuvieron como ejes programáticos: el Aseguramiento, el plan de atención de Emergencias y Desastres, Riesgos Profesionales, Promoción Social y Prestación de Servicios, y el *Plan de Intervenciones Colectivas en Salud Pública (PICSP)* el cual pasó a sustituir a las acciones antes contempladas dentro del PAB.

Otra de las dificultades de la PyP producto de la división de los planes (PAB-POS) y de las fuentes de financiamiento, es que en un inicio la ley 715 de 2001 modificó las competencias de las entidades territoriales traspasando la responsabilidad de las acciones de PyP antes a cargo de las administradoras (EPS/ARS/ESS) a los municipios, los cuales debieron asumir el recaudo financiero para las actividades de PyP (el 4.01% del valor de las UPC), así como la oferta de estos servicios a través de las instituciones públicas existentes.

El objetivo aparente fue garantizar que las acciones se ejecutaran coordinadamente, en la práctica se trasladó una responsabilidad más a los municipios sin los recursos adecuados que pudieran aportar a la solución del problema de la calidad, oportunidad y pertinencia de las acciones. Para algunos la articulación de las acciones de PyP del POS con el PAB, constituyó un avance en términos de coordinación de las acciones en salud pública y una oportunidad al orientar planes de salud municipales y departamentales.

Posteriormente la ley 1122 de 2007 devolvió la responsabilidad del desarrollo de las actividades de

promoción de la salud y prevención de la enfermedad contempladas dentro del POS Subsidiado a las ahora denominadas EPS del régimen subsidiado (antes denominadas ARS).

Actualmente las fuentes de los recursos¹⁷ destinados a salud dentro del fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA) se organizan en cuatro subcuentas:

- Régimen contributivo
- Régimen subsidiado
- Promoción de la salud
- Enfermedades catastróficas y accidentes/ seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)

De acuerdo a la ley 715, que define el sistema general de participaciones (SGP), los rubros de la subcuenta de promoción de la salud son girados a los entes territoriales correspondientes (nación, departamento y municipios) de acuerdo a lo estipulado en el decreto 3039 (PNSP) y a la resolución 473 (PST). Para esto cada ente debe definir un plan territorial de salud en el período de gobierno correspondiente (alcaldía, gobernación, presidencia) y definir un plan operativo anual (POA).

Además de los recursos del PST, que por ejemplo para el municipio de Páez fue este año de 28 millones de pesos colombianos (aprox. 155,555 pesos mexicanos), la salud pública cuenta con el contrato de vigilancia en salud pública (VSP) con un monto de 9 millones de pesos colombianos (aprox. 50,000 pesos mexicanos) y el contrato de salud ambiental por 13 millones 200 mil pesos colombianos (aprox. 73,333 pesos mexicanos).

Por el lado de las EPS, de acuerdo con la categoría del municipio (de 1 a 6), contratan el 100% de los servicios con IPS públicas (es el caso de Páez) y para el caso de los contratos, un rubro de la UPC es destinado a PyP. Un ejemplo es que la UPC del régimen subsidiado es de 19,933.09 pesos colombianos al mes (aprox. 110 pesos mexicanos), eso se multiplica por el número de afiliados a la EPS, de ese 100% se destina aproximadamente un 42% a l nivel, un 32.01% para actividades de PyP y la EPS especifica el porcentaje para cada una de estas actividades (según resolución 412 de 2000).

¹⁷ Información a partir de la entrevista con el gerente del centro de salud de Páez.

5.2.2. Definición y características de las PIPyP1

Definición

Las PIPyP son el conjunto de estructuras organizativas desde donde diferentes actores del campo de la salud insertos en un discurso y a través de un medio institucional, ejercen su quehacer a partir del desarrollo de saberes, actividades, procedimientos e intervenciones¹⁸ que –por lo menos en la formulación– tienen por objetivo garantizar mejores condiciones de salud de los individuos y de las colectividades, así como identificar, controlar o reducir los factores de riesgo para la aparición o prolongación de las enfermedades.

La definición planteada trasciende el entendimiento de las prácticas como un conjunto de actividades, para su análisis puede desagregar los discursos y las prácticas cotidianas, pero constituyen en su desarrollo concreto una síntesis. En este sentido el estudio de las PIPyP requiere tanto del estudio de la política y conceptos, como de los programas, estrategias y acciones desarrolladas por determinados actores.

Características:

En el caso colombiano, debido a la fragmentación de los planes de salud y a las ambigüedades conceptuales ya planteadas, el campo de las PIPyP contempla diverso tipo de actividades y de programas, en el caso del POS más centradas en las acciones de prevención (por Ej. detección de alteraciones), y en el caso del PST organizadas más como temáticas orientadas a los ámbitos de la promoción de la salud (por Ej. SSR, salud infantil, entre otros). Es precisamente esta una de las dificultades en la identificación de estas prácticas, pues son indistintamente denominadas como subprogramas, proyectos, estrategias, actividades y/o metas.

5.2.3. Definición y características de las PIPyP2

Partiendo de la idea de que las PIPyP se desarrollan como una práctica social y en situaciones concretas, se identifican modificaciones a lo que anteriormente denominamos PIPyP1, pues en el proceso de acercamiento empírico se constató la existencia tanto de relaciones e interacciones de diversos actores como de distancias y contradicciones con los conceptos y normativas, ambos mediadores y moldeadores

¹⁸ Tomamos como referencia las definiciones del CNSSS respecto a: “..actividad es la utilización de un recurso particular, bien sea físico, humano o tecnológico dentro del proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Procedimiento es la secuencia lógica de un conjunto de actividades utilizadas dentro de un proceso de... La intervención es la selección de un conjunto de actividades y procedimientos, dentro de un proceso de...”. Acuerdo 008 de 1994.

de nuevos significados y prácticas.

En cuanto a los actores, el proceso que se desarrolló en la segunda fase de la investigación permitió, como veremos más adelante, identificar interpretaciones y acciones de una práctica institucional que privilegia los saberes, actividades, procedimientos e intervenciones en la lógica de la prevención costoefectiva, y aunque presentes, los objetivos y actividades orientadas a la promoción de la salud se desvanecen, principalmente en lo relacionado con el mejoramiento efectivo de las condiciones de vida de los colectivos.

En la ejecución de actividades se identifica el enfoque de la "promoción de la salud centrada en los productos" (Gómez y González, 2004:96) como lo demuestran los indicadores y metas en los planes de intervenciones colectivas de los PST y de los POA's (Anexo 4.5). . Para el caso de la prevención primaria se contemplan las actividades médico-asistenciales de protección específica del POS, así como de la prevención secundaria con los servicios asistenciales orientados a la detección temprana.

Sin embargo, llama la atención nuevos esfuerzos como el caso de la aplicación de la encuesta *Sistema de Información de Base Comunitaria para atención primaria en salud (SICAPS)*(CIMDER/SESALUB, 2008), cuya obtención y sistematización de información pretenden ser herramienta efectiva para el diagnóstico y posterior definición de proyectos en el área de salud pública.

5.3. Reconstrucción de los perfiles epidemiológicos de la provincia del Lengupá

5.3.1. Consideraciones para la elaboración de los perfiles de la provincia

- Aspectos demográficos

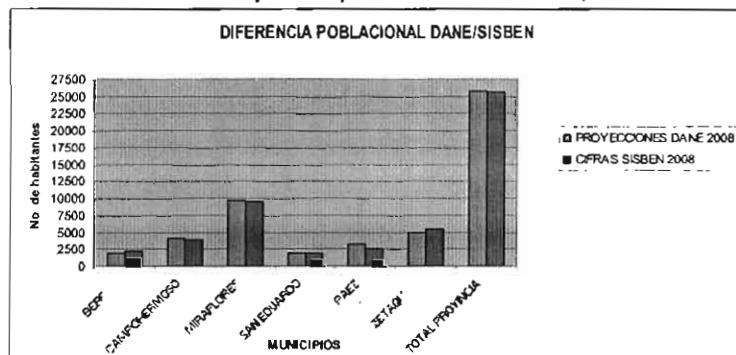
Los datos de población fueron tomados de las proyecciones del *Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)*, aunque en la mayoría de documentos municipales se parte de la base de datos de población del SISBEN, sin embargo, como no hay consistencia entre los denominadores de las variables (natalidad, mortalidad, coberturas de vacunación) optamos por ordenar y presentar las cifras proyectadas del último censo poblacional (DANE, 2005), para ver las diferencias respecto del SISBEN un comparativo entre las cifras de las dos bases de datos (Ver cuadro 13 y gráfico 6).

Cuadro 13. Comparativo población DANE/SISBEN, 2008.

2008	BERBEO	CAMPOHERMOSO	MIRAFLORES	SAN EDUARDO	PÁEZ	ZETAQUÍA	TOTAL PROVINCIA
DANE	1920	4013	9707	1916	3238	4974	25768
SISBEN	2245	3989	9514	1826	2621	5354	25549

Fuente: Elaboración propia con base en datos del DANE y de Análisis Situacionales Municipales.

Gráfico 6. Comparativo población DANE/SISBEN, 2008.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del DANE y de Análisis Situacionales Municipales.

Tomando como referencia la información de población según *DANE*, se organizaron los datos para poder presentar las tablas de población de cada municipio y de la provincia por grupos quinqueniales de los años 2005 al 2008 así como el dato específico de población menor de 2 años para el período, estos datos

fueron los utilizados para el cálculo de tasas. Para apoyar la descripción de cada municipio se construyeron las pirámides de la población del año 2008 así como la proporción de población que habita la cabecera municipal/área rural.

- *Los indicadores de salud*

Los documentos titulados *Análisis Situacionales de Salud* (AS) de los municipios fueron el principal insumo para la descripción del perfil epidemiológico de los municipios de la provincia entre los años 2005 y 2008; estos documentos los elabora el personal de enfermería en el marco del convenio de vigilancia en salud pública contratado por la Secretaría de Salud de Boyacá (SESALUB).

Del proceso de recolección de los datos, a la hora de la visita a los municipios, se encontraron dificultades para contar con los AS del 2005, en su mayoría posteriormente facilitados por la SESALUB. Una vez revisados los AS, algunos de éstos no contaban con los datos de ciertos años y en algunos municipios notamos que había estadística repetida.

En el caso de la tasa bruta de natalidad, no fue posible calcularla debido a que se contó sólo con el registro de nacimientos en instituciones de salud y no con las estadísticas de nacidos vivos de cada municipio. Adicionalmente los nacimientos reportados no coinciden con las cifras de vacunación con BCG y el denominador de las tasas no correspondía con las proyecciones de población DANE.

En el tema de morbilidad general, se carece de variables como edad, sexo, condición socio-económica, afiliación, aunque sí aparecen los grupos poblacionales más afectados con cada enfermedad. Otro aspecto identificado es que no hay agrupación de diagnósticos por grupos CIE 10, lo cual dificultó la comparación en el tiempo y entre municipios. Dentro de las diez primeras causas de enfermedad, algunos AS reportan motivos de consulta que no eran enfermedad por ej. supervisión del embarazo y en pocos casos no aparecen registrados los porcentajes, pero sí se encuentran los números absolutos.

En cuanto a mortalidad general, en algunas defunciones no se registraron sus causas, ni las variables edad y sexo. Los denominadores de las tasas expresadas no correspondían con los datos de población proyectada por el DANE para cada año. La mortalidad evitable sí se registra de manera estricta, aunque para el caso de mortalidad perinatal, infantil y materna en algunos AS las tasas no se corresponden con las estadísticas de nacidos vivos.

En el caso de eventos de interés en salud pública se pudo identificar una mejor sistematización de las incidencias de los eventos en números absolutos, y un mejor seguimiento en el tiempo, aunque algunos informes no incluyeron *Infecciones Respiratorias Agudas* (IRA's) ni *Enfermedades Diarreicas Agudas*

(EDA's). Aquí es preciso reconocer el avance que ha tenido el departamento de Boyacá con la implementación del *Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)*, lo cual ha mejorado el reporte y adecuado seguimiento de eventos considerados de interés en salud pública.

Respecto a coberturas de vacunación no existía correspondencia entre las contenidas en los AS y los reportes oficiales de la SESALUB, por lo cual se decidió procesar éstos últimos los cuales contenían datos del programa *Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI)* actualizados a 2009.

En el tema de la oferta de servicios de salud así como en cuanto a la cobertura de aseguramiento, optamos por la estadística de la SESALUB. Los AS contenían información al respecto pero con formatos diferentes y con bases de datos SISBEN.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones presentamos los perfiles epidemiológicos municipales (Anexo 5) y de la provincia del Lengupá, los cuales se reconstruyeron a partir de los siguientes rubros:

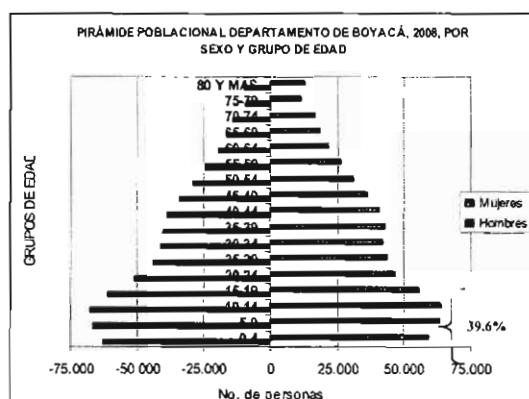
- a) Población (en la serie de años 2005-2008, por grupos etáreos y sexo, pirámide poblacional para el año 2008, población urbano/rural 2005-2008)
- b) Nacimientos atendidos institucionalmente en la serie de años 2005-2008 y tasa por 1,000 hab.
- c) Morbilidad general por causas. Retomamos las diez principales causas de enfermedad en sus valores absolutos y luego calculamos porcentajes, así mismo se hizo el ajuste de tasas por 1,000 habitantes para luego poder hacer la comparación entre los municipios. Es importante mencionar que la morbilidad general, agrupa los reportes de morbilidad en la consulta, en urgencias y en hospitalización y fueron consolidados a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) disponibles en las unidades de salud.
- d) Tasa de mortalidad general por 10,000 hab.
- e) Mortalidad general en la serie de años 2005-2008 por causas, valores absolutos y porcentajes así como tasa ajustada por 10,000 hab. para comparar los municipios.
- f) Mortalidad evitable en la serie de años 2005-2008: perinatal, infantil (por 1,000 NV) y materna (por 100,000 NV) con razones ajustadas según datos de nacidos vivos de los AS.
- g) Incidencia de eventos de interés en salud pública en la serie de años 2005-2008, se sacaron tasas por 1,000 habitantes para comparar los municipios.
- h) Coberturas de vacunación en la serie de años 2005-2008.
- i) Instituciones de salud y cobertura de aseguramiento al SGSSS.

5.3.2. Análisis situacional de la provincia del Lengupá

5.3.2.1. Aspectos demográficos de la provincia

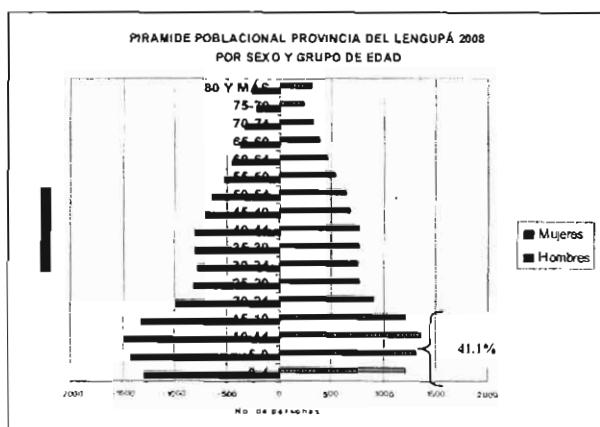
Para el año 2008, la población de la provincia del Lengupá constituía un 2% de la población total del departamento (1'263,281). Las pirámides poblacionales de la provincia y del departamento son muy parecidas, en las edades de 0 a 19 años se concentra para el caso del departamento un 39.6% del total de la población, y para el caso de la provincia un 41.1%; respecto a las personas en edades entre los 20 y los 54 años encontramos un 44% de la población total del departamento (Gráfico 7) y un 41.7% de la población de la provincia (ver gráfico 8 y cuadro 14).

Gráfico 7. Pirámide poblacional del departamento de Boyacá, por sexo y grupo de edad, 2008.



Fuente: Elaboración propia con base en datos DANE

Gráfico 8. Pirámide poblacional de la provincia del Lengupá, por sexo y grupo de edad, 2008.



Fuente: Elaboración propia con base en datos DANE

Cuadro 14. Población proyectada para la provincia del Lengupá, por grupos etáreos, 2008.

PROVINCIA LENGUPÁ 2008		
grupos etáreos	total	%
0	493	1,9
1	493	1,9
0-4	2.491	9,7
5-9	2.733	10,6
10-14	2.848	11,1
15-19	2.522	9,8
20-24	1.893	7,3
25-29	1.570	6,1
30-34	1.526	5,9
35-39	1.565	6,1
40-44	1.571	6,1
45-49	1.371	5,3
50-54	1.271	4,9
55-59	1.069	4,1
60-64	912	3,5
65-69	761	3,0
70-74	636	2,5
75-79	464	1,8
80 Y MÁS	565	2,2
total	25 768	100,0

Fuente: Elaboración propia con base a proyecciones de población DANE, 2008.

5.3.2.2. Estado del aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-

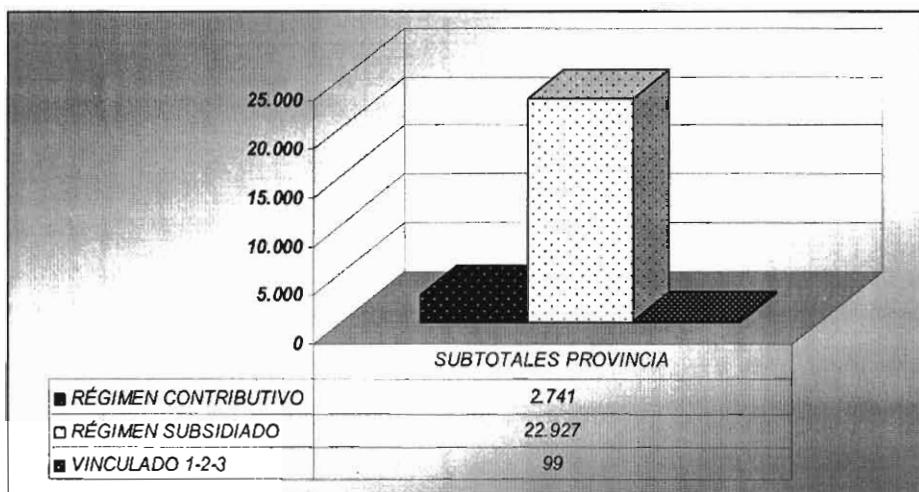
De los 25,768 habitantes de la provincia según las proyecciones del censo DANE para el año 2008, y de acuerdo a datos de aseguramiento de la SESALUB al inicio de enero de 2009, hay una cobertura de afiliación al régimen contributivo del 10.64% y al régimen subsidiado del 88.97%, además de un 0.38% sin vinculación y un porcentaje no contabilizado de personas a afiliadas a regímenes especiales. Adicionalmente aparece una columna de total de personas activas en la provincia dentro de todos los regímenes, con un 96.9% de cobertura (ver cuadro 15 y gráfico 9).

Cuadro 15. Porcentaje de Afiliación al SGSSS, 2009

MUNICIPIO	R. CONTRIBUTIVO		R. SUBSIDIADO		VINCULADOS		TOTAL ACTIVOS	
	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	TOTAL	REGÍMENES
								%
BERBEO	0,26	5	128,02	2458			2390	124,48
CAMPOHERMOSO	1,84	74	83,35	3345			3410	84,97
MIRAFLORES	24,95	2422	80,75	7838	0,62	60	9652	99,43
PAEZ	3,03	98	89,53	2899	1,20	39	3034	93,70
SAN EDUARDO	2,19	42	91,08	1745			1787	93,27
ZETAQUIRA	2,01	100	93,33	4642			4717	94,83
SUBTOTALES								
PROVINCIA	10,64	2741	88,97	22927	0,38	99	24990	96,98

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la dirección técnica de aseguramiento de la SESALUB, estadísticas a 31 de enero de 2009.

Gráfico 9. Porcentajes de afiliación según régimen, 2009.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la dirección técnica de aseguramiento de la SESALUB, estadísticas a 31 de enero de 2009

Respecto a las EPS del régimen contributivo presentes en la región encontramos 12, de las cuales la que tiene más números de afiliados es SALUDCOOP con un 72% del total de afiliados al régimen contributivo; en total se reportan 2740 personas afiliadas a este régimen.

En relación con las EPS que administran los recursos del régimen subsidiado (antes denominadas

ARS) hay tres que se encargan de la afiliación de las personas beneficiadas por los subsidios en salud a cargo del Estado. La que maneja el mayor número de afiliados es EMDIS con un 48%, le sigue COOSALUD con un 33.3% y finalmente CAPRECOM con un 18.4%.

Cuadro 16. Afiliados según EPS del Régimen Subsidiado, 2009

EPS	MUNICIPIO	AFILIADOS	%
CAPRECOM	BERBEO	669	
CAPRECOM	CAMPOHERMOSO	1.281	
CAPRECOM	MIRAFLORES	14	
CAPRECOM	PAEZ	852	
CAPRECOM	ZETAQUIRA	1.423	
subtotal		4.239	18,5
COOSALUD	BERBEO	1.789	
COOSALUD	CAMPOHERMOSO	2.064	
COOSALUD	PAEZ	2.047	
COOSALUD	SAN EDUARDO	1.745	
subtotal		7.645	33,3
EMDIS	MIRAFLORES	7.824	
EMDIS	ZETAQUIRA	3.219	
subtotal		11.043	48,2
TOTAL DE AFILIADOS A EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN LA PROVINCIA		22.927	100,0

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la dirección técnica de aseguramiento SESALUB, estadísticas a 31 de enero de 2009

Las EPS ya mencionadas hacen presencia en todo el departamento, EMDIS por ejemplo, ocupa el segundo lugar en números de afiliados y CAPRECOM el tercero a nivel de Boyacá (ver cuadro 17).

Cuadro 17. Número de afiliados departamento de Boyacá, EPS del Régimen Subsidiado, 2009

ARS	AFILIADOS
CAPRECOM	178.117
CAPRESOCA	878
COMFABOY	90.258
CONFAMILIAR HUILA	88.137

COMPARTA	193.529
CONDOR	13.200
COOSALUD	26.056
DUSAKAWI EPSI	3.358
ECOOPSOS	39.390
EMDIS	192.225
SALUD VIDA	14.742
SOLSALUD	16.153
TOTAL BOYACÁ	856.043

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la dirección técnica de aseguramiento SESALUB, estadísticas a 31 de enero de 2009

5.3.2.3. Nacimientos en instituciones de salud

Desde el año 2005, y en la mayor parte de municipios, se nota una disminución en el número de nacimientos, la tasa de nacimientos calculada a partir de la atención institucional del parto ha descendido. Para 2008 la mayor tasa la registra Miraflores con 26.4 x 1,000 habitantes (incluyendo los nacidos vivos reportados de otros municipios), seguido de San Eduardo con una tasa de 12.5; la menor la reporta Campohermoso con 1.4 por 1,000 hab. lo cual se explica por el gran número de remisiones para la atención del parto hacia Miraflores y los problemas para el registro de nacidos vivos en su zona de procedencia.

5.3.2.4. Morbilidad general

Esta región presenta un perfil patológico donde por un lado, se encuentran dentro de las principales causas de enfermedad los padecimientos transmisibles denominados infecciosos y parasitarios, dentro de los que encontramos las IRA's, EDA's y el poliparasitismo intestinal (PPI). Además llama la atención que en todos los municipios se reporte dentro de las 10 primeras causas de morbilidad las enfermedades relacionadas con los tejidos dentarios (caries, pulpitis, etc.).

Por otro lado, ha venido creciendo el número de casos por hipertensión arterial en la provincia, para el 2008 había un promedio de 278 casos por 1,000 habitantes. Sin embargo, vale la pena aclarar que lo que se reportan son los diagnósticos anuales de consulta según RIPS y en el caso de las personas con hipertensión, éstas suelen ir a control mensual para entrega de medicamentos, por lo cual los reportes de casos no necesariamente se corresponden con el número de enfermos por estas causas.

En el caso de los reportes de morbilidad del Hospital regional de Miraflores, llama la atención el

número de casos relacionados con problemas de los ojos y con cefaleas, para los primeros en el 2008 se reportó una tasa de 146 por 1,000 habitantes y para los segundos una tasa de 116 por 1,000 habitantes.

5.3.2.5. Mortalidad general

En la provincia para el 2008 se registró una tasa de mortalidad general de 43.05 por 10,000 habitantes. Dentro de las principales causas de mortalidad en los adultos mayores se ubican las relacionadas con el sistema cardiovascular y las enfermedades respiratorias.

Respecto a la mortalidad por causas evitables encontramos para el año 2008, en el caso de la mortalidad perinatal, un promedio de 11,6 muertes por 1,000 nacidos vivos. Es importante tener en cuenta que según datos del Instituto Nacional de Salud (INS), Boyacá se encontraba para el 2007 en el quinto lugar con 307 muertes perinatales, el 4.7% de las presentadas en el país (INS, 2008).

Para el caso de la mortalidad materna no se reportaron casos.

5.3.2.6. Eventos de interés en salud pública

Con la implementación del SIVIGILA en la región, se ha mejorado el reporte de casos nuevos de enfermedades consideradas como de interés en salud pública y que por lo tanto deben ser vigiladas. Dentro de los padecimientos más importantes encontramos las IRA's y las EDA's, para el 2008 se calculan tasas de 125,3 por 1,000 habitantes y 35,2 por 1,000 habitantes respectivamente. Otro de los eventos es la enfermedad de Chagas con una tasa de 3,84 por 1,000 habitantes.

Además se ha venido aumentando el reporte de casos de maltrato y abuso infantil, probablemente relacionado con la puesta en marcha de acciones de prevención de la violencia intrafamiliar dentro de los *Planes Operativos Anuales (POA's)*.

5.3.2.7. Recursos humanos

En cuanto a recursos humanos, en la mayor parte de municipios hay ausencia de personal de tiempo completo para el área psicológica, y aunque existe una plantilla de personal presente en las cabeceras municipales, hay ausencia de personal técnico (promotores de salud, auxiliares de enfermería, vacunadores, entre otros) y limitaciones de tiempo y de recursos del personal profesional para el desarrollo de trabajo extramural.

CUADRO 18. PERSONAL DE SALUD PROVINCIA DEL LENGUPÁ, BOYACÁ. 2008.

	No. De médicos	No. De enfermeras	No. De auxiliares de enfermería	No. De odontólogos	No. De habitantes 2008	Razón Médicos	Razón de enfermeras	Razón de auxiliares	Razón de odontólogos
Berbeo	1	1	2	1	1920	5,2	5,2	10,4	5,2
Campohermoso	2	1	3	1	4013	5,0	2,5	7,5	2,5
Miraflores	7	2	22	2	9707	7,2	2,1	22,7	2,1
Páez	2	1	3	1	3238	6,2	3,1	9,3	3,1
San Eduardo	1	1	1	1	1916	5,2	5,2	5,2	5,2
Zetaquira	2	1	3	2	4974	4,0	2,0	6,0	4,0

Fuente: Elaboración propia con base en Información de las guías de observación y datos de población DANE.

Como se muestra el cuadro anterior, la mayor razón de médicos por 10,000 habitantes se encuentra en el municipio de Miraflores (7.2) así como la de auxiliares de enfermería (22,7) en contraste con una de las menores razones de enfermeras por 10,000 habitantes (2.1).

La razón nacional de médicos es de 12.7 médicos x 10,000 hab., la de enfermeras de 6,1 por 10,000 hab., y la de odontólogos de 7,8 por 10,000 hab. (OPS, 2008).

5.3.2.8. Red de servicios de salud

Como ya se ha señalado en el marco referencial esta provincia cuenta con problemas en las vías de transporte, lo cual dificulta en primer lugar el acceso al I nivel de atención, y en segundo lugar, la referencia y contrarreferencia de pacientes a los servicios de II y III nivel de atención.

En los municipios no todos los centros de salud de primer nivel cuentan con los servicios auxiliares de diagnóstico, por ej. Laboratorios propios o servicios de Rayos X, ni con servicios auxiliares de tratamiento, que como en el caso del monitor fetal son importantes para el seguimiento de alteraciones del embarazo y para la atención institucional del parto.

En cuanto a la red prestadora de servicios en estos municipios, cinco de estos (Berbeo, Campohermoso, Páez, San Eduardo y Zetaquira) cuentan con servicios públicos del nivel I de atención a través de las *Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)* denominadas *Empresas Sociales del Estado (ESE'S)* y también conocidos como centros de salud, los cuales cuentan con servicio de medicina general, odontología, *transporte asistencial básico (TAB)* (servicio de ambulancia), vacunación, toma de laboratorios clínicos y en algunos, laboratorio clínico propio, enfermería, servicios extramurales y servicio de farmacia.

En el caso de Miraflores, siendo la capital de la provincia y el municipio que más población aloja, cuenta con mayor cantidad de IPS, además es el centro de referencia de pacientes al nivel II de atención. Las demandas de un nivel III de atención se resuelven con el traslado del paciente a la ciudad de Tunja a una distancia de 94 Km. Y a un tiempo de traslado desde Miraflores de aprox. de 4 horas. A continuación se esboza la oferta de servicios de la capital de la provincia del Lengupá:

Cuadro 19. Tipo de servicios de salud municipio de Miraflores, 2008

SERVICIO	MODALIDAD	GRADO O COMPLEJIDAD	NATURALEZA JURÍDICA	MUNICIPIO	TIPO DE IPS
ODONTOLOGÍA	Ambulatoria	Baja		MIRAFLORES	Profesional Independiente
ENFERMERÍA	Ambulatoria		Privada con ánimo de lucro	MIRAFLORES	IPS
RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOST.	Ambulatoria	Baja	Privada con ánimo de lucro	MIRAFLORES	IPS
VACUNACIÓN	Ambulatoria		Privada con ánimo de lucro	MIRAFLORES	IPS
TERAPIA RESPIRATORIA	Ambulatoria	Baja	Privada con ánimo de lucro	MIRAFLORES	IPS
PSICOLOGÍA	Ambulatoria	Baja	Privada con ánimo de lucro	MIRAFLORES	IPS
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Ambulatoria		Privada con ánimo de lucro	MIRAFLORES	IPS
MEDICINA GENERAL	Ambulatoria	Baja	Privada con ánimo de lucro	MIRAFLORES	IPS
FISIOTERAPIA	Ambulatoria	Baja	Privada con ánimo de lucro	MIRAFLORES	IPS
FONOAUDIOLOGÍA	Ambulatoria		Privada con ánimo de lucro	MIRAFLORES	IPS
ODONTOLOGÍA	Ambulatoria	Baja		MIRAFLORES	Profesional Independiente
ODONTOLOGÍA	Ambulatoria	Baja		MIRAFLORES	Profesional Independiente
SERVICIO DE URGENCIAS	Ambulatoria	Baja	Pública	MIRAFLORES	IPS
SERVICIO FARMACÉUTICO		Baja	Pública	MIRAFLORES	IPS
ORTOPEDIA	Ambulatoria	Media	Pública	MIRAFLORES	IPS
OTORRINOLARINGOLOGÍA	Ambulatoria	Media	Pública	MIRAFLORES	IPS
PEDIATRÍA	Ambulatoria	Media	Pública	MIRAFLORES	IPS
PSICOLOGÍA	Ambulatoria	Baja	Pública	MIRAFLORES	IPS
TERAPIA RESPIRATORIA	Ambulatoria	Baja	Pública	MIRAFLORES	IPS
TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA		Media	Pública	MIRAFLORES	IPS
SERVICIO EXTRAMURAL	Ambulatoria	Baja	Pública	MIRAFLORES	IPS
TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	Ambulatoria	Baja	Pública	MIRAFLORES	IPS

ENDOSCOPIA DIGESTIVA		Media	Pública	MIRAFLORES	IPS
LABORATORIO CLÍNICO		Media	Pública	MIRAFLORES	IPS
RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOST		Baja	Pública	MIRAFLORES	IPS
TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLÍNICO		Baja	Pública	MIRAFLORES	IPS
ODONTOLOGÍA	Ambulatoria	Baja	Pública	MIRAFLORES	IPS
VACUNACIÓN	Ambulatoria	Baja	Pública	MIRAFLORES	IPS
CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	Hospitalaria	Media	Pública	MIRAFLORES	IPS
OPTOMETRÍA	Ambulatoria	Baja	Pública	MIRAFLORES	IPS
GENERAL ADULTOS	Hospitalaria	Baja	Pública	MIRAFLORES	IPS
GENERAL PEDIÁTRICA	Hospitalaria	Baja	Pública	MIRAFLORES	IPS
OBSTETRICIA	Hospitalaria	Baja	Pública	MIRAFLORES	IPS
CIRUGÍA GENERAL	Hospitalaria	Media	Pública	MIRAFLORES	IPS
OFTALMOLOGÍA	Ambulatoria	Media	Pública	MIRAFLORES	IPS
CIRUGÍA ORTOPÉDICA	Hospitalaria	Media	Pública	MIRAFLORES	IPS
ANESTESIA	Ambulatoria	Media	Pública	MIRAFLORES	IPS
CIRUGÍA GENERAL	Ambulatoria	Media	Pública	MIRAFLORES	IPS
ENFERMERÍA	Ambulatoria	Baja	Pública	MIRAFLORES	IPS
FISIOTERAPIA	Ambulatoria	Baja	Pública	MIRAFLORES	IPS
GINECOBSTETRICIA	Ambulatoria	Media	Pública	MIRAFLORES	IPS
MEDICINA GENERAL	Ambulatoria	Baja	Pública	MIRAFLORES	IPS
MEDICINA INTERNA	Ambulatoria	Media	Pública	MIRAFLORES	IPS
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Ambulatoria	Baja	Pública	MIRAFLORES	IPS
CIRUGÍA GINECOLÓGICA	Hospitalaria	Media	Pública	MIRAFLORES	IPS
FISIOTERAPIA	Ambulatoria	Baja		MIRAFLORES	Profesional Independiente
ODONTOLOGÍA	Ambulatoria	Baja		MIRAFLORES	Profesional Independiente
ODONTOLOGÍA	Ambulatoria	Baja		MIRAFLORES	Profesional Independiente
OPTOMETRÍA	Ambulatoria	Baja		MIRAFLORES	Profesional Independiente
TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLÍNICO		Baja		MIRAFLORES	Profesional Independiente
LABORATORIO CLÍNICO		Baja		MIRAFLORES	Profesional Independiente
PSICOLOGÍA	Ambulatoria	Baja		MIRAFLORES	Profesional Independiente
PSICOLOGÍA	Ambulatoria			MIRAFLORES	Profesional Independiente

Fuente Sistema de información SESALUB.

Respecto a coberturas de vacunación, según el sistema de información del PAI 2008 y de acuerdo al ajuste de población según el censo de 2005 realizado por el DANE, para el 2008 la provincia reporta coberturas de vacunación para niños y niñas menores de 1 año del 85 al 88%, a excepción de la vacuna contra la tuberculosis (BCG) que se reporta en 58.6% cifra probablemente relacionada con la muy baja atención institucional del parto en los centros de salud nivel I dado que se remiten al Hospital regional de Miraflores nivel II y son vacunados allí, razón por la cual éste registra coberturas para BCG de 165%. Otro aspecto a resaltar es que los municipios con mayores porcentajes de cobertura, además de Miraflores, es Campohermoso el cual cuenta con una persona exclusiva para hacer vacunación extramural (Ver cuadro 13).

Otro aspecto a tener en cuenta es la comparación entre porcentajes de cobertura del nivel nacional, departamental, provincial y municipal; en todos los casos las coberturas provinciales no sobrepasan el 88% y son menores que el promedio nacional que está en 92%.

Cuadro 20. Coberturas de vacunación niveles municipal, provincial, departamental y nacional, 2008.

COBERTURAS DE VACUNACIÓN MUNICIPIOS DE LA PROVINCIA DEL LENGUPA 2008														
MUNICIPIO	Población menor de 1 año	% POLO	% VOP	DPT	% DPT	BCG	%BCG	HB	Hepatitis B	%	Población de 1 año	T.V.	% Triple Viral	
BERBEO	44	32	72,7	32	72,7	0	0,0	32	72,7	32	72,7	43	42	97,7
CAMPOHERMOSO	86	89	103,5	89	103,5	13	15,1	89	103,5	89	103,5	87	88	101,1
MRAFLORES	161	166	103,1	166	103,1	266	165,2	166	103,1	166	103,1	160	146	91,3
PAEZ	69	36	52,2	37	53,6	5	7,2	37	53,6	37	53,6	70	40	57,1
SAN EDUARDO	42	37	88,1	37	88,1	0	0,0	37	88,1	37	88,1	42	29	69,0
ZETAQUIRA	91	73	80,2	73	80,2	5	5,5	73	80,2	73	80,2	91	72	79,1
TOTAL PROVINCIA	493	433	87,8	434	88,0	289	58,6	434	88,0	434	88,0	493	417	85,0
DEPARTAMENTO BOYACÁ	23736	21299	89,7	21302	89,7	19963	84,1	21302	89,7	21302	89,7	24110	21017	87,2
CONSOLIDADO NACIONAL	857099	788916	92,0	790240	92,2	794039	92,6	790318	92,2	789253	92,1	855891	790507	92,4

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del programa MIPASOF y coberturas calculadas con base a estadísticas DANE 2008.

5.4. Las percepciones del personal de enfermería

5.4.1. Comentarios generales

De acuerdo a lo sustentado en los capítulo 1 y 2, se incorporó el rubro de las percepciones de los actores dentro de las PIPyP, pero debido al proceso de recorte del problema y a los alcances de esta investigación, sólo fue posible explorar las percepciones del personal de enfermería, a quien se identifica como actor, o mejor, como actrices principales dentro de la PyP.

Así que en el sentido de reconstruir las PIPyP no sólo desde el aspecto macro de la política y de las estructuras formales de la misma, se desarrolló la obtención y sistematización de interpretaciones que tenían las enfermeras sobre las prácticas, las cuales aportaron nuevos elementos para el análisis.

El procesamiento de la información obtenida en las seis entrevistas realizadas se detalla en el anexo metodológico (Anexo 4.3), sin embargo, es importante mencionar que previo al desarrollo de la entrevista, todas las enfermeras firmaron el consentimiento informado y manifestaron su voluntad de participar en la investigación, lo cual se evidenció en su colaboración antes y durante el proceso de trabajo de campo, por lo que antes de hablar de sus percepciones se hace mención a características generales observadas en el proceso:

E1: La enfermera de este municipio, fue una colega muy colaboradora y activa desde que la conocí cuando estuve en la región. Se mostró muy accesible a la entrevista y a brindar la información necesaria para la investigación.

E2: Pese a que la enfermera viene de una región muy diferente y de estar temporalmente en el municipio, se mostró muy comprometida con las acciones del centro de salud. El gerente facilitó la información e infraestructura para que desde este municipio se pudiera concretar los contactos con los otros centros de salud de la región y con la secretaría de salud de Boyacá.

E3: La enfermera de este municipio tiene una visión muy completa de la organización administrativa de la parte de PyP así como del contexto municipal, fue también muy accesible para el desarrollo de la entrevista y para brindar información sobre el perfil epidemiológico del municipio. Es reconocida en la región.

E4: La colega lleva casi de un año en la región, junto con el gerente del centro de salud se mostraron muy colaboradores para el proceso de entrevista, se estuvo comentando las limitaciones respecto al papel de los intermediarios en los POS y en este sentido los límites para la PyP.

E5: Colega de la Universidad Nacional, estuvo en la línea de promoción de la salud y prevención de la enfermedad lo cual le da una visión amplia respecto a la intervención de enfermería. Una de las dificultades para la entrevista fue el poco tiempo de estancia de ella en este municipio, aunque junto con el gerente tuvieron un ánimo de colaboración.

E6: No fue fácil contar con un espacio y tiempo para hablar de estos temas con la enfermera

pues son muchas sus responsabilidades. También era una colega con la que nos habíamos encontrado en el 2006. Considero que de las personas entrevistadas fue una de las que más se identificó con en el tema de la salud colectiva y la necesidad de ver la PyP desde el punto de vista de las condiciones de vida.

5.4.2. Análisis de las entrevistas

A continuación presentamos los resultados del análisis de acuerdo a los agrupamientos definidos como códigos y familias; se utilizó como nomenclatura para identificar a la enfermera entrevistada la letra E y un número de 1 a 6, a su vez se utilizó la I para identificar a la entrevistadora.

Códigos:

1. La experiencia laboral.

Las seis enfermeras entrevistadas comentaron tener un nivel de experiencia y/o contacto laboral con programas y acciones denominadas de PyP.

Sobre el tiempo de estancia en los municipios donde actualmente laboran tenemos:

Cuadro 21. Tiempo de estancia en los municipios, a mayo de 2009

ENFERMERA	TIEMPO DE ESTANCIA EN EL MUNICIPIO EN MESES (a mayo de 2009)
E1	7
E2	2,5
E3	28
E4	12
E5	2
E6	28

Fuente: Elaboración propia con base en transcripciones de entrevistas al personal de enfermería

Las enfermeras que más tiempo llevan en la región nos hablan de su experiencia laboral en el tema de PyP:

E3: "...a partir del 2001 estoy vinculada con diferentes instituciones de salud exactamente con la parte de promoción y prevención, he hecho gerencia en un par de ESE's pero nunca me he desligado de la parte de promoción y prevención, siempre he estado al frente de eso..."

E6: "...mi primera experiencia laboral entonces fue en un municipio de Boyacá...manejaba una unidad de primer nivel , una institución , una ESE de primer nivel, donde me hacia cargo de la parte, de todo lo de promoción y prevención ...hace 2 años y 4 meses...me dedico también a la parte de promoción y prevención y también algunas oportunidades pues tengo que trabajar en la parte clínica y/o hospitalaria, sin embargo, la mayoría de mi tiempo lo dedico a todo lo que tiene que

Dichas experiencias previas fueron referenciadas como marcos de comparación a la experiencia actual cuando se abordaron temas como el de las *prácticas* en escenarios rurales, y lo relacionado con la el vínculo de la población con dichas prácticas.

2. La formación académica.

Se identificaron las instituciones en que se formaron disciplinariamente las entrevistadas, los énfasis clínico y/o comunitario en el pregrado y los temas de tesis, para valorar de este modo el contacto académico previo con temas de promoción de la salud y de prevención de enfermedad.

Cuadro 22. Formación académica del personal de enfermería

ENFERMERA	UNIVERSIDAD	FECHA APROX. DE GRADUACIÓN
E1	Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC)	2004
E2	Universidad Tecnológica del Chocó (UTCH)	2006
E3	Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC)	1998
E4	Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC)	2008
E5	Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá (UN)	2009
E6	Universidad de Cundinamarca -Sede Girardot, C/marca-	2006

Fuente: Elaboración propia con base en transcripciones de entrevistas al personal de enfermería

Respecto a las universidades de egreso tenemos que todas son de carácter público. Tres de las entrevistadas egresaron de la universidad pública del departamento de Boyacá: la UPTC. En el momento en que egresaron las enfermeras, la U. de Cundinamarca era la única donde el plan de estudios tenía duración de 5 años, en el resto era de 4.

En especial la carrera de enfermería de la UN y la UPTC son reconocidas por su énfasis en los temas sociales y especialmente por el enfoque denominado comunitario:

E3: "...la UPTC tiene un enfoque comunitario neto, nosotros desde primer...o sea toda, toda la carrera tiene parte comunitaria como base fundamental, entonces nosotros desde primer semestre estamos rotando por los puestos de salud de Tunja, por los municipios cercanos a Tunja y siempre nos enfocamos en PyP."

Además de que todas las instituciones nombradas incluyen dentro de sus planes de estudio asignaturas teórico-prácticas en temas de salud comunitaria, de salud pública y en el caso de la UN la línea de profundización de promoción de la salud y prevención de la enfermedad:

E5: "...me gradué este año...yo hice la línea de profundización de prevención de la enfermedad y promoción de la salud".

En relación a los temas de tesis se enunciaron dos de medicina alternativa (el poder curativo de las plantas y la musicoterapia), dos relacionadas con perfiles en comunidades de municipios de Boyacá (nutricional y epidemiológico) y una propuesta en el tema de salud sexual y reproductiva.

3. El perfil epidemiológico.

Al indagar sobre cuáles identificaban como principales problemas de salud de su municipio encontramos:

Cuadro 23. Principales problemas de salud identificados por el personal de enfermería

ENFERMERA	PRINCIPALES ENFERMEDADES EN LOS MUNICIPIOS
E1	IRA'S y EDA'S, y enfermedades crónicas
E2	Enfermedad de Chagas, problemas de salud mental, SPA, CA de seno, accidentes ofídicos
E3	VIF y SPA
E4	IRA'S y EDA'S, y malnutrición
E5	IRA'S Y EDA'S
E6	IRA'S y EDA'S, y enfermedades crónicas (hipertensión y diabetes) y enfermedad de Chagas

Fuente: Elaboración propia con base en transcripciones de entrevistas al personal de enfermería

Como podemos ver, las enfermeras identificaron como principales problemas de salud de sus municipios: las *IRA's*, las *EDA's*, y la malnutrición, aunque las asocian más con la población infantil.

En algunos municipios se resalta como problema regional la enfermedad de Chagas, así como el problema del consumo de sustancias psicoactivas (*SPA*) y asuntos relacionados con la salud mental y la *violencia intrafamiliar (VIF)*:

I: "y hablando un poquito más acerca de salud, o sea bueno de salud y enfermedad, de las, los principales problemas de salud, en general, hablando en general ¿cuáles han identificado?

E3: más que en la parte de patologías, hemos identificado muchísimo violencia intrafamiliar, y abuso sexual, abuso sexual que está como inmerso en la cultura, hay mucho incesto, y en si, en si, violencia intrafamiliar arraigada a que "a mí me criaron a palo, entonces a palo los crió" y bueno pues todo eso, mucho desconocimiento de la norma...ya la gente está denunciando, eso, y otra cosa es el consumo de sustancias psicoactivas llámese cigarrillo, incluimos el "guarapismo"¹⁹ y sustancias alucinógenas que es como un punto álgido acá..."

4. El contexto de las PIPyP.

Es importante mencionar que hubo, por un lado, dificultades para formular la pregunta en términos comprensibles para las enfermeras, y por otro lado, se dificultaron las opiniones en este tema tal vez porque no es usual el establecimiento de las relaciones o determinaciones del proceso salud-enfermedad en los contextos específicos.

Sin embargo, se identifican como aspectos relevantes del contexto de los municipios, la percepción de las comunidades frente al cuidado de la salud y el tema de la migración de la población joven y adulta. Además se reconoce que estos municipios son pequeños y cada vez hay menos población.

Otros aspectos son los relacionados con las vías de acceso y distancias geográficas:

E4: "...no más lo geográfico, la gente a veces le queda difícil para desplazarse, les queda lejos, vienen tarde sí, y a mí me consta yo he salido por allá a unas veredas terribles, que uno piensa como salen ellos de por acá si es muy lejos, es lejísimos, y además que acá así como que uno diga que hay así un sitio que bueno por ejemplo como en otros sitios que la minería o que la producción de leche o que si...acá pues alguna actividad como específica como tal que hay no, yo pienso que por eso la gente se va del municipio porque no ve en qué trabajar."

y con la falta de acceso a educación técnica y superior,

E5: "...me llama la atención un poco entre comillas como la falta de educación que hay por parte del pueblo como tal si, pues igual hay colegio y todo pero como tal es más la parte o sea son más que todo población que pertenece a veredas, al área rural, y por ejemplo si tu ves los profesionales que hay, que hay acá no son propios del pueblo o sea no son profesionales de aquí sino son de otras partes si, los veterinarios, los profesores, los profesionales médicos, enfermera, casi siempre son de otros lados o de otros municipios, los que son de aquí de los municipios son los que están como fijos si, y por ejemplo acá algunos auxiliares o en la alcaldía, pero como tal eso, de resto pues es más que todo el área rural ¿qué más me llama la atención? Eso, entonces también por esa misma parte pues hay obviamente desconocimiento en muchas cosas digamos que como tal atañen a la parte de salud, desconocimiento y a veces pues un poco de desinterés..."

¹⁹ Guarapismo se le denomina al consumo de una bebida alcohólica tradicional muy usada principalmente por la población de zonas rurales: el Guarapo, es hecha a partir de la fermentación del maíz y batido con miel de caña.

5. Definiciones e ideas frente a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.

Al momento de indagar sobre las ideas y opiniones que surgían alrededor de estos dos rubros, encontramos cierta dificultad para definir la relación y/o diferencias entre éstas, en parte lo atribuimos a que como lo exponemos en el marco referencial son temas que se esbozan como uno sólo a la hora de los "paquetes o acciones" denominados de PyP.

En términos generales encontramos:

Cuadro 24. Ideas sobre la PyP

RESUMEN		
ENFERMERA	IDEAS SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD	IDEAS SOBRE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
E1	Que la gente cuide su salud, son hábitos, actitudes, estilos de vida, preservar un buen estado de salud.	Actividades para mitigar factores de riesgo
E2	Acciones a favor de la salud, antes de que presente una patología, educación e información sobre enfermedades.	Medidas para mejorar, estabilizar o dar bienestar cuando ya está la enfermedad.
E3	Sensibilización, mantener la salud, divulgación hacia una vida saludable.	Actividades específicas para determinadas patologías, para diagnosticar a tiempo.
E4	Educación, acciones para evitar que sucedan ciertas cosas.	Prevenir situaciones, pero la promoción y la prevención están ligadas.
E5	Incentivar, crear esa conciencia e incentivar a los que tienen algo que, que les guste la promoción e incentivarlo aun más.	Disminuir las necesidades de la comunidad
E6	Educación al paciente y a la comunidad, brindar conocimiento a la gente sobre los derechos y los deberes.	Es una palabra muy amplia, no sólo lo que dice la norma. Hay prevención primaria, secundaria y terciaria.

Fuente: Elaboración propia con base en transcripciones de entrevistas al personal de enfermería

En el tema de promoción de la salud encontramos que la opinión más estructurada fue de la enfermera que se cuestiona desde donde se define la salud y la enfermedad:

E6: "...primero que todo tenemos que ver que es realmente el concepto de salud, y también el concepto, reevaluarnos el concepto de enfermedad, porque es que eso debemos hacerlo incluso no solamente en el área de quienes manejamos salud sino a nivel de todo, de toda la población... ¿Cómo manejamos nosotros estos conceptos de promoción y de prevención? La promoción yo E6 cómo la manejo? La manejo de...cuando yo hablo de promoción de la salud manejo el

hecho de poder sentarse con mi paciente y decirle orga mejore tales y tales cosas porque o sea en esa área de la promoción pienso más en la educación que yo lo pueda brindar a mi paciente o a mi comunidad si, eso es básicamente, para mi promoción es educación, educar porque a veces por falta de educar no hay conocimiento y si no hay conocimiento pues yo simplemente sigo haciendo lo que me hace daño y no conozco de que me hace daño, entonces promoción para mí, promoción de la salud es conocimiento, brindarte conocimiento a la gente sobre los derechos y los deberes que tiene con respecto a salud, hay mucha gente que no tiene salud porque no conoce sus derechos, brindarte conocimiento eso es básicamente para mí la promoción dentro de aquí de mi municipio ... eso es, brindar conocimiento, un pueblo ignorante es un pueblo que se deja de todo..."

De las demás opiniones llama la atención que las ideas se centraron en actividades relacionadas con temas de educación, sensibilización y divulgación desde la institución de salud y específicamente a cargo de la enfermera:

E3: "... las cosas y los conceptos que yo les doy para mantener la salud, o sea para que no vayamos a caer en la enfermedad, eso en cuanto a la promoción, la divulgación de todas las actividades y cosas. ...si entonces la promoción es más la divulgación que yo hago hacia una vida saludable".

E4: "...pues es que para mí promoción es como educación, como hacer algo, como hacer algo en pro para evitar que sucedan ciertas cosas".

E5: "...en cuanto a promoción si, ahí si toca incentivar, incentivar y crear digámoslo así muchas, muchas cosas, ... entonces toca como crear esa conciencia e incentivar a los que tienen algo que, que les guste la promoción e incentivarlo aun más, eso en cuanto a promoción de la salud".

Y que se enfatiza una visión de que hacer promoción de la salud es dar información y/o conocimientos para preservar o mantener la salud:

E1: "...pues la promoción es todas las actividades que nosotros hacemos para venderle a la gente la idea, la imagen de que deben cuidar su salud, todos los hábitos, todas las actitudes, los estilos de vida, todas esas acciones y todas esas actividades que se deben realizar para preservar un buen estado de salud."

En relación a prevención de la enfermedad, hay opiniones divergentes:

E1: "...y la prevención pues es todas aquellas actividades que ayudan a mitigar esos factores de riesgo que tanto tengamos."

E2: prevención de la enfermedad es cuando ya tiene la enfermedad, son las medidas encaminadas a mejorar, a estabilizar o a procurar un bienestar dentro de lo que hay

I: "...¿ya después de detectada esta enfermedad?

E2: sí una vez ya detectada."

E4: ¿o era al revés? Pues es que yo, es que esas dos cosas están muy relacionadas, muy relacionadas, si yo creo que si hago promoción también estoy haciendo como prevención, si yo hago educación en tal cosa con esa educación estoy tratando como de prevenir, si yo hago educación en planificación familiar con eso estoy tratando de prevenir embarazos no deseados, entonces a mi me parece que estando ahí, pues que están...que están ligadas

Otras opiniones se centran en algún elemento específico de la prevención, veamos:

E3: "... Y ya en cuanto a la prevención de la enfermedad, entonces son todas las actividades específicas que nosotros para determinadas patologías, por ejemplo, la vacunación para prevenir las enfermedades que ya están establecidas que son inmunoprevenibles, las citologías para que todos los... el cáncer cervicouterino y todas sus cosas anexas que se puedan identificar con eso... y la prevención son ya más las actividades que yo le enfoco a la población para diagnosticar a tiempo las enfermedades."

E6: "...y prevención pues, es que prevención es una palabra tan grande, lo que pasa es que nosotros desde el mismo gobierno tenemos una pequeña partecita de prevención y creemos que con la vía de la resolución 0412 tenemos todo promoción y estamos mejor dicho creemos que esa es la Biblia de la promoción, de la prevención perdón, pero realmente eso no es así, prevención como tú sabes y sabemos todos hay una que es la prevención primaria, la secundaria, la terciaria incluso hay personas que dicen que va sólo hasta la secundaria,"

6. La normatividad y lineamientos en PyP.

En este código se agruparon lo que las enfermeras identificaron como las leyes, decretos, resoluciones que norman lo relacionado con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en Colombia.

Cuadro 25. Normatividad y lineamientos de la PyP.

ENFERMERA	NORMATIVIDAD
E1	Resolución 412 de 2000, decreto 3518 de 2006 de vigilancia en salud pública –VSP–.
E2	Resolución 412 de 2000.
E3	En cuanto a lo asistencial la resolución 412 de 2000, resolución 4003 de 2008 de inclusiones para pacientes con hipertensión arterial y DDMM Tipo II. En cuanto a secretaría de salud está el PST y la parte de VSP.
E4	La resolución 412 de 2000
E5	La ley 100 de 1993, la resolución 3039, la resolución 412 de 2000
E6	La resolución 0412 de 2000

Fuente: Elaboración propia con base en transcripciones de entrevistas al personal de enfermería

Es significativo que al indagar sobre las normas en las que se basan para el desarrollo de las acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, todas coincidan en enunciar como la norma principal la resolución 412 de 2000, esto marca un derrotero en cuanto a la forma como en Colombia se comprende y se acciona en este campo pues como ya hemos visto la 412 se centra en protocolizar (a partir de normas técnicas y guías de atención) la parte asistencial de detección temprana y de protección específica dentro del paquete del POS.

Así, la enfermera -que al mismo tiempo gerencia el centro de salud en su municipio- es la única que nombra el PST, que se supone es la concreción del PNSP y de las líneas de política, entre ellas la de promoción de la salud y calidad de vida y la de prevención de riesgos en materia de intervenciones colectivas:

E3: "bueno, en si, en si la norma rectora para todo lo de promoción y prevención en cuanto a lo asistencial es la 412 y pues todos sus reglamentarios incluida la 4003 de octubre del 2008 que incluye algunas actividades para pacientes con hipertensión arterial y diabetes tipo II pues diagnosticadas, para prevenir la parte renal, ese en cuanto a lo asistencial; en cuanto a secretaría de salud-gobernación de Boyacá, entonces tenemos aterrizados el Plan de Salud Territorial para cada, en cada uno de sus ejes programáticos, tenemos la parte de vigilancia en salud pública que Boyacá la maneja pues con mucha rigurosidad..."

7. El plan obligatorio de salud subsidiado (POS-S).

Teniendo en cuenta que dentro de la normatividad existen actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que contempla de manera obligatoria el POS, agrupamos en este código la mención a programas y/o actividades de PyP del POS, en este caso del POS-subsidiado. Así como las responsabilidades explícitas en la ejecución de dichas actividades tanto por parte del personal de salud de las ESE's como de las EPS del régimen subsidiado presentes en la región.

De los elementos referenciados por las enfermeras en cuanto al desarrollo del componente de PyP, principalmente tres nos llaman la atención.

El primero es lo concerniente al funcionamiento de algunos de los programas como en el caso de planificación familiar, en el cual por lo menos en dos de los municipios se plantea que ha habido problemas para contar con los suministros adecuados para la planificación y negativas de las EPS de brindar métodos que ya están contemplados en la legislación:

I."... entonces podría uno decir que en el caso específico de lo de planificación familiar a la hora de la ejecución de lo que es la parte de PyP de lo que está contemplado dentro del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado el POS-S ...¿se identifica un problema frente a las ARS?

E2: si lo mismo los condones, inclusive a una usuaria con un sin número de características no se le pueden dar sino cierta cantidad de condones, pero si la usuaria no aplica para otros métodos, y es la pregunta que me hago ¿por qué no

planifica con condón? Que no, no se puede para planificación como tal sino en un momento determinado de acuerdo a una nueva legislación que nos dieron los usuarios de CAPRECOM y de COOSALUD, o sea cada día hay más barreras para lo que tiene que ver con un derecho en salud sexual y reproductiva..."

E6. "...muchas veces las EPS no quieren responder pero entonces por medio también de la resolución, es la base legal que tenemos nosotros para tratar de que se lleven las cosas como, pues como se debe hacer,

... por ejemplo EMDIS que es la principal EPS que tenemos nosotros contratada una vez incluso, recién paso eso. tenía preciso una paciente que consultó conmigo porque la última opción fue el DIU y no lo toleró, ...y entonces la opción fue bueno entonces planifiquemos con el implante...la mandé y la devolvieron que porque eso no, que ellos no sabían de eso, rarísimo que una EPS que maneja dos departamentos no sepa acerca de la normatividad..."

Lo segundo, es el tema de las metas, en donde todas las enfermeras coinciden en que las metas que colocan las EPS son muy altas pues no cuentan con bases de datos actualizadas, sin embargo, las opiniones frente al impacto de las metas es diferenciada:

I: "...y hablando un poquito más acerca de lo que nos lleva antes de las metas...¿si eso se convierte en un mecanismo como de presión también al personal de salud para poder hacer las actividades?

E3: si es un mecanismo de presión pero que resulta hasta práctico... hay algo que es muy jocoso y que de pronto ellos lo tienen muy claro que ya, ahí va una meta, una meta andando pero de pronto al obligarlos, al presionarlos, ellos dejan el campo del tratamiento y la rehabilitación un poquito al lado y ven como la dimensión de la parte de promoción y prevención, entonces si las metas los obligan pero también los meten en el cuento de mantener ahí..."

E4. "...Las metas que nos piden CAPRECOM y COOSALUD pasa cosas similares, no sé ellos de donde tienen esa población pero pasan cosas similares, de pronto aquí, ellos creen que se guían como por base de datos del municipio pero es que el municipio creo que la base de datos no está ajustada entonces también hay mucha gente que no está en el municipio, que se fueron, que no sé de pronto se han retirado y que no sé porque están todavía hay en base de datos o no han pasado papeles no se, y allá nos piden metas altas, y las metas no se alcanzan a cumplir, no se alcanzan a cumplir..."

Y el tercero, y relacionado con el anterior es el tema de los informes y de los pagos por parte de las EPS, donde la mayoría de las enfermeras detectan problemas a la hora del pago oportuno a las ESE's y sobrecarga en sus responsabilidades pues no sólo deben cumplir con las metas de PyP de enfermería y velar porque medicina y odontología las cumplan, sino además debe encargarse de la elaboración de todos los informes tanto para la secretaría de salud como para las EPS, así como de velar porque éstas cumplan con los servicios que hacen parte del POS-S.

8. El plan de salud territorial (PST)

Aunque el PST se implementó a partir del 2008, existe como antecedente el PAB el cual fue reglamentado desde 1996 y tuvo vigencia hasta el 2007 a través de los Planes Operativos Anuales (POA's).

Por lo anterior se incluyeron, por un lado, las opiniones explícitas de las enfermeras frente al cambio de PAB a PST, y por otro lado, los aspectos relacionados con los programas y actividades que hacen parte del PST en su componente de plan de intervenciones colectivas.

Sobre el cambio de PAB a PST, la mayor parte dice que las actividades siguen siendo las mismas o muy similares, en realidad los subproyectos son los mismos (AIEPI, SSR, Salud Oral, Salud Mental, Enf. Crónicas, nutrición, entre otros), tal vez, el punto de diferencia que ubican es que el *plan de intervenciones colectivas (PIC)* del PST –también desarrollado a partir de POA's- se integró al plan de desarrollo de cada período de gobierno municipal:

I: "...y a partir de la reforma que hubo hace poco, la legislación que incluyó un plan nacional de salud pública ¿ha habido algún cambio respecto a la ejecución de los programas de PyP o ha notado algún cambio?

E2: en el momento no ha habido ningún cambio ni hemos tenido esa actualización como tal respecto, no, como tal como tal no...se da por hecho pero no está tanto, los parámetros tan determinados así no."

I: "...una duda como muy puntual acerca de eso, entre el cambio que hubo de PAB plan de atención básica, o sea bueno la norma de plan nacional de salud pública dice que hubo un cambio porque integró algunas acciones que estaban como las del POS subsidiado, las del POS contributivo pero que lo que hizo fue integrarlos ¿sumercé ha visto algún cambio en términos de ejecución?

E3: lo que pasa es que las integró o sea por ejemplo ellos manejaban aseguramiento, lo llamaban régimen subsidiado, y eso se llama el eje de aseguramiento...el plan de salud territorial maneja 6 ejes que son... aseguramiento, plan de intervenciones colectivas, emergencias y desastres, riesgos profesionales y prestación de servicios de salud, son esos 6 ejes, pero entonces cada alcalde tiene la potestad de mirar cuales aplica, entonces aseguramiento aplica para todo el mundo ¿por qué? Porque este maneja recursos del régimen subsidiado; POA-PIC el plan de intervenciones colectivas también lo maneja todo el mundo porque es lo que se asemeja a lo que antes era el PAB..."

I: "¿has notado algún cambio respecto a lo que era PAB y lo que ahora es el Plan de Salud Territorial?

E5: pues digamos que lo que veo que cambia es el...ahora veo que todo está, o sea que como que todo está inmerso dentro de las actividades del plan territorial y el plan territorial pues por ejemplo antes era aparte también y ahora está inmerso dentro de las actividades del alcalde..."

I: ¿y respecto a las actividades?

E5: las actividades como tal prácticamente son las mismas."

E6 "...plan de salud territorial, que al 2008 se cambió el Plan de Atención Básica 2007 por el PST que empezó a partir del 2008

I: ¿sumercé notó un cambio ahí, en la práctica?

E6: no, eso es lo mismo con diferente nombre si, porque es la misma vaina si, y lo mismo la gente todavía se anda preocupando es por las metas no por qué consiguió usted con eso, a nosotros nos evalúan no por el impacto que tengan las actividades que nosotros hacemos en nuestra comunidad sino por las metas, si por lo números, por las firmas que hayan hecho en la charla, eso es lo que les importa a mi parecer."

Las actividades siguen siendo en su mayoría contratadas con las ESE's o con profesionales independientes, como en el caso del componente de salud mental.

Por otro lado, una de las enfermeras diferenció los planes en cuanto al aspecto presupuestal, en que en el PAB glosaban las actividades y en el PIC glosaban el proyecto entero si no se ejecutaba alguna de las actividades planteadas, aludiendo a que el cumplimiento de metas ahora es más estricto pero que no garantiza un mejoramiento de la calidad o del impacto de las intervenciones:

E4: "...lo que pasa es que cuando estuvimos haciendo práctica de comunitaria si manejaban PAB y sé que lo que hacían era actividades y de esas actividades a cada una le daban valores, a cada una le daban un valor específico, tantas charlas educativas cada una supongamos 50.000 pesos, tantos talleres cada uno 100.000 se le daba a cada uno, y lo que he visto...pero en si las actividades cuáles eran no sabría decirle a diferencia de las de ahora, lo que veo de ahora es que es por proyectos, entonces que si usted de no cumplió con las 20 actividades que trae este proyecto pues le glosan todo lo del proyecto."

Como ya ha sido mencionado los programas y las actividades son en su mayoría las mismas que contemplaba el PAB, aunque llama la atención que se fortalece el subproyecto de salud mental, al que incluso los municipios dedican uno de los mayores porcentajes del presupuesto junto con el de SSR. Se encuentran así dentro del PIC los subproyectos de salud mental, SSR, salud infantil, nutrición, enfermedades crónicas, salud oral y un rubro de gestión del PIC.

Las enfermeras entonces hablan de los programas del PST, e incluso se refieren a algunas críticas en la parte de formulación, presupuesto, ejecución y evaluación:

E2: "... el plan de salud territorial en su totalidad tiene un monto de 18 millones de pesos (anuales), lo cual por decir salud sexual y reproductiva el rubro son alrededor de los 6 millones y algo, todo lo que tiene que ver con AIEPI y ese tipo de cosas tienen un rubro de 5 millones, salud oral el rubro es aproximadamente de 2 millones y algo, o sea que son cifras, para lo que hay que hacer, es realmente poco considerando las necesidades y si se quiere impactar o no dentro de la población

I: ese rubro de 18 millones ¿es anual?

E2: es anual..(pero se desarrolla) prácticamente en 5 meses."

E3: "... de pronto es que en ocasiones el PST lo planea una persona que no tiene nada que ver con salud y esa si es como una falla que tuvo el PST del año pasado, que capacitaron fue a los ingenieros de planeación para hacer el PST pero ellos no tenían ni idea de que hacer con salud, entonces lo que hicieron fue dejar las mismas que venían del nivel nacional, pero ya para este año ellos dijeron que lo haga alguien mire a ver la alcaldía quien, pero resultaron las empresas sociales del estado haciendo el PST..."

E4 "...(la enfermera) le decía que porque no o sea le aumentábamos más a una cosa y le bajábamos a otra y que no se podía, entonces yo pienso que eso es más de arriba que de acá..."

E6: "...por ejemplo con los hipertensos, o con los diabéticos si, hay muchos programas o sea si tu por ejemplo ves plan territorial habla de que hay crónicas si, pero a veces nos preocupamos más por crónicos entonces nos preocupamos más es por llenar las firmas de la charla para comprobar y sustentar el pago, pa que nos paguen, pero no porque realmente estemos haciendo algo con ellos si, entonces es cuando se vienen todas las dificultades, los problemas renales, entonces la diálisis, con todo eso de los crónicos y entonces eso significa más plata y eso es lo que realmente le está preocupando al estado incluso.

I: y una pregunta hablando de las actividades ¿en el plan de salud territorial por ejemplo hubo alguna participación de ustedes en la formulación de todo eso?

E6: no, eso es otra cosa aquí irónicamente le piden a uno, bueno yo no sé si es que de pronto todos los municipios de Boyacá nos parecemos o yo no sé, pero incluso por ejemplo X ha peleado mucho por eso ...lo que es prevención, estamos haciendo prevención muy tarde, ¿por qué? Porque entonces allá nos fijamos es en hacer cosas que no necesitamos si, así de sencillo, cosas que no necesitamos."

9. Relación entre la formulación de la política en materia de PyP y la realidad local.

Algunos apartados en las entrevistas permiten identificar casos de relaciones de correspondencia:

I: "... ¿y sumercé de esa normatividad general ha identificado algún problema o algunos problemas para la aplicación acá en el municipio?

E1: no, no, en realidad no... si se adapta a la situación del municipio."

Pero también se identifican problemas en la relación: *formulación de la PyP-realidad local*, los cuales resumimos a continuación:

Cuadro 26. Problemas en la relación formulación de programas y actividades de PyP con las realidades locales

ENFERMERA	PROBLEMAS EN LA RELACIÓN FORMULACIÓN/REALIDAD Y NECESIDADES LOCALES
E1	Antes se encontraba que las actividades formuladas luego no tenían continuidad y seguimiento, se realizaban y ya.
E2	Para la aplicación de los programas de la resolución 412 el principal obstáculo es la falta de infraestructura (laboratorios) en el municipio y el proceso de referencia y contrarreferencia. Además de la falta de insumos para los programas como en el caso de Planificación Familiar
E3	Hay un problema con la población real y la que fluctúa, lo cual hace que las metas no correspondan. Además hay falta de una política, continuidad y sistematización para algunos programas como en el caso de crónicas.
E4	Hay programas que no son prioritarios respecto a las necesidades de salud de la población, como por ejemplo, lo de instituciones libres de humo y lo de actividad física.

	Se cumplen por obligación.
E5	Hay carencias para el cumplimiento de la resolución 412 (excepto con las maternas). Hay actividades que no son prioritarias para las necesidades de salud de la población como por ejemplo lo de VIH.
E6	En la realidad el cumplir una meta es lo que más preocupa a muchas de las instituciones.

Fuente: Elaboración propia con base en transcripciones de entrevistas al personal de enfermería

Una de las enfermeras, reconoce que de lo formulado a lo que se ejecuta, en las realidades locales hay un proceso de adaptación de los programas, incluso ellas mismas encaminan o modifican algunas de las actividades:

E2: "...lo que tiene ver autoexamen de seno, lo que tiene que ver con citología, lo que tiene que ver con joven sano, lo que tiene que ver con los programas de crecimiento y desarrollo, detección de la agudeza visual todo este tipo de cosas se pueden hacer, afortunadamente el municipio cuenta con un sin número de ayudas para los menores, para las personas adultas. que uno las puede encaminar hacia ese tipo de subsidios."

E4: "...lo que pasa es que en la realidad a veces la gente no colabora mucho o sea si yo le fuera a usted honesta uno hay veces cumple por hacer las cosas porque uno sabe que eso implica esto."

E5: "...y hay otras cosas que sí por ejemplo, que ya también en la parte, en la parte mas que todo del joven como en planificación que tiene ver con la parte sexual y reproductiva, entonces por ejemplo yo lo que hago es encaminar lo que mandan también de VIH encaminarlo con la parte sexual y reproductiva para darlo en forma de prevención, mas que..."

10. Las PIPyP en el medio rural.

Para profundizar un poco más en el contexto rural y complementario a lo ya abordado en el código de formulación de la PyP y relación con la realidad local, organizamos a continuación lo que el personal de enfermería identifica como diferencias del medio rural respecto al urbano, y que son importantes en el desarrollo de las PIPyP:

E5: "...no es lo mismo, no es lo mismo y yo diría pues primero, por la cultura o sea la cultura cambia muchísimo ... obviamente cambia la cultura, cambia el nivel educativo, cambia la percepción obviamente de la gente ante la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, cambian hasta los recursos, cambia en la forma en que se debe digamos hacer las cosas para o sea la forma por ejemplo de buscar los recursos la forma de hacer las cosas si, o sea siente uno por ejemplo que...o si yo voy a comparar con la práctica que tuve digamos era mucho más fácil, todo estaba como más... en cambio aquí si las cosas que hable con el alcalde, que hable con el ingeniero, que hable con...entonces si es claro mucho más...es un poquito más complicado además que igual en la, pues pese a todo en la práctica y esto hay digamos como más personas trabajando en la parte de prevención y promoción si, en cambio aquí si tú te diriges o preguntas en cualquier parte la que maneja prevención y todo lo de PyP y todo sólo la enfermera, entonces acá hay sólo una enfermera o sea yo,

entonces eso es lo otro que tú en otra parte pues igual estás o hay un equipo interdisciplinario entonces es muchísimo más fácil llevar a cabo todas la actividades que se planean."

Encontramos entonces que para las enfermeras un elemento común para que la población rural esté asistiendo más a las actividades de PyP, es el hecho de cumplir con los requisitos para la entrega de subsidios por parte del gobierno a través de los programas de familias en acción, desayunos infantiles y restaurantes escolares.

E1: "...en cuanto a la asistencia acude más la gente del campo que la gente de la zona urbana... si, aquí la gente que más consulta es la gente del área rural, la gente del área rural es como más, ¿que te digo yo? Tiene un poquito más como de convicción respecto a los programas de promoción y prevención... El sábado es el día del mercado acá, y es el día prácticamente de la gente del área rural porque les ponen transporte, la gente viene entonces casi siempre uno tiene aquí los sábados es toda la gente del área rural, entonces no hay problema y pues si igual uno ve que como que ay hace tanto tiempo que no vamos por allá, la gente merece una brigadita... entonces vamos... es muy difícil porque la gente se centra en que tienen es que trabajar, y trabajar..."

E2: "...¿por qué esta tan con tanto auge que los niños vengan a crecimiento y desarrollo? Gracias a que nosotros tenemos manejamos un certificado de salud de menores, este certificado nos los mandan de la alcaldía porque los niños están inscritos a desayunos infantiles o algún tipo de subsidio, ¿cuál es el requisito para esto? Que los niños estén activos en los programas, es ahí donde uno puede presionar... la población está muy dispersa y es ahí donde también nosotros pensamos que hay problemas de base que todavía no se han podido solucionar que cuando entremos a mirar el estado real de salud de esta población nos vamos a encontrar muchas sorpresas."

E3: "...algo importante si es el engranar como todos los programas no, porque la gente está como muy, muy dependiente del paternalismo y pues estas políticas nacionales nos han llevado a eso, a que yo le doy plata por desayunos infantiles, le doy leches por desayunos infantiles, yo le doy plata por familias en acción, yo le doy restaurante escolar si están estudiando, yo le doy mercado por familias dispersas, yo le doy plata por desplazados, acá toda la gente tiene los subsidios que uno se pueda imaginar.."

Esta situación también ha transformado el hecho de que la población campesina asista a los poblados ya no sólo en el marco del día de mercado, sino del día de entrega de subsidios:

E4: "...ya se sabe que el día que haya reunión de familias en acción o de algo para la represa o algo así entonces todo el mundo viene para acá, pero así que haya un día específico de consulta no..."

Se reconoce que no hay una apropiación por parte de la población de la necesidad de la PyP, lo que se encuentra es que en medio de la "obligación" de demandar los servicios se puede realizar un trabajo de educación y "concientización", además de cumplir con las metas que colocan las EPS.

Por otro lado, y probablemente relacionado con que la población rural es la que principalmente

accede a los programas sociales, las enfermeras hablan de que esta población está más dispuesta para las intervenciones en PyP respecto a la que habita la cabecera municipal:

E6: "...en general aquí la población campesina es muy accequible si, se deja, le gusta que los visiten, les gusta que les hablen de salud, eso es muy bueno no, lo que pasa es que uno a veces no aprovecha eso que nos da la gente y la gente a veces se cansa de dar y no recibir a cambio nada y no solamente los beneficios monetarios sino que sienten que a veces hay muchas encuestas, y encuestas, y encuestas, y encuestas y que hicieron con las encuesta más la encuesta.. más la encuesta, más la encuesta pero nunca hubo nada si, pero en general no es una población así..."

También en la mayoría de municipios las enfermeras hablan de las brigadas como forma de garantizar el servicio a la población que habita veredas muy lejanas, aunque algunas se han encontrado con limitaciones financieras y de falta de demanda de los servicios brindados por la brigada.

Finalmente, una de las enfermeras habla de los problemas económicos de la población de área rurales lo cual hace que muchas de las "orientaciones" del personal de salud no correspondan a las posibilidades y contextos de la comunidad:

E6: "... pero ese tipo de prevención nosotros no la manejamos realmente como es ¿por qué? (la) gente que no tiene la plata para comer las cosas que pide la nutricionista que se coma, incluso muchas veces llegan pacientes obesos, hipertensos, diabéticos y más encima obesos y les decía, las mandaba con la nutricionista y a ellos no les gustaba que los mandaran allá, porque es que esa señora allá me manda es a comer cosas muy caras y yo no tengo plata pa comer eso, ¿por qué? porque es que la gente tenemos es pa comer papa, pa comer yuca, pa comer plátano, pa comer arroz pero pa comer esas cosas no..."

11. Actores institucionales relacionados con la PyP.

Las actividades de PyP institucional contempladas dentro del POSS y dentro del PST, suponen a diferente nivel la intervención y responsabilidad del personal de salud (comunitario, técnico, profesional, administrativo, entre otros). A continuación enunciamos los actores que se identificaron como principales:

Cuadro 27. Actores institucionales de la PyP

ENFERMERA	PRINCIPALES ACTORES INSTITUCIONALES DE LA PyP					CARACTERÍSTICAS	
E1	Médicos		Enfermera Jefe	Odontólogos		Psicóloga de medio tiempo	Compromiso del equipo apoyo
E2	Médico		Enfermera Jefe	Odontóloga			
E3	Médico	Auxiliares de enfermería	Enfermera Jefe	Odontólogo		Psicólogo de medio tiempo	Compromiso, personal capacitado.
E4	Médico		Enfermera Jefe	Odontólogo		Psicóloga de medio tiempo	
E5			Enfermera Jefe				
E6	Médicos	Auxiliares de enfermería	Enfermera Jefe	Odontólogo	Auxiliar de odontología	Psicóloga para la parte de salud mental del PST	Desconocimiento de la norma, actitud desfavorable a la PyP por parte del personal médico, Compromiso de la enfermera y de la auxiliar en la demanda inducida, problemas en la coordinación por parte del personal directivo.

Fuente: Elaboración propia con base en transcripciones de entrevistas al personal de enfermería y matrices de observación

Respecto a lo que las enfermeras perciben sobre estos actores, en la mayoría de instituciones se identifica un sentido de compromiso y trabajo en equipo:

E1: "...o sea este equipo que hay acá en X es muy bonito, es muy bonito en cuanto a que todos están comprometidos, si yo lo manejo pero los médicos saben que tienen que remilir, que tiene que canalizar, que si, ayudar en todo lo que es demanda inducida...yo totalmente me siento respaldada o sea el personal médico responde muy bien, pues sus auxiliares, toda la gente la ve uno de verdad comprometida con la ESE y eso es bonito, ver que la gente quiere a su empresa que no quiere, que no quiere que se acabe, que quiere que funcione, eso es muy bonito y eso da bastante satisfacción."

E3: "...ellos están muy comprometidos, o sea acá es poquito el personal, 5 conmigo 6, entonces ellos están muy comprometidos, de una u otra forma porque deben cumplir unas metas, pero además porque les interesa diagnosticar

tempranamente muchas patologías."

Sin embargo, una de las enfermeras llama la atención respecto a la visión del personal médico sobre los programas de PyP, hay desconocimiento de la norma y cierta displicencia por las acciones de PyP:

E6: "...porque ellos (los médicos) la miran ahí aburrido por ejemplo, miran a un niño y un niño es...ya o sea, incluso en el formato que yo tenía ellos, que antes manejábamos de PyP de controles de crecimiento y desarrollo, en ningún momento el médico le preguntaba la parte de desarrollo psicomotor del niño.. (por otro lado) desconocimiento de la norma, aquí las cosas funcionan pero porque de verdad cogimos y bueno la parte de demanda inducida es muy importante entonces yo tengo a una persona que se encarga de demanda inducida si..."

12. Relevancia de las PIPyP.

En las opiniones sobre el peso que tienen las PIPyP - a juicio de enfermería- respecto a otras prácticas médicas (curativas, de rehabilitación...) se prioriza su relevancia en el sentido en que es el rubro que mayores recursos genera a las ESE's de primer nivel, con el argumento de la contención de costos:

E1: "...o sea como que se le da más relevancia a promoción y prevención, porque a la larga ¿la consulta qué le genera a un centro de salud? Gastos, de todo, medicamentos lo mismo, en cambio promoción y prevención está haciendo mucho porque es por lo que entra cierto dinero y es por lo que se genera beneficio pues en la comunidad, en el país."

E3: sí, sí definitivamente o sea yo como administradora y como enfermera sí le veo el peso, uno porque ya las políticas nacionales están dando muchísima más importancia a la promoción y a la prevención, de tal forma que en los contratos la mayor parte de la plata la asignan a promoción y prevención y ya la parte de tratamiento-rehabilitación, en este nivel, es mortal para nosotros porque no nos asignan recursos, es decir que yo prefiero irme a hacerle crecimiento y desarrollo a los niños, buscar caries para poder, colocarles sellantes antes de que las personas tengan una patología más avanzada una patología oral porque a mí me cuesta más rehabilitarle la muelita que hacerle promoción, enseñarle buenas prácticas de cepillado, hacer flúor, control de placa si..."

13. La población y las PIPyP.

Las características que identifica el personal de enfermería respecto a la población y su relación con las PIPyP son:

- Motivación y posibilidades de trabajo con la población joven.
- Carencia en información en salud.
- La población no identifica la necesidad de las actividades de PyP pues suelen consultar cuando ya hay una enfermedad.

- La población confunde las competencias en la prestación de servicios, en algunas ocasiones acuden al alcalde.
- La población asiste a algunos de los programas por mantener los subsidios, pero con esa "presión" se aprovecha para dar información y educación.
- Hay núcleos de población adulta o adulta mayor que participa de manera constante en proyectos como el club de hiperlensos.
- La población está acostumbrada a asistir a los programas pero a cambio de algo material.
- La población que recibe los servicios de PyP es grata y abierta a la información.
- Por ser una población renuente, a veces es necesario innovar en la forma como la institución brinda sus servicios y debe ahorrarle pasos a la gente, sobre todo a la del campo.

14. Los programas sociales y las PIPyP.

Como ya se ha reiterado en otros apartados, los programas sociales han marcado la forma como se desarrollan las PIPyP en los municipios, algunos de los siguientes comentarios así lo ratifican:

E1: "...hay tantos programas y tantos beneficios del gobierno que a la larga yo no estoy de acuerdo, son buenos y tienen muchas ventajas y ayudan mucho a la gente y todos nos beneficiamos de eso porque la gente acude, pero entonces no hay como esa conciencia de la gente...(es) porque me van a pagar un subsidio, entonces eso es como ofensivo, como que la gente se vuelve es ahí, eso se vuelve eso es como un alcalde líder, la gente se vuelve es conchuda..."

E2: "... nosotros tenemos manejamos un certificado de salud de menores, este certificado nos los mandan de la alcaldía porque los niños están inscritos a desayunos infantiles o algún tipo de subsidio..."

E3: "...hay una algo muy interesante y hemos cogido de gancho y es los programas sociales del ministerio de protección social, entonces por ejemplo, familias en acción, entonces ellos les dan un subsidio ah.. si los niños no los traen a control de crecimiento y desarrollo o sea no les dan el desprendible de pago, y pues es una forma como presionarlos... es como una forma como arbitraria pero que ha surtido efecto y los hemos mantenido así... el niño va salir con un cuidado integral pues secundario a que toca hacerlo venir a la fuerza pero en últimas quien gana es el niño y nosotros también porque a la vez cumplimos metas y mejoramos la salud de la población."

E4: "...pero la gente por ejemplo a los controles no viene casi, si es, es por el subsidio, por las leches, por la bienestarina, o porque está en tal programa viene sino no..."

E5: "...acá en el municipio también tienen lo de familias en acción que también es igual al subsidio que les dan a los padres por los niños menores de 7 años pues les dan un subsidio económico para las familias digamos más pobres que

hay..."

E6: "...a controles de crecimiento y desarrollo vienen los niños pero porque les dan el subsidio de familias en acción, porque les dan los desayunos infantiles, porque les dan...y el requisito fundamental es tenerlos en el programa de control de crecimiento y desarrollo, si no fuera así nunca en la vida habrían venido, así de sencillo, hay mamás que obviamente son muy juiciosas pero es un pequeño porcentaje realmente de la población que lo hacia sin necesidad de tener de por medio el subsidio..."

15. Dificultades en las PIPyP.

Para identificar las dificultades en el desarrollo de las PIPyP ubicamos las que explícitamente enuncian las enfermeras, así como las que de una u otra forma identificamos como obstáculos para el desarrollo de los lineamientos y objetivos en que se sustentan dichas PIPyP.

Así se decidió clasificar las dificultades de acuerdo a si tenían que ver con la estructura, el proceso o el resultado (Anexo 4.4). Es notable que se identifiquen dentro de la dimensión de estructura a un poco más de la mitad (51.4%), las cuales están directamente relacionadas con la estructura misma del sistema de salud colombiano.

Lo anterior fortalece la tesis de que se trata de un sistema centrado en la evaluación de metas que no corresponden con la población existente; basado en paquetes de servicios costo-efectivos que privilegian la cantidad de las actividades y la calidad e impacto de las mismas en la salud de la población; que favorece el mercado de servicios privados en desmedro de los servicios públicos de salud, y que como en el caso de las seis unidades de salud de estos municipios coloca en riesgo la viabilidad financiera por el retraso en los pagos por parte de las intermediadoras (EPS) y con la imposibilidad de contratar el personal de salud suficiente y capacitado para la prestación de servicios de salud de calidad.

16. Fortalezas de las PIPyP.

En cuanto a puntos de apoyo o características nominadas como fortalezas en las PIPyP, las enfermeras se refirieron a aspectos como la unión y compromiso del equipo de salud, el trabajo intersectorial con las instancias municipales (alcaldía, personería, consejo de política social, ECOPETROL, entre otras), la cantidad de la población -la cual al no ser mucha favorece su identificación- y los recursos materiales existentes.

17. Responsabilidad de la enfermera en las PIPyP.

Agrupa lo que son las responsabilidades, tareas y acciones de PyP de las enfermeras entrevistadas, así como alusiones específicas a su práctica.

En términos generales son cuatro los campos de acción identificados en cuanto a las responsabilidades de las enfermeras en sus municipios:

1. Coordinación y actividades del componente PyP del POS.

- a. Elaboración y entrega de informes de metas de PyP a las EPS.
- b. Consultas de crecimiento y desarrollo de menores de 10 años.
- c. Consultas y asesoría en planificación familiar.
- d. Toma de citologías cérvico-uterinas, de frotis de flujo vaginal, inserción de DIU.
- e. Consulta prenatal de maternas de bajo riesgo.
- f. Supervisar y/o coordinar la parte de vacunación (pedido de biológicos y reportes)
- g. Supervisar el cumplimiento de metas y capacitación en guías de PyP.
- h. Cubrir las responsabilidades de enfermería en cuanto a disponibilidades en el servicio de urgencias de acuerdo al rol de turnos.
- i. Organizar las brigadas de salud a las veredas.

2. Coordinación y actividades del convenio de vigilancia en salud pública.

- a. Reporte semanal.
- b. Búsqueda activa institucional y comunitaria de *eventos de interés en salud pública* (EISP).
- c. Garantizar el conocimiento y capacitación en el manejo de protocolos de diagnóstico, reporte y tratamiento de EISP.
- d. Elaboración del análisis situacional de salud anual.
- e. Entrega de reportes mensuales de estadísticas vitales.
- f. Asistir y replicar las capacitaciones brindadas por la secretaría en este tema.

3. Coordinación y/o actividades del Plan de Salud Territorial.

- a. Actividades del componente de salud infantil: principalmente proyecto AIEPI y coordinar difusión de Jornadas de vacunación PAI.
- b. Actividades del componente de salud sexual y reproductiva.
- c. Actividades del componente de enfermedades crónicas no transmisibles.
- d. Actividades del componente de nutrición.
- e. Elaboración de informes de ejecución del POA.
- f. Coordinación del proceso del SICAPS.
- g. Asistir y replicar las capacitaciones brindadas por la secretaría en este tema.
- h. Organizar las visitas a las veredas.

4. Participación en el proceso de habilitación y en los comités de salud.

- a. Convocar reuniones del Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE).

- b. Participar Consejo Nacional de Política Social (CONPES) y liderar la gestión con instancias municipales junto con el gerente de la ESE.
- c. Convocar los comités clínicos internos: infecciones, historias clínicas, farmacia, entre otros.

En estas cuatro áreas, la enfermera actúa como ejecutora de actividades y como coordinadora de otras, trabajando con el equipo de salud y en especial con el personal médico y el personal auxiliar de enfermería.

18. Sentires en el desarrollo de las PIPyP.

En general se expresa una satisfacción por las labores y actividades de PyP, algunos de los relatos ilustran ese sentir:

E1: "... bien, yo me siento bien porque mi carrera me gusta por todos los lados que la veas, clínica, comunitaria, administrativa ... todas esas cosas te dan satisfacción, pues no sé más que cualquier otra cosa es ver que la gente cambie...o ver la empresa que está funcionando muy bien, que todos están organizados, que hablan el mismo idioma, que se colaboran, esas cosas dan satisfacción...que las cosas funcionan muy bien y que verdaderamente la gente cree en las actividades que se hacen en el centro de salud y creen en el personal del centro de salud, eso da mucha satisfacción..."

E3: "... es, siempre, siempre la satisfacción es de...la sensación mejor es de satisfacción, o sea la sensación ¿por qué? Porque es más que cumplir metas, mas que fortalecer la parte financiera de la empresa, es mantener toda la población metida dentro de un esquema de promoción y prevención...el ambiente y la percepción que se tiene de la actividad si es de satisfacción..."

E6: "... pues la parte de promoción y prevención es bien...es bonita no, sobre todo el hecho de que usted tiene la oportunidad de conocer a su comunidad, de conocer a las personas, de conocer la problemática real en salud que tienen las personas, cosa que usted no puede hacer por ejemplo en una consulta así normal, no lo puede hacer, no tiene ese contacto que puede tener con la comunidad...el hecho de encontrar prevención y promoción nos ayuda a detectar casos que nos dan verdaderos indicadores de salud en la población, cosa que antes no lo hacían..."

Sin embargo, varias de las enfermeras expresan sentimientos de soledad, desgaste y presión por la sobrecarga de actividades:

E1: "...la carrera se convirtió en otra cosa. Se convirtió en otra cosa porque estás aquí en esto entonces ya que tienes que presentar un informe, estás haciendo el informe y entonces llega la consulta y tienes que atender la consulta, entonces tienes que estar entendiéndote con muchas cosas, que faltó algo, que alguien no llegó, porque a parte de todo tienes a cargo también el personal... entonces tienes a cargo tantas cosas..."

E2: "...son demasiadas actividades para una sola persona está recargado, el médico sabe que atiende consulta y ya, sólo lo tiene la consulta, pero lo mío son programas, yo tengo que estar pendiente de vigilancia, yo tengo que estar pendiente de mapa de riesgos, yo tengo que estar pendiente de casos de violación, de abusos, de maltrato, de todo este tipo de cosas, entonces eso hace la tarea mía más dispendiosa...realmente me siento como, me siento estafada en el desarrollo de estas actividades..."

E4 "...cuando recién llegué acá pues llegué perdida, pero perdida era reperdida entonces no sabía de las actividades que había que realizar, no entendía lo que había que hacer, la verdad yo creo que fui aprendiendo ahí a punta ...de estrellones que esto no es así que es así, que haga aquello... pero acosada del trabajo sí, bastante, trabajo hay harto que hacer... la carga ha sido eso como entregar esos informes, que a la larga es entregar informe, informes, informes... cuando en realidad no se sabe si eso tuvo o no impacto, cuando no se sabe si eso de verdad se hizo o no se hizo si, lo que importa es lo que se ve ahí lo que está escrito ahí y lo demás pues, lo demás no cuenta entonces uno ya se sabe que va a cumplir con lo con...claro que obviamente uno trata de hacer las cosas con sinceridad bien hechas pero..."

E5: "...sentimientos si se siente uno como sólo, porque es uno sólo, entonces uno como que dice bueno con quien planea, tú haces tu cronograma, tú eres la que tiene que hacer los informes, tú citas al COVE, o sea tú diriges las reuniones del COVE tú, tú haces todo sí, y digamos que así mismo tu efectúas todo pero la traba llega al momento como de ejecutar... Y entonces uno se siente un poco...me da rabia y me da por rato esa parte y pues de tristeza porque pues porque uno quiere dar como, dar lo que más se puede a la comunidad pero aquí o sea uno se siente muy frenado con todo, entonces es como el choque entre universidad-realidad."

Finalmente, una de las enfermeras pese a manifestar satisfacción genera sus propios cuestionamientos frente al impacto de las acciones desarrolladas:

E6: "...en general bien, o sea a veces si uno como que si dice tanto que habla de promoción y eso pero que, o sea lo que yo me cuestiono muchas veces ¿será que si estamos dando resultados, será que sí tanta plática invertida si realmente está dando los frutos que quisieramos dar?..."

5.6.3. Familias de códigos:

A la hora de pensar en agrupamientos más amplios para los códigos definidos, y con el objetivo de establecer posibles relaciones a un nivel más general se propusieron las siguientes familias:

1. Acercamientos al campo de la PyP

El acercamiento académico a temas de salud comunitaria, salud pública y/o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad es un elemento común que puede estar asociado a la identidad de las enfermeras con estas áreas y a su elección laboral. Aunque es importante mencionar que una de las enfermeras fue explícita al momento de expresar su inclinación personal por el área clínica de la enfermería, sin demeritar el campo de acción comunitario de la profesión.

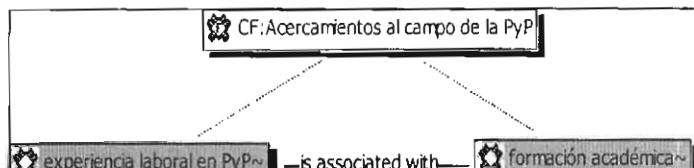


Gráfico 10

2. Aplicabilidad/Oportunidad de las PIPyP en estos escenarios

La aplicabilidad y oportunidad de las PIPyP depende de que se reconozca el contexto y el perfil epidemiológico como elementos necesarios a tener en cuenta desde el mismo proceso de formulación. El contexto entendido como los determinantes del proceso salud-enfermedad-atención que caracterizan realidades locales específicas; y en cuanto al perfil epidemiológico los problemas de salud propios de un territorio, en este caso rural.

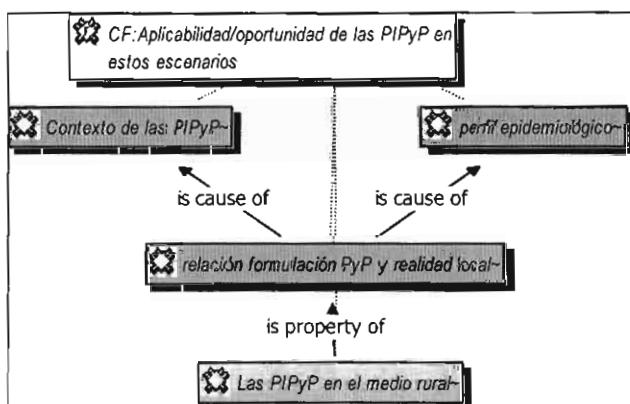


Gráfico 11

3. Caracterización de las PIPyP actuales

Lo que pretendemos evidenciar en el siguiente gráfico relacional es que para abordar el análisis de las PIPyP en zonas rurales, es imprescindible incorporar tanto el tema de los programas sociales como el de los límites o posibilidades que brindan los servicios incluidos en los planes de salud territoriales y en el plan obligatorio de salud.

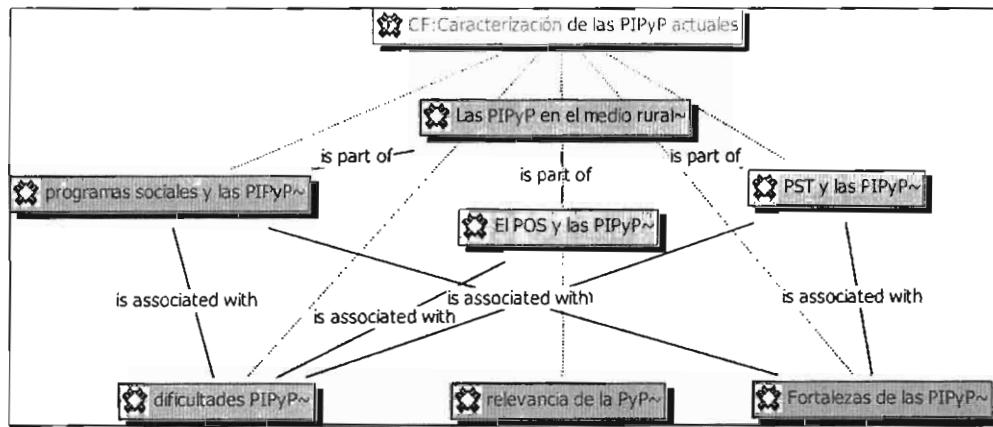


Gráfico 12

4. La enfermera y las PIPyP

La enfermera en relación con las PIPyP tiene gran capacidad de adaptación y coordenadas éticas que la ligan a temas de comunidad y de necesidades sociales, pero así mismo la ubica como la “Jefe” garantizando una política institucional. Además de recargarse en la práctica y dispersar la capacidad de consolidar alguna línea de trabajo. Pese a las condiciones se muestran optimistas, reconocidas y satisfechas con su labor.

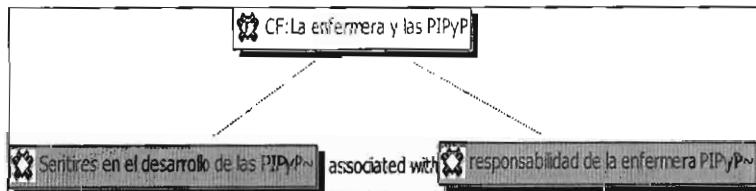


Gráfico 13

5. Lo conceptual

En las definiciones, se ratifica que el concepto de promoción de la salud ha sido permeado por criterios de mercado “vender la idea del cuidado de la salud”, por criterios médico hegemónicos de “cambiar los estilos de vida” y del papel doctrinario del “especialista en salud”; así como por el discurso preventivista que difunde una promoción centrada en dar información en salud para que la gente “tenga conciencia”

de los factores de riesgo.

En realidad esta mixtura denominada PyP ha invisibilizado las acciones de promoción de la salud, o por lo menos las previstas en la Carta de Ottawa (OPS/OMS, 1984), y siguen mantienen en un espacio de espectador, depositario u "objeto" a la población. Lo anterior reafirma que en PIPyP se ha posicionado el planteamiento de la prevención costo-efectiva a través de actividades ya sea de detección temprana o de protección específica.

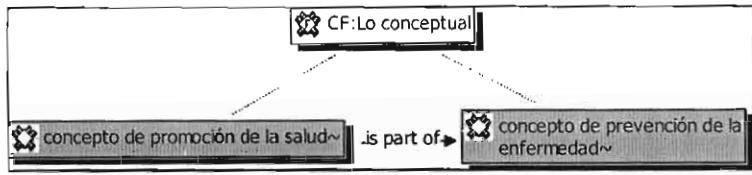


Gráfico 14

6. Lo normativo

Las alusiones a este rubro, como ya mencionamos, se centraron en la resolución 0412 de 2000. Lo cual llama la atención de que no sólo en el aspecto conceptual sino también en cuanto al conocimiento de la norma, las acciones de PyP son sinónimo de los paquetes de servicios de PyP del POS.

7. Los actores de la PyP

Se agrupó por un lado, a los actores que desde la institución de salud desarrollan o participan en las acciones de PyP, y por otro lado, las características identificadas por las enfermeras respecto a la "población objeto" de las mismas. Sin embargo, al no identificar una mirada desde otros actores del equipo de salud ni de la población rural no hay forma de establecer relaciones entre los mismos, lo cual podría ser objeto de un nuevo estudio.

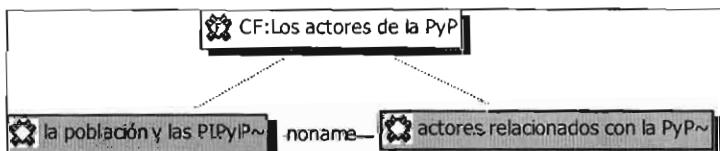


Gráfico 15

Para finalizar, se enfatiza la idea de que si bien las PIPyP se desarrollan a través de actividades y saberes específicos –los más de las veces enmarcados en una política o discurso oficial- no es posible entender sus contradicciones si el análisis de éstas carece del contexto y más tratándose de contextos como el rural.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las políticas y prácticas de salud en las zonas rurales

Como ya nos hemos referido en el capítulo de resultados, existe una ausencia en el tema de política pública de salud rural en Colombia. Lo que sobresale en el análisis de la política de salud del actual gobierno es la expedición y puesta en marcha de un plan nacional de salud pública, el cual alude a enfoques como el de determinantes y a la calidad de vida, y en el notamos la formulación de muchas "políticas nacionales" (por Ej. salud mental, salud sexual y reproductiva, etc.).

Sin embargo las prácticas institucionales se siguen basando en el mismo esquema de aseguramiento, las EPS como intermediarias y las IPS como prestadoras, éstas últimas en el caso del nivel público funcionan con escaso personal lo cual dificulta la ejecución de la múltiple gama de actividades resultantes de la política. Se reproduce un sistema de salud que sigue privilegiando la lógica de mercado con paquetes de servicios asistenciales limitados y de baja calidad, así como acciones preventivas costo-efectivas y centradas en el nivel individual.

En el tema del aseguramiento en salud, se identifica un aumento de cobertura en especial en el régimen subsidiado, pero teniendo en cuenta que los recursos son administrados por intermediarios (las EPS) hay carencias en los mecanismos de evaluación del desempeño de éstos en los niveles regionales.

En los niveles locales, si bien los entes territoriales se vieron en la obligación de formular planes de salud territoriales para integrar las acciones de los prestadores de servicios y darle énfasis a la parte de salud pública, los planes en su componente de intervenciones colectivas siguen siendo la réplica de actividades puntuales y focalizadas a algunas poblaciones, y se ejecutan con recursos financieros y humanos muy limitados.

Para la población que habita espacios rurales no existen políticas de salud que den cuenta de sus condiciones de vida y sus necesidades, ni que los vinculen como actores dentro del proceso de formulación. Sin embargo, es importante discutir el impacto de otros programas sociales (como en el caso de Familias en Acción) en el comportamiento de estas poblaciones en cuanto al acceso de servicios en salud y educación, dentro de lo cual proponemos discutir el hecho de que las personas demanden estos servicios por ser requisitos obligatorios para la entrega de subsidios monetarios y/o alimentarios, hecho contradictorio y lejano a la definición de una política social integral.

Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Un primer punto, a analizar es la definición de un programa de salud pues en la revisión documentada en el apartado de resultados, aparecen paquetes de actividades como en el caso del POS, pero se

carece de líneas estratégicas o ejes transversales que den cuenta de la salud-enfermedad como proceso social. En este punto es importante la forma como se plantea el PNSP y su operacionalización a través del Plan de Intervenciones Colectivas contemplado en el PST.

En segundo lugar, se observa que en el tema de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, los lineamientos dan más peso al concepto de prevención desde un enfoque clínico e individual, así lo evidencia la expedición de las guías y normas de atención que protocolizan acciones denominadas de PyP pero en la práctica son de detección temprana y protección específica de algunas enfermedades. Aunque en el PNSP se incluye un nuevo discurso sobre la promoción de la salud ligada a la calidad de vida y orientada a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, las acciones formuladas siguen centrándose en el nivel médico-asistencial y de prevención del riesgo.

En tercer lugar, las líneas de acción en PyP que definen los niveles nacionales han incluido temas que no se ubican como prioritarios en los niveles locales y se han descuidado las líneas en temas como: control y tratamiento de enfermedades trasmitidas por vectores (Ej. Enfermedad de Chagas, dengue, malaria, entre otros), fortalecimiento de la red pública de servicios de salud, los servicios auxiliares para garantizar el diagnóstico temprano y los servicios, personal y recursos para el tratamiento, asignación de recurso humano calificado para la atención de especialidades, recurso humano para los temas de salud colectiva y de salud pública (médicos, enfermeras, promotores comunitarios, psicólogos, etc.), creación y financiamiento adecuado de programas intersectoriales de promoción de la salud, programas universales de prevención de la enfermedad, salud familiar y atención domiciliaria, medicamentos e insumos para los programas (Ej. programa de planificación familiar), entre otros.

Por último, es preocupante la ausencia del tema de educación en salud, en la mayoría de casos se homologa a dar charlas o entregar información sobre enfermedades. Así mismo se carece de investigación y recursos para el análisis epidemiológico que pueda aportar a la toma de decisiones respecto al destino de los recursos de los planes de salud territorial, así como de espacios de participación efectivos para la planeación y evaluación de los mismos.

Prácticas Institucionales de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Hemos enfatizado en la necesidad de referirnos al tema de las prácticas, más allá de la norma, y en este sentido anotamos que en la relación formulación/ejecución de las actividades denominadas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, se encuentran enormes fracturas y una de éstas se nota sobre todo en el momento de evaluar el efecto de las acciones, las cuales son desarrolladas por las IPS sujetas al cumplimiento de metas dadas por las EPS, y presionadas por mecanismos de asignación presupuestal característicos del subsidio a la demanda. Muchas opiniones

de los prestadores coinciden en que en la realidad no hay condiciones y tiempos para prestar servicios de calidad, de hecho se privilegia más el tema de la cantidad.

Otro aspecto observado en las prácticas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, es que muchas de éstas se basan en saberes lejanos de los fundamentos de la atención primaria en salud (APS), y en su mayoría están centradas en el tema de la prevención costo-efectiva en el plano individual, de hecho una de las principales discusiones es el lugar secundario que ocupa el tema de la promoción de la salud y por ende, el poco impacto de estas acciones en el mejoramiento y las condiciones de salud de los individuos y las colectividades.

En relación a las correspondencias entre las PIPyP y los contextos, podemos identificar que aunque algunas acciones son identificadas como pertinentes, la mayoría son limitadas y poco efectivas respecto a las condiciones de vida de la población, principalmente de la que vive en el campo.

Los perfiles epidemiológicos de la provincia y sus seis municipios

Los contextos de estos municipios muestran problemas en cuanto al desarrollo económico de la región, pese a que es una zona con variedad de recursos naturales, incluyendo hidráticos, la actividad se ha centrado en la ganadería extensiva en detrimento de la producción agrícola. Hay un alto porcentaje de pobreza y una disminución de la rentabilidad de la actividad agropecuaria de los pequeños campesinos, lo cual los obliga a migrar. Además de mantener problemas de vías de comunicación y de acceso a servicios públicos básicos.

En el aspecto demográfico estos municipios muestran una tendencia a la disminución de la población que habita las zonas rurales y un fenómeno importante de migración. Un 20.3% es menor de 10 años, un 34.3% de la población de la provincia está en el rango entre los 10 y los 29 años, la población de 30 a 59 años es del 32.5%. Por lo que el tema de las acciones focalizadas en determinados grupos de edad debe ser rediscutido.

En cuanto al perfil epidemiológico, un punto del análisis tiene que ver con las dificultades para acceder a datos municipales a partir de un sistema nacional o departamental de información en salud, los datos obtenidos a partir de las visitas a las instituciones permiten un acercamiento, pero hay problemas de calidad en la recolección y reporte de las estadísticas tanto de mortalidad como de morbilidad.

Una vez reconstruidos los datos municipales y provinciales, anotamos como aspecto del análisis de estos datos su comparación con los datos nacionales y departamentales entre los que resaltamos:

✓ En el perfil patológico de la provincia se siguen posicionando dentro de las principales causas de enfermedad las enfermedades infecciosas y parasitarias, dentro de los que encontramos las IRA's, EDA, el PPI y las enfermedades relacionadas con los tejidos dentarios, respecto a estas últimas se reporta que el 18.4% de la población del departamento entre 6 y 19 años sufrió problemas dentales (Rodríguez J. et al., 2009). Además en los dos últimos años aumentó la prevalencia de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, que según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2007 afecta al 12.4% de la población departamental entre 18 y 64 años. Otro padecimiento con limitaciones en cuanto a su detección temprana y tratamiento oportuno es la enfermedad de Chagas, que se clasifica dentro de las enfermedades transmitidas por vectores más importantes en la región. En los temas de violencia intrafamiliar, el departamento de Boyacá reporta porcentajes mayores respecto al promedio nacional, así lo evidencia el 60.8% de hombres y el 59% de mujeres entre 18 y 69 años que informan haber sufrido algún tipo de castigos físico antes de cumplir 18 años y otros datos sobre percepción de la población sobre la agresión física (Rodríguez J. et al., 2009). En el caso de la provincia la violencia intrafamiliar las autoridades municipales reconocen dentro de los diagnósticos situacionales de salud como un problema de salud pública y como una práctica con fuerte arraigo cultural.

- ✓ En cuanto a la mortalidad general, la tasa en la provincia en el año 2005 es de 4.3 x 1,000 habitantes, inferior a la tasa nacional para ese año (6.7 x 1,000 hab.).
- ✓ En relación a la mortalidad perinatal en la provincia se reportó en el 2008 un promedio de 11,6 muertes por 1,000 nacidos vivos. Es importante tener en cuenta que según datos del INS, Boyacá se encontraba para el 2007 en el lugar 5 con el 4.7% de las muertes perinatales presentadas en el país y en el 2008 mantiene este lugar con el 5% (INS, 2008).
- ✓ En los dos últimos años no hay registro de muertes maternas ni muertes infantiles en la provincia.
- ✓ Respecto a la razón de personal de salud por 10,000 hab., encontramos cifras muy por debajo de los indicadores nacionales.

Las percepciones del personal de enfermería

En cuanto a las ideas asociadas con la normatividad y los conceptos de la PyP, en cierta forma las referencias llevan a identificar como predominante el enfoque de la medicina clínica asistencial respecto al de la salud pública, sin embargo, las enfermeras en determinados momentos aluden a identidades con la salud comunitaria o la salud colectiva, la mayoría de éstas adquiridas en su proceso de formación.

En el terreno de las PIPyP, las enfermeras reconocen dificultades entre la formulación y la ejecución de los programas. Hay puntos de identidad respecto a la identificación de inconsistencias en la política para estas zonas, falta de recurso humano, sobrecarga de tareas para el personal de enfermería, exceso de labores administrativas, problemas con las EPS, falta de respuesta a enfermedades de la región (Chagas, Dengue, hipertensión esencial primaria, entre otros), falta de suministros para los programas (como en el caso de planificación familiar), ausencia de infraestructura de diagnóstico en el primer nivel, recursos financieros limitados, poco impacto de las actividades, presión por las metas, bases de datos sin actualizar, entre otros. Hay diferencias en cuanto al impacto - favorable o no- que han tenido los programas sociales en la actitud de la gente frente a los servicios de salud y en especial frente a la demanda de actividades de PyP.

Pese a lo anterior, el papel que asumen las ubica como decisivas junto con el personal médico y auxiliar a la hora de garantizar el desarrollo de las acciones y en cierta forma hay una adaptación a la situación, lo cual no quiere decir que desconozcan las limitaciones existentes.

Las opiniones de las enfermeras frente a la población, enfatizan mucho en el tema de dar educación e información, en cierta medida se entrevé un lugar pasivo a las personas que demandan los servicios de PyP.

Si bien se anotan particularidades en el medio rural para el desarrollo de las PIPyP, no parece reconocerse como decisiva la formulación de una política de salud rural, más bien el tema de la PyP se centra en la asignación de recursos.

CONCLUSIONES

El abordaje desde las prácticas institucionales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como categoría de estudio y aproximación a la realidad, apoyó la comprensión de la respuesta institucional a los problemas de salud y la identificación de relaciones entre los postulados de la política sanitaria y las prácticas desarrolladas en los niveles locales.

Dichas prácticas como materialización de un modelo de atención y de prestación de servicios, para el caso colombiano, están centradas en el plano de la enfermedad e inspiradas en el enfoque de Manejo Social del Riesgo: "propuesta agenciada y promovida por la banca multilateral" (Vega y Hernández, 2008).

En cuanto a la definición de las PIPyP como el conjunto de estructuras organizativas desde donde diferentes actores del campo de la salud, insertos en un discurso y a través de un medio institucional, ejercen su quehacer con el objetivo aparente de garantizar mejores condiciones de salud de los individuos y de las colectividades, así como de identificar, controlar o reducir los factores de riesgo para la aparición o prolongación de las enfermedades; se identifica la transformación de dichas PIPyP en el momento de ser apropiadas tanto por los actores institucionales como por la población de determinados socio-territorios.

De esta manera, en relación a las prácticas institucionales de promoción de la salud en Colombia, éstas se enfrentan a un contexto adverso en el terreno normativo (ley 100 de 1993) y conceptual (medicalización de las prácticas de salud), producto de la inserción de un enfoque pragmático y mercantil -en especial en los últimos 11 años- que relega sus principios fundantes, y por ende sus prácticas.

Respecto a las prácticas de prevención de la enfermedad, se han dado avances en la sistematización de acciones de prevención primaria (por Ej. protección específica) y de prevención secundaria (por Ej. el diagnóstico temprano), sin embargo, una de las principales dificultades es la fragmentación de dichas acciones y los problemas para identificar los niveles desde donde intervenir los "factores de riesgo" detectados. Adicionalmente, el enfoque preventivo medicalizado desconoce los aspectos determinantes de los daños a la salud, en este caso de las condiciones de vida de las comunidades rurales.

De manera especial notamos que en la normatividad relacionada con el tema de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, desde la expedición misma de la ley 100 en el año de 1993 hasta el año 2007, hubo múltiples ajustes a los servicios de PyP; uno de los más significativos se da con las normas que orientaron acciones de tipo preventivas denominadas de detección temprana y protección específica. Este enfoque de la prevención costo-efectiva diluyó las dimensiones y acciones

de la promoción de la salud, reduciéndola a estrategias de educación e información en el plano individual.

Con la expedición del *PNSP* parece haber un replanteamiento, sin embargo, este guarda cierto sentido pragmático Así aunque en el *PNSP* se incluye un nuevo discurso sobre la promoción de la salud ligado a la calidad de vida y de una prevención de los riesgos, las acciones formuladas dentro de los planes de salud territorial siguen centrándose en el nivel médico-asistencial, siendo la réplica de actividades puntuales y focalizadas (similares a las del *PAB*), y que se ejecutan con recursos y personal de salud limitados.

En el momento de relacionar las normas y conceptos de la *PyP* en Colombia con su ejecución en escenarios rurales concretos, otras ideas que se refuerzan –y que podríamos decir son conclusivas de esta investigación- son:

- ✓ Los saberes intrínsecos a las *PIPyp*, en su mayoría se basan en los postulados preventivistas de un modelo de atención clínico, donde es muy débil una visión de la salud pública y está ausente la de la medicina social y la salud colectiva.
- ✓ El nivel institucional marca unas pautas o esquemas muy mecánicos respecto al tipo de prácticas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad a desarrollar, donde es claro el rol que juegan los actores institucionales del sector salud, ubicados en el nivel más alto de la organización vertical característica de la promoción de la salud oficial.
- ✓ Las *PIPyp* poseen limitaciones relacionadas con las carencias en la infraestructura material y en los recursos humanos de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas (*IPS* públicas), con los problemas de desempeño de las empresas promotoras de salud a cargo de la afiliación de la población y con problemas para definir prioridades y evaluar el impacto de las actividades realizadas en los municipios por parte de la autoridad sanitaria competente (la *SESALUB*).
- ✓ Las características socio-territoriales de la región aunque son descritas en la mayoría de documentos de diagnóstico institucional, no ocupan un lugar prioritario en el momento de definir las actividades, metas e indicadores que en materia de *PyP* debieran impactar en la modificación de las condiciones de salud de los colectivos. De hecho las actividades planeadas y en su mayoría ejecutadas son las que corresponden a una matriz (predeterminada) tanto para el componente *PyP* del *POS* como para el Plan de Intervenciones Colectivas del *PST*.

En el tema de percepciones de los actores acerca de las PIPyP, las entrevistas al personal de enfermería- nos dieron un panorama de la manera como dichos actores “sienten la realidad” y toman posición simbólica frente a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, expresada y al mismo tiempo transformada en su práctica.

Al respecto anotamos que de las percepciones del personal profesional de enfermería de los niveles locales resaltan en cuanto a la promoción de la salud: el tema de los estilos de vida y la responsabilidad del “paciente”, así como en algunos casos la inclusión de criterios de mercado “vender la idea del cuidado”. En el caso de la prevención de la enfermedad, se prioriza el diagnóstico temprano, y el control o mitigación de los factores de riesgo a través de acciones centradas en dar información en salud para que la gente “tenga conciencia” de los factores de riesgo, en donde se identifica a la población en un espacio de espectador, depositario u “objeto”.

Pese a esto hay un reconocimiento de la necesidad de cambios institucionales en el nivel local, principalmente a nivel de fortalecimiento en los ámbitos de infraestructura, educación y personal de salud. Aunque se ubican pocas referencias críticas en el nivel de lineamientos, de la política, se identifican límites en los niveles organizativos y financieros tanto de los planes de salud territorial como del componente PyP del POS; donde el personal de enfermería se asume plenamente como garante y en un papel de liderazgo de los programas de PyP, adaptándose y siendo recursivo frente a las adversidades en el terreno de la ejecución de los mismos.

Finalmente en cuanto a las lecciones durante el proceso investigativo, se considera que para el abordaje de la política de salud se precisa tanto de categorías intermedias como de recortes que precisen el problema a investigar, en este mismo sentido son varias las tareas pendientes: en primer lugar, aunque se reconoce la importancia del tema de la salud rural como una variante de investigación de la línea salud y territorio, deben apropiarse desarrollos conceptuales como el de cuidado intercultural en salud, así como nuevas metodologías que permitan que en el abordaje empírico se le dé mayor fuerza a los actores sociales rurales; en segundo lugar, se plantea la necesidad de proyectos concretos que asuman la dignificación y reivindicación de la salud de las personas del campo como derecho social universal en un espacio ecológico sostenible; y en tercer lugar, a partir del acercamiento a las realidades locales, se identifica la necesidad de estudios relacionales de las condiciones de vida y de salud rural respecto a las de ámbitos como el urbano.

BIBLIOGRAFÍA

- ALAMES (2008). *Documento para la discusión Taller latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud*. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf>, Consultado el: 16 de octubre de 2009.
- Alcaldía Municipal de Berbeo –AMB- (2008). *Plan de Desarrollo de Berbeo, 2008-2011*.
- Alcaldía Municipal de Campohermoso –AMC- (2009). *Plan de Salud Territorial, POA 2009*.
- Alcaldía Municipal de Miraflores –AMM- (2004). *Plan de Desarrollo 2004-2007*.
- Alcaldía Municipal de Miraflores –AMM- (2008). *Plan Territorial de Salud, 2008-2011*.
- Alcaldía Municipal de Páez –AMP-(2008). *Plan de Salud Territorial, 2008-2011*.
- Alcaldía Municipal de San Eduardo –AMSE- (2008). *Plan Territorial de Salud y Plan de Desarrollo 2008-2011*.
- Alcaldía Municipal de Zetaquira -AMZ-(2008). *Plan de Desarrollo Municipal, 2008-2011 y Plan Territorial en Salud*.
- Almeida Filho, N. (2003). Integração metodológica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo. En: Goldenberg, P.; Giffoni R.M. y de Andrea Gomes, M.E., *O clássico e o novo: tendencias, objetos e abordagens em ciencias sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 143-156.
- Álvarez, G. (2008). Plan Nacional de Salud Pública: avances y retos en el fortalecimiento de la salud pública en Colombia. En: *Cuadernos del doctorado No. 7. El PNSP: posibilidades y limitaciones*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Belmartino, S. (1992). Políticas de salud ¿formulación de una teoría o construcción de un problema por investigar? En: Eibenschutz, C. (comp.), *Estado y Políticas sociales en América Latina*. México: FIOCRUZ-UAM- Xochimilco, 121-156.
- Blanco, J.; López, O.; Rivera, J.A. y Rueda, F. (1998). Una aproximación a la calidad de vida, Límites conceptuales y metodológicos. *Estudios de Antropología Biológica: VIII*, 433-448.
- Blanco, J. y López, O. (2006). Heterogeneidad socio-territorial. En: Peña, F. y Alonzo, A. (coords.), *Cambio social, antropología y salud*. México: CONACULTA/INAH, 63-81.
- Breilh, J. (2002). Técnicas intensivas (cualitativas) en la investigación en salud: debate sobre sus usos y distorsiones. En: Mercado, F; Gastaldo, D. y Calderón, C. (comp.), *Paradigmas y diseños de la Investigación cualitativa en salud*. México: Editado por: U. de Guadalajara, U Aut. De Nuevo León, Servicio Vasco de salud Osakidetza, Asociación Médica de Jalisco, Inst. Jaliscience de cancerología, 73-89.
- Budó M.L.D. y Saupe, R. (2005). Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura

permeando o cuidado de enfermagem. *Revista Texto Contexto Enferm.* Vol. 14(2):177-185.

- Castro, L.; Castro, M.A. y Morales, J. (2005). *Metodología de las ciencias sociales. Una introducción crítica*. Madrid: Ed. Tecnos (grupo Anaya S.A.).
- Centro de Salud “Juan Francisco Berbeo”. *Análisis situacionales de salud*. Años: 2005, 2007 y 2008.
- Centro de Salud Campohermoso. *Análisis situacionales de salud*. Años. 2007 y 2008. Centro de Salud San Eduardo.
- Centro de Salud de Páez “Jorge González Olmos”. *Análisis situacionales de salud*. Años: 2005, 2006, 2007 y 2008.
- Centro de Salud San Eduardo. *Análisis situacionales de salud*. Años: 2005, 2006, 2007 y 2008.
- Centro de Salud Zetaquira. *Análisis situacionales de salud*. Años: 2005, y 2007.
- Chapela, M.C. (2007). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En: Jarillo, E. y Guinsberg, E. (editores), *Temas y desafíos en salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar editorial, 347-368.
- Chapela, M.C. (2008) ¿Qué promoción de la salud ha fracasado? En: *Aspectos de las políticas y prácticas públicas de salud en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana CBS, 91-116.
- Chávez, B.M. (2001). La responsabilidad de las aseguradoras del Sistema General de Seguridad Social en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. *Revista Facultad Nacional de salud pública*. 19 (2): 89-100.
- CIMDER/SESALUB (2008). SICAPS 2000. Santiago de Cali, Colombia, Agosto de 2008.
- Congreso de la República de Colombia -CRC- (2006). *Texto definido plenario al proyecto de Ley No. 210/06 Cámara, 03/06 Senado “por medio del cual se expide el Estatuto de Desarrollo Rural...y otras disposiciones. Art 3”*.
- Congreso de la República de Colombia –CRC- (2007). *Ley 1122 del 9 de enero de 2007, “por la cual se hacen algunas modificaciones al SGSSS y se dictan otras disposiciones”*.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social-CONPES-DNP-(2005). *Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos del desarrollo del milenio-2015*. CONPES SOCIAL No. 91. 14 de marzo.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social-CONPES-DNP-(2008). *Actualización de los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios de programas sociales*. CONPES SOCIAL No.117. 25 de Agosto.
- Coronado S. (2007). Réquiem por el campo. *Revista cien días vistos por CINEP*. Bogotá: Núm. 61. Agosto de 2007.

- De La Garza, E. (1983). *El método del concreto-abstracto-concreto*. México: UAM-Iztapalapa, 13-38.
- Departamento Nacional de Planeación -DNP-(2003). *Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006 “Hacia un Estado comunitario”*. Bogotá, Colombia: 187-214.
- Departamento Nacional de Planeación -DNP-(2004). *Evaluación del programa familias en acción rural*. Disponible en:
<http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Programas/Sinergia/EvaluacionesEstrat%C3%A1gicas/EvaluacionesdelImpacto/ProgramaFamiliasenAcci%C3%B3nRural/tabid/836/Default.aspx>. Fecha de consulta: 12 de julio de 2009.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE- (2005). *Proyecciones municipales de población 2005-2011 por sexo y grupo de edad*. Disponible en: www.dane.gov.co. Fecha de consulta: 20 de mayo de 2009.
- Departamento Nacional de Planeación -DNP-(2007a). *Plan Nacional de desarrollo 2006-2010 “Estado comunitario desarrollo para todos”*. Bogotá, Colombia: 122-137.
- Departamento Nacional de Planeación -DNP-(2007b). *Aprovechar las potencialidades del campo*. Bogotá, Colombia: 47-52.
- Departamento Nacional de Planeación -DNP- (2008). *Programa Familias en Acción: Impacto en capital humano y evaluación beneficio-costo del programa*. Bogotá, Colombia: Enero de 2008.
- Departamento Nacional de Planeación -DNP-(2009a). *Avances y retos de la política social en Colombia*. Bogotá, Colombia: Febrero de 2009.
- Departamento Nacional de Planeación -DNP-(2009b). *Balance de resultados 2008*. Bogotá, Colombia: Abril de 2009.
- Echeverry, M.E. (2008). *El derecho a la salud en Medellín, Colombia desde la perspectiva de los usuarios, en el contexto de las reformas 1990-2006*. México: UAM-X, Tesis de doctorado en Ciencias en Salud Colectiva.
- Echeverri, R. (2000). *La Nueva Ruralidad, Memorias seminario internacional “la nueva ruralidad en América latina”*. Bogotá, Colombia: Ed. JAVEGRAF, Tomo I.
- Eslava, Juan C. (2006). Repensando la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Revista de Salud Pública*. Bogotá, Colombia. 8 (sup 2): 106-115.
- El Tiempo (2007). 5 de agosto de 2007, página 2 sección 1, artículo de Kalmanovitz, S.
- Fernández, S. (2007). Violencia de género en las prácticas institucionales de salud. *Rev. Gerencia Políticas de Salud*. Bogotá, Colombia: enero-junio 6(12): 52-76.
- Fernández, S. (2008). *Violencia de género en las prácticas institucionales del personal de salud*

de una institución hospitalaria de la red pública de atención del D.F. México: UAM-X,
Tesis de doctorado en Ciencias en Salud Colectiva: Introducción, Cap. I y II.

- Gómez, R.D. y González, E.R. (2004). Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia*. Medellín, Colombia: enero-junio 22(1): 87-106.
- Granados, J.A. y Tetelboin, C. (2008). *Módulo III: Práctica Médica y Política Sanitaria*. México: Maestría en Medicina Social, UAM-X.
- Hernández, Mario. (2002). *La OPS y el Estado colombiano, 100 años de historia 1902-2002*. Bogotá: disponible en la página de la OPS, 197-208.
- Hospital Regional de Miraflores. *Análisis situacionales de salud*. Años: 2005, 2006, 2007 y 2008.
- Instituto Nacional de Salud -INS- (2008). *Boletín epidemiológico SIVIGILA: casos totales en la semana 53 y acumulados del año*. Colombia: Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública.
- LaNota.com (2009). Ranking de empresas promotoras de salud de Colombia. 18 de julio de 2009. Disponible en: <http://lanota.com/index.php/CONFIDENCIAS/Ranking-empresas-promotoras-de-salud-de-Colombia.html>. Fecha de consulta: 3 de agosto de 2009.
- Le Breton, D. (2007). *El sabor del mundo. Una antropología de los sentidos*. Buenos Aires: Nueva visión, 1^a. Ed.
- Lozano, A. (2007). *El plan de desarrollo 2006-2010: Salud. Sin perspectivas en Colombia*. Publicado en: Periódico Virtual el Turbón. Disponible en: <http://elturbion.modep.org/drupal/?q=comment/reply/26>. Fecha de consulta: 7 de agosto de 2009.
- Machado, A. y Salgado C. (2006). *Academia, actores sociales y política en el sector rural*. Bogotá: Ed. Universidad Nacional de Colombia. FCE.
- Martínez, G. y Montesinos, R. (2006). La reconstrucción del discurso político: una propuesta metodológica. En: Alarcón, V., *Metodologías para el análisis político. Enfoques, procesos e instituciones*. México: Ed. Plaza y Valdés y UAM-Iztapalpa, 137-152.
- Minayo, M. C. (2002). Líneas de pensamiento en la investigación (médico) social. En: Mercado, F; Gastaldo, D. y Calderón, C., *Paradigmas y diseños de la Investigación cualitativa en salud*. México: Editado por: U. de Guadalajara, U Aut. De Nuevo León, Servicio Vasco de salud Osakidetza, Asociación Médica de Jalisco, Inst. Jaliscience de cancerología, 249-283.
- MPS, 2008. *Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad*. Disponible en:

Fecha de consulta: 24 de octubre de 2008.

- Ministerio de la protección social –MPS-(2007). *Decreto No. 3039 del 10 de agosto de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*.
- Ministerio de salud (1996a). *Resolución 04288 de 1996, "Por la cual se define el plan de atención básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones"*.
- Ministerio de salud (1996b). *Resolución 3997 de 1996, "Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)"*.
- Ministerio de salud (2000). *Resolución 412 de 2000, "Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública."*
- OMS (2005). *Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado. VI Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Bangkok, Tailandia. 11/08/2005.*
- OPS/OMS (1986). *Carta de Ottawa, I conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud, Ottawa, Canadá. 21/11/1986. Documento en Internet, disponible en: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>*. Fecha de consulta: 5 de noviembre de 2008.
- OPS (2008). *Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2008*.
- PNSR (1975). *Plan Nacional de Salud Rural*. Documento en Internet, disponible en: <http://www.telesalud.ucaldas.edu.co/rmc/articulos/v1e3a8.htm> . Fecha de consulta: 29 de Julio de 2009.
- Programa de Apoyo a la reforma de Salud -PARS-Ministerio de la Protección Social –MPS-(2007). *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública*. Bogotá, Colombia: colecciones PARS.
- Rodríguez, G.H. (1977). *Lengupá en la historia*. Bogotá: U. Libre, Monografía.
- Rodríguez J. et al. (2009). *Encuesta Nacional de Salud 2007, resultados por departamento: Boyacá*. Ed. JAVEGRAF.
- Rubalcava, R. M y Salles, V. (2001). Hogares pobres con mujeres trabajadoras y percepciones femeninas. En Ziccardi, A., *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina*. Buenos Aires, Argentina: CLACSO, 253-254.
- Rubio, M.J. y Varas, J. (2004). *El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Ed. CCS, 3^a. Edición.

- Secretaría de Salud de Boyacá (SESALUB). Consulta página www.sesalub.gov.co ahora disponible en: <http://www.boyaca.gov.co/?idcategoria=1267>. Fecha de consulta: 24 de octubre de 2008.
- Silva, E.M.; Nozawa, M.R.; Silva J.C. y Carmona, S. (2001). Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 17(4): 989-998.
- Téllez, E. (2007). *Algunas hipótesis de trabajo interpretativas sobre lo rural y lo urbano*. Ponencia Congreso Nueva ruralidad. UAM-X. México, 12-13 de noviembre de 2007.
- Tetelboin, C. (1992). Actores sociales: ¿una herramienta para el análisis de las políticas públicas en América Latina? En: Eibenschutz, C. (comp.), *Estado y Políticas sociales en América Latina*. México: FIOCRUZ-UAM.X, 233-253.
- Tetelboin, C. (1997). Problemas en la conceptualización de la práctica médica. *Estudios de Antropología Biológica*: VIII, 487-510.
- Tetelboin, C. (2007). Política y reformas a los sistemas de salud en América Latina. En: Jarillo, E. y Guinsberg, E. (editores), *Temas y desafíos en salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar editorial, 49-77.
- Vega R. y Hernández, A. (2008). La lógica del plan nacional de salud pública al descubierto: inconsistencias y coherencias. *En cuadernos del doctorado No. 7. El PNSP: posibilidades y limitaciones*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Vélez, A. L. (2000). Marco político y legal de la promoción de la salud. *Revista Colombia Médica, Fac. De salud, U. del Valle*. Colombia: 31(2): 86-95.
- Wolf, E. (1978). *Europa y la gente sin historia*. México: FCE.

ANEXOS

Anexo 1. Resumen de revisión bibliográfica

Anexo 2. Marco normativo de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad en Colombia

Anexo 3. Notas históricas de la provincia del Lengupá

Anexo 4. Anexo metodológico:

- 4.1. Instrumentos y fases metodológicas
- 4.2. Diario de campo
- 4.3. Descripción del procesamiento y guías de codificación de las entrevistas al personal de enfermería
- 4.4. Dificultades de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad (segmentos de las entrevistas transcritas)
- 4.5. Guías de observación

Anexo 5. Perfiles epidemiológicos 2005-2008 por municipio (Berbeo, Campohermoso, Miraflores, Páez, San Eduardo y Zetaquira)

Anexo 1. Revisión bibliográfica

Cuadro 28. Documentos revisados, 2007-2009

TÓPICO	TÍTULO Y AUTOR	TIPO DE DOCUMENTO	FECHA PUBLICACIÓN	FUENTE
Investigaciones sobre temas relacionados con servicios de salud, prácticas médicas y prácticas institucionales	Cambios en los patrones de utilización de servicios de salud en México 1994-2000, Molina Rodriguez, Julian Francisco	Tesis Maestría Medicina Social	Cuernavaca, Morelos 2003	Centro de documentación Maestría Medicina Social UAM Xochimilco.
La salud mental y el Hospital público: prácticas, políticas y culturas.		Libro, ponencias	Buenos Aires, 1998	Biblioteca UNAM
El orden Médico, Jean Claverol		Libro	Barcelona, 1983	Biblioteca UNAM
Lo sano y lo malo		Libro	Madrid, 2006	Biblioteca UNAM
La violencia de género en las prácticas institucionales de salud. Sara Yaneth Fernández Moreno	Artículo	Bogotá, Colombia 2007	Revista Gerencia Políticas de Salud, Pontificia Universidad Javeriana	
Prácticas de salud y su relación con las características socio familiares de estudiantes de medicina, Universidad del Valle	Artículo	Colombia, 1995	Revista Colombia Médica	

<p>Investigaciones o formulaciones teóricas respecto a las prácticas institucionales de salud en áreas rurales y/o situación de salud en áreas rurales.</p>	<p>Condiciones materiales de vida y enfermedad. Un análisis desde la relación existente entre morbilidad, clase social y emigración en un área rural del Valle de Solís, Estado de México. Vara Aguirre, Mina.</p>	<p>Tesis de Maestría Medicina Social</p>	<p>México, 1988</p>	<p>Centro de documentación Maestría Medicina Social UAM Xochimilco.</p>
<p>Un modelo innovador de capacitación integral en salud: prioridad para el desarrollo rural Ysunza Ogazón, Alberto Miguel y Diez-Urdanivia, Silvia.</p> <p>Encuentros y desencuentros con los servicios de salud reproductiva en el medio rural. El caso de las mujeres de Tlaxcala, Puebla. Arceo Vargas, Jorge Armando.</p>	<p>Tesis de Maestría en Desarrollo rural Social</p> <p>Tesis de Maestría Medicina Social</p>	<p>México, 1994.</p> <p>Méjico, 2003</p>	<p>Centro de documentación Maestría Medicina Social UAM Xochimilco</p>	<p>Biblioteca UNAM</p>

	La salud por el pueblo . Editor Kenneth W. Newell	Libro publicado por la OMS Ginebra	1975	Biblioteca UAM Unidad Xochimilco
	Afuera en lo rural: Un centro de salud en Mississippi. Carolyn Chu	Artículo sobre película	2006	Revista Medicina Social, www.medicinasocial.info
	Rural Health Care in Bolivia Henry B. Perry	Artículo	1988	Revista: The Journal of Rural Health
	Reviewing institutions of rural health centres: the Performance Initiative in Butare, Rwanda	Artículo	2005	Revista: The Journal of Rural Health
	Bruno Meessen, Laurent Musango, Jean-Pierre Kashala and Jackie Lemlin			
	Rural Health Care in Chile. Juan Giacconi Gandolfo, Nestor Montesinos Belmar, Adriana Schachill Vilalobos	Artículo	1988	Revista: The Journal of Rural Health
	Rural primary Health Care in Latin America. Bernardo Ramirez and David E. Berry	Artículo	1988	Revista: The Journal of Rural Health
	A rural advantage? Urban—rural health differences in	Artículo		Revista: The Journal of Rural Health

Peter Phillimore, Richard Reading.	Urban an rural health (URSS) Balabanova D., McKee M. Akingbade K. R.	Artículo	2004	Suplemento Revista European Journal of Public health
Hacer de la atención secundaria una preocupación primaria: los hospitales rurales en Ecuador. David Gaus, Diego Herrera, Michael Heister Barnett L., Cline Richmond		Artículo	2008	Revista Panamericana de Salud Pública www.tdx.csica.es/ETD-db/AVAILABLE/tdx-0122103
Comadronas y parteras en Guatemala	Tesis			
The changing nature of rural health care, Thomas C. Ricketts	Artículo	2000	Revista Annual Reviews of Public Health	
The new rural health	Libro	Australia, 2002	Resumen Revista European Journal of Public health	
Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. Maria de Lourdes Denardin Budó, Rosilia Saupe.	Artículo con base en tesis de doctorado	Brasil, 2005	Revista Texto Contexto Enferm	

<i>Políticas de Salud para el sector rural en países Latinoamericanos</i>	La atención médica rural en México de 1930 a 1980 ^a	Libro	1984	Biblioteca UAM Unidad Xochimilco
	Compilado por Héctor Hernández Llamas, Colección Salud y Seguridad Social.			
<i>Ruralidad, relación campo-ciudad</i>	Relación campo ciudad: la tierra recurso estratégico para el desarrollo y la transformación social.	Ponencias, Libro	México, D.F. 1983	Biblioteca UAM Unidad Xochimilco
<i>Tesis UPTC temas relacionados con Pyp en áreas rurales</i>	Algunas hipótesis interpretativas sobre lo rural y lo urbano. Enrique Téllez Fabiani	Ponencia	2007	Congreso Nueva ruralidad. UAM Unidad Xochimilco

Prácticas populares que utiliza la comunidad de Campoherreros para el manejo de las enfermedades más comunes según los pobladores.	Tesis de enfermería (No. 189)	Tesis de enfermería (No. 2002)	Biblioteca enfermería UPTC
Adriana Edith Moreno y Ana Silvia León			

Desempeño del profesional de enfermería en relación con el cumplimiento de las funciones definidas en la resolución 412 de 2000.	Tesis de enfermería (No. 192)	Tesis de enfermería (No. 2002)	Biblioteca enfermería UPTC
Nubia Yanneth Guevara y Martha Isabel Salcedo			

Fuente: elaboración propia

Anexo 2. Marco normativo de la Promoción de la Salud y la Prevención de la enfermedad en Colombia

Cuadro 29. Normatividad en materia de promoción de la salud 1990-2007

NORMA	CONTENIDO
Ley 10 de 1990	Reorganización del Sistema Nacional de Salud Servicios de salud como servicios públicos Asistencia pública en salud Gratuidad de los servicios básicos
Ley 60 de 1993	Distribución de competencias de las entidades territoriales y de la nación, y de los recursos
Ley 100 de 1993	Se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se definen los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios. Servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso POS EPS IPS UPC ESE FOSYGA Régimen subsidiado y contributivo
Decreto 1891 de 1994	Gasto de fomento de la salud y prevención de la enfermedad Acciones de salud pública y servicios básicos
Resolución 5165 de 1994	Criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos
Resolución 04288 de 1996	Plan de Atención Básica
Resolución 03997 de 1996	Actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS

Decreto 1283 de 1996	Reglamenta el funcionamiento del FOSYGA del SGSSS
Acuerdo 72 de 1997	Acciones de P y P dentro del POS
Acuerdo 117 de 1998 CNSSS	Obligatorio cumplimiento de las actividades de demanda inducida y atención de enfermedades de interés en salud pública (protección específica y detección temprana).
Acuerdo 120 de 1999 CNSSS	Presupuesto del FOSYGA
Resolución 412 de 2000	Actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública
Ley 715 de 2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con artículos de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros "Sistema General de Participaciones" -SGP-
Resolución 968 de 2002	Incorporación acciones de P y P del POS-S al PAB
Acuerdo 229 de 2002 del CNSSS	Proporción de la UPC-S para P y P del régimen subsidiado (4.01%)
Circular Externa 031 MPS DE 2003	Lineamientos de ejecución, seguimiento y evaluación del 4.01% de la UPC-S para actividades de P y P del POS-S.
Acuerdo 282 de 2004	Valor de la UPS del POS (subsidiado y contributivo) del 2005.
Decreto 1892 de 2004	Precisa los gastos de fomento de la salud y prevención de la enfermedad
Circular Externa 018 de 2004 MPS	Lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2004 – 2007 y de los recursos asignados para salud pública.
Decreto 1636 de 2006	Por el cual se reglamenta la forma y oportunidad para efectuar los giros de aportes patronales del Sistema General de Participaciones para Salud en desarrollo de lo establecido en el artículo 53 de la Ley 715 de 2001

Decreto 3815 de 2006	Creación y reglamentación del SIVIGILA
Ley 1122 del 2007	Modificación del SGSSS
Resolución 3309 de 2007 MPS	Reglamenta el inciso segundo del artículo 17 de la ley 1122 de 2007 (Liquidación de contratos en el régimen subsidiado)
Decreto 3039 de 2007	Plan nacional de Salud Pública 2007-2010
Guías de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la salud pública (publicadas en 2007)	23 Guías de atención para detección temprana, protección específica y atención. (Actualización de la resolución 412 de 2000)
Resolución 425 de 2008 MPS	Por el cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales

Fuente: Elaboración propia a partir de la lectura de la normatividad y con base en artículo: Marco político y legal de la PS (Vélez, 2000)

Anexo 3. Notas históricas de la provincia del Lengupá²⁰

Antepasados Chibchas

La población originaria de los municipios de la provincia fueron indigenas que se organizaron en torno a diferentes cacicazgos. En diferentes oleadas migratorias los indigenas chibchas que llegaron a esta tierra le dieron el nombre de LENGUAPABA, que significa la frontera del jefe o el fin del dominio del padre, otras interpretaciones plantean el significado de acuerdo a las raíces LEN: de sitio, GUA: de río, PABA: del padre o jefe. En efecto algunos historiadores coinciden en que el nombre de esta región se debe precisamente a que a ésta llegaba el límite del imperio de los Muiscas, sin embargo, al parecer el recorte del nombre se debe a un matiz que los conquistadores españoles (LENGUPA) le dieron a la denominación originaria. Pese a esto muchos otros nombres de origen aborigen siguen presentes hasta hoy en algunas de las vertientes, quebradas y sitios de la provincia (por ejemplo: Mocacia, Guanatá, Chapacia, Juratá, Juracambita, entre otros).

El reino de los Chibchas, que se expandió por el sur-oriente del hoy departamento de Boyacá, tenía como vecinos a los indígenas Achaguas y los Cucianos (localizados en la hoy Chámeza), a los Teguas (en el hoy Campoverde), a los Sálivas, los Tunebos y a los Guahibos (en hoy el departamento del Casanare). Así confluyeron estos tres importantes pueblos originarios alrededor del caudaloso río Lengupá, que nace en los actuales municipios de Siachoque y Rondón, donde brota un manantial, que en ocasiones se convierte en laguna, en el sitio conocido como el Peñón de la Galera y nombrado por los muiscas como Mueche, la corriente de agua se torna en río caudaloso en la medida en que atraviesa cerros para caer en un frondoso y selvático valle y para luego penetrar una hoya profunda y calurosa, éste es el río Lengupá, llamado por los españoles Río Grande, el cual desemboca en las corrientes del Río Upía.

La conquista española

La llegada de los españoles a tierra boyacense y en especial a la región del Lengupá se registra en el año de 1537, se trató al parecer de una “visita de reconocimiento” ordenada por Gonzalo Jiménez de Quesada, y a cargo del capitán Fernández de Valenzuela la cual dejó deslumbrados a los españoles ante los magníficos paisajes y la posibilidad de encontrar abundantes yacimientos esmeraldíferos, razones por

²⁰ Los datos fueron consultados de la monografía: Lengupá en la historia, y fueron complementados con información disponible en los planes de desarrollo municipales.

la que posteriormente se encomendó al General Juan de San Martín y a sus 30 hombres la misión de conquista, no sin encontrarse con la dificultad de atravesar el río Lengupá decidiendo descender por el filo de la cordillera oriental hacia tierras de los indios Teguas.

Y llegó la compañía de Jesús (Los Jesuitas)

Fue hacia 1639 que en realidad se hicieron las primeras colonizaciones en la región, los Jesuitas en miras de establecerse en la región adquirieron la Hacienda²¹ de nombre Lengupá, aunque algunos textos la datan en el año de 1611. Dicha hacienda fue misionada como centro de aprovisionamiento de la compañía y en especial del Colegio de Tunja, y tenía como labores "la cría y engorde de ganado, trapiche, cultivo de caña, plátano y algodón" a manos de esclavos negros introducidos por los jesuitas.



Fotografía de Casa de la Hacienda Lengupá. Fuente: Libro Lengupá en la historia

Así mismo se erigió -bajo el ordenamiento de la orden Jesuita- alrededor de dicha hacienda el primer núcleo de población de esta provincia, el cual luego se convirtió en la primera Parroquia²² denominada inicialmente Lengupá y posteriormente San Fernando de Aguablanca (hoy municipio de Berbeo). En 1743 se dividió la gran parroquia del Lengupá en dos curatos, uno que mantuvo el nombre de Lengupá y otro con nombre Miraflores el auto de dicha creación fue dictado por el Arzobispo del entonces Nuevo Reino de

²¹ Fincas trabajadas por gente que se establecía en ellas y que dependía directamente de los dueños de la finca.. por doquier había haciendas de propiedad de establecimientos religiosos .. *WOLF ERIC, EUROPA Y LA GENTE SIN HISTORIA, Pág 180

²² Esta política general española de re-establecimiento y concentración redefinió la naturaleza de las comunidades locales, no sólo demográfica, sino también económica y administrativamente, WOLF ERIC, EUROPA Y LA GENTE SIN HISTORIA, Pág 182

Granada. Hacia 1767 fueron expulsados los jesuitas por orden de Carlos III, por lo cual estos territorios fueron incautados por el gobierno español y luego vendidos a españoles (don Francisco Javier de Rojas padre del Dr. Ezequiel Rojas) y criollos o repartidos a otras misiones religiosas.

Lengupá y la lucha por la independencia

La herencia de la lucha comunera (en el hoy departamento de Santander contiguo a Boyacá) de 1781 con el posterior desplazamiento de muchos de los descendientes de los capitanes comuneros, fue derrotero para continuar la batalla por la independencia en Colombia y cuya manifestación insigne el 20 de Julio de 1810 en Bogotá abonó el camino para la derrota de los españoles en territorios boyacenses en la famosa Batalla del Puente de Boyacá (7 de agosto de 1819).

Fue hacia 1817 que varios grupos guerrilleros hicieron presencia en la región del Lengupá y por donde llegarían varios de los insurgentes llaneros provenientes del oriente (hoy departamento de Casanare) y comandados por el general Santander. Dentro de los patriotas de Machetá se encontraban los hermanos Nicolás, Laurencio y José Joaquín Acosta y Berbeo, y de la localidad el mirafloreño José María Oviedo fusilado en 1817. Así fue que Lengupá se convirtió en zona de permanente disputa y donde las tropas realistas a favor de la reconquista española establecieron destacamentos permanentes como en el caso de Miraflores intentando detener al ejército patriota

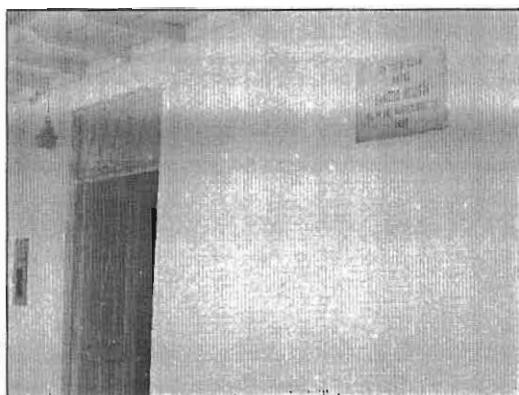


Retrato José Joaquín Acosta Berbeo

Santos Acosta (personaje del siglo XIX)

Hijo de Joaquín Acosta Berbeo y bisnieto de Juan Francisco Berbeo, el médico Manuel María de los Santos Acosta se convirtió en una figura política central de la provincia. Como político tuvo una participación activa en el partido liberal, además de su importante y decidido liderazgo dentro del

movimiento armado constitucionalista y federalista en contra de la dictadura conservadora por lo cual fue nombrado General. Entre 1867 y 1868 Santos Acosta fue presidente de los Estados Unidos de Colombia.



Fotografía de la Casa donde nació Santos Acosta, Miraflores, Boyacá. Fuente: Archivo personal.

Y llegó el siglo XX

En las primeras décadas del siglo la región continuaba aislada de la capital y vivía al tenor de las costumbres de la sociedad feudal, no existía carreteras para el paso de automotores, el transporte de personas y el comercio se realizaban en animales de carga (caballo o mula).

Hacia los años treintas la población de tradición política liberal logró insistir a los presidentes Enrique Olaya Herrera, Eduardo Santos y Alfonso López Pumarejo, en la necesidad de construir una carretera que uniera a la región con la ciudad capital de Tunja, la cual fue inaugurada el 8 de mayo de 1938 y luego nacionalizada en 1941.



Vista de la Iglesia de Miraflores en los años 30's. Fuente: libro Lengupá en la historia

Los años cincuentas (50's) también marcaron al territorio lengupense pues presenció varias luchas campesinas, unas originadas en conflictos por la tierra, y otras más en la violencia política entre los partidos liberal y conservador a propósito del asesinato de uno de los candidatos presidenciales, el liberal Jorge Eliécer Gaitán en 1948.

Algunos historiadores del período de la violencia en Colombia (1948-1953) narran la permanente disputa, desplazamiento, hambre y muertes que causó en la región la casería de liberales en la zona oriente de Boyacá, por parte del régimen conservador de Laureano Gómez, dada su importancia como zona de paso obligado entre el oriente y el centro del país, así como la llegada a esta zona de los hermanos Salcedo y del comandante de las guerrillas liberales de los llanos orientales, el legendario Guadalupe Salcedo.

Anexo 4. Anexo metodológico

4.1. Instrumentos y Fases metodológicas

Cuadro 30. Metodología e instrumentos de investigación

Metodología	Definición	Epistemología	Objetivo	Actividades	Instrumentos de obtención de datos	Población
Analisis político del discurso	Parte de la propuesta metodológica de reconstruir el discurso como instrumento analítico de la política, jugando un papel como vehículo de la ideología y en estrecha relación con las relaciones de poder. En este sentido obliga a identificar los actores presentes en determinados escenarios así como el contexto sociohistórico de los mismos (Martínez y Montesinos, 2006).	Tradición sociolingüística: Cualitativa	Describir los elementos de la política social y de la política pública en salud en cuanto al eje de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en zonas rurales.	Recopilar documentos públicos sobre política social y de salud para sectores rurales	Guías para la recopilación y análisis de documentos públicos (leyes, decretos, resoluciones, acuerdos, cartas, entre otros).	
Observación	Técnica etnográfica clásica, el investigador recoge la información viva por un período de tiempo con la población	Tradición antropológica: Cualitativa	Explorar la percepción del personal de enfermería acerca de SESALUB.	Contactar a las seis enfermeras informante clave de la SESALUB.	-Entrevista individual semi-estructurada	Six Enfermeras encargadas de P y P en municipios

<p>Epidemiológica (Estudio Transversal)</p> <p>Es estudio que indaga sobre la presencia de la exposición y la ocurrencia del evento una vez conformada la población en estudio, se hace una sola medición en el tiempo. Son retrospectivos y se basan en el estudio de casos prevalentes.</p>	<p>Tradición Positivista: cuantitativa</p>	<p>Reconstruir perfiles PSE de los municipios de la provincia a partir de los análisis situacionales ya elaborados y de otras fuentes secundarias de información.</p>	<p>Recopilar y analizar los datos de fuentes secundarias ya elaborar el perfil epidemiológico de los municipios de la provincia.</p>	<p>-Guía de observación y diario de campo</p>
<p>Contexto</p> <p>Identificar determinantes históricos, económicos, políticos, socio-territoriales y culturales por medio de la revisión documental.</p>	<p>N/A</p>	<p>Identificar el contexto de los municipios estudiados</p>	<p>Recopilación de documentos públicos e históricos</p>	<p>Guía para recopilación de documentos municipales, históricos e históricos.</p>

Fuente: elaboración propia.

I FASE METODOLÓGICA

Consideraciones:

Esta fase busca una *primera reconstrucción de las prácticas institucionales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (PIPyP1)*, para lo cual es necesario que *iniciemos con la descripción de sus estructuras formales y posteriormente -a partir del análisis de éstas- propongamos una definición y características de las PIPyP1*.

De acuerdo a lo anterior, se elaboraron como instrumentos dos guías de trabajo y una matriz de registro de las acciones formuladas para los niveles locales:

INSTRUMENTO 1. Guía para recopilación y análisis de documentos públicos

Preguntas Guias:

1. ¿Existe dentro de la política nacional de salud del período 1993-2007 alguna orientación específica para población que habita zonas rurales?
2. ¿Existen líneas de acción, programas y/o actividades específicas para esta población?
3. ¿Qué actores han estado presentes en esta discusión?
4. ¿Cuáles han sido las posiciones de los actores en la formulación?
5. ¿Cuál es el planteamiento en el nivel departamental sobre los servicios para la población rural?
6. ¿Existen líneas de acción, programas y/o actividades específicas para esta población?

Información a partir de normas, boletines, notas de prensa, etc. De las siguientes fuentes:

- Ministerio de Salud, hoy Ministerio de la Protección Social.
- OPS/OMS.
- Secretaría de Salud de Boyacá (SEASALUB).
- Congreso de la República.
- Organizaciones gremiales: ANTHOC, ANEC, ASMEDAS, entre otras.

- Instituciones académicas
- Organizaciones campesinas (FENSUAGRO, CNA y ONG's)

INSTRUMENTO 2. Caracterización de la red pública de servicios de salud en Colombia.

Preguntas guía:

1. En términos generales ¿Cómo se organiza la red pública para la prestación de servicios de prevención, atención de la enfermedad y promoción de la salud?
2. ¿Cuál es la definición de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad presente dentro de la legislación nacional y dentro de la actual política de salud?
3. ¿Cuáles son los servicios de P y P contemplados en la legislación en salud?
4. ¿Cuáles son los programas y actividades de P y P contemplados en el nivel nacional?
5. ¿Qué actividades de PyP modificó o incluyó el PNSP 2007-2010?
6. ¿Cuál es el monto de recursos para las actividades de PyP en los municipios?

Acciones en los niveles locales

Consideraciones:

Las acciones de P y P del nivel local se desarrollan bajo las directrices del nivel nacional pero es el nivel departamental, en ese caso la Secretaría de Salud de Boyacá –SESLUB-, el que define su aplicación y directrices en los niveles municipales (se hará referencia a las orientaciones del último período 2008 y 2009).

INSTRUMENTO 3.

Matriz de programas, actividades, personal, recursos y población objetivo de P y P formuladas para el nivel municipal por parte de la SESANIP anno 2000

ESE _____ MUNICIPIO _____

II. FASE METODOLÓGICA

Consideraciones:

Teniendo presentes la definición y características de las PIPIPyP1, esta fase busca explorar las percepciones del personal de enfermería respecto a las PIPIPyP y a su propia práctica dentro de éstas, para esto se elaborará una entrevista que tenga diferentes elementos y niveles de los saberes y haceres de las PIPIPyP, también se aplicará una guía de observación.

INSTRUMENTO 4. GUÍA DE ENTREVISTA CON PERSONAL DE ENFERMERÍA)

No. DE ENTREVISTA.

Consideraciones:

A través de la entrevista se pretende explorar la percepción del personal de enfermería respecto a las prácticas institucionales de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad –PIPIPyP- (formuladas y ejecutadas) y dentro de éstas la de su propia práctica.

Para lo anterior se definen cinco rubros que se abordarán teniendo en cuenta los siguientes elementos:

1. Apertura [aprox. 10 min]:

1. Enfermer@:
2. ESE:
3. Lugar de procedencia:
4. Experiencia Académica:
 - Universidad de origen:
 - Fecha de grado:
 - Tema de tesis:
5. Experiencia laboral: en qué servicios, último trabajo
6. Tiempo de trabajo en el municipio
7. Opiniones sobre el contexto
8. Elementos que identifica como importantes del perfil epidemiológico en el municipio

Preguntas guía:

- ¿Cuál es tu nombre?

• ¿Eres de esta región o de dónde eres?

• ¿Y dónde estudiaste la carrera?

• ¿Hace cuánto?

• ¿Tuviste que hacer tesis, qué temática trabajaste?

• Y luego de graduarte ¿en qué áreas has trabajado?

• ¿Hace cuánto trabajas como enfermera en este municipio?

• ¿Cómo ves al municipio en cuanto a su economía, su cultura, u otros elementos del contexto que consideres importantes?

• ¿Cuáles crees que son las principales necesidades de sus habitantes?

• De tu práctica en el municipio ¿Cuáles consideras que son los principales problemas de salud que afectan a la comunidad?

No DE ENTREVISTA.

2. Directrices institucionales para Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad [aprox. 10 min]:

1. Entidades que definen lineamientos
2. Identificar normatividad actual
3. Dificultades en la aplicación

Preguntas guía:

• ¿Qué lineamientos o qué normatividad han formulado los niveles nacionales y departamentales en cuanto a la PyP?

• De acuerdo a la situación del municipio ¿Cómo ves la aplicación de estos lineamientos en la realidad local?

• ¿Has identificado en tu práctica dificultades entre la formulación de la política de PyP y las prácticas que se realizan desde el nivel municipal? ¿A qué crees que se deban?

3. Conceptos y opiniones generales sobre Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad [aprox. 10 min]:

1. Promoción de la salud
2. Prevención de la enfermedad
3. Importancia de PyP
4. Relevancia de la PyP a la comunidad

Preguntas guía:

Al hablar de promoción de la salud:

- ¿Qué ideas te surgen?
- ¿Qué opiniones tienes respecto a la PS?

Y sobre la prevención de la enfermedad:

- ¿Qué ideas te surgen al hablar de la prevención de la enfermedad?
- ¿Cuáles son tus opiniones sobre la PE?

En tu criterio

- ¿Qué importancia tienen la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad dentro de las prácticas de salud?
- ¿Cuál sería la relevancia de la PyP para las necesidades e intereses de la comunidad?
- ¿Ves particularidades en la P y P que se desarrolla en municipios mayoritariamente rurales? ¿Cuáles?

4. Sobre las prácticas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad (Actividades, intervenciones y procedimientos) en el centro de salud [aprox. 15 min].

1. Organización de las actividades (programas y acciones)
2. Población objetivo.
3. Condiciones materiales (infraestructura, recursos, medicamentos, tiempo, etc.)
4. Personal responsable, participante y de apoyo
5. Tiempo dedicado a las PIyP
6. Características de las PIyP en el medio rural (trabajo extramural, personal, trasladados, etc.)

Preguntas guía:

- En el centro de salud de este municipio ¿cómo están organizadas las actividades de PyP? ¿Podrías comentar qué programas se adelantan en la actualidad? ¿A qué población van dirigidos?
- ¿Qué piensas sobre el desarrollo de estos programas en el municipio? ¿Qué acciones se desarrollan y cuáles no?

No DE ENTREVISTA

-

• ¿Con qué recursos materiales y financieros cuentan para el desarrollo de estas actividades?

• ¿Con qué personas cuentan, qué disponibilidad de horas/día tienen para las actividades de PyP?

• De acuerdo a tu experiencia ¿Qué elementos del medio rural consideras que hay que tener en cuenta para el desarrollo de las prácticas de PyP?

5. Sobre su papel en las prácticas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad (Actividades, intervenciones y procedimientos) [aprox. 15 min]:

1. Responsabilidades
2. Reconocimiento social
3. Fortalezas
4. Problemas

No DE ENTREVISTA

Preguntas guía:

- ¿Cuáles son las tareas que asumes en el desarrollo de las prácticas de PyP?
- ¿Como te sientes en el desarrollo de esta práctica?
- ¿Te ves respaldada? ¿Por quién?
- ¿Qué impresión crees que queda en la comunidad rural luego de desarrollar una práctica de PyP? ¿Se reconoce tu labor?
- ¿Qué problemas has enfrentado al momento de desarrollar o de operar las prácticas de PyP en este municipio?
- ¿Qué fortalezas crees que existen para las prácticas de PyP en este municipio?

Observaciones:

INSTRUMENTO 5. CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PERSONAL DE ENFERMERÍA

No. DE ENTREVISTA:

Luego de haber conocido los objetivos, propósitos y fines de mi participación en la investigación sobre “*las percepciones y prácticas institucionales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en escenarios rurales*” realizada por Adriana Patricia Lozano Daza actualmente estudiante de la maestría en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana en México, acepto participar en la investigación siempre y cuando:

- ✓ Las entrevistas individuales hagan referencia al tema de la investigación, además tenemos derecho a hacer preguntas acerca de la utilización de la información, las consecuencias y cualquier otro asunto relacionado con este estudio.
 - ✓ La información y nuestra identidad sean manejadas de manera confidencial; aceptando que nuestra participación así como la del investigador es voluntaria y gratuita.
 - ✓ La información obtenida sea utilizada con fines estíctamente académicos nunca con fines evaluativos o institucionales.
 - ✓ Mi permanencia sea voluntaria, implica que puedo retirarme en el momento que lo deseé.
- De acuerdo a lo anterior doy consentimiento de participación en esta investigación y autorizo la grabación de la sesión en formato de audio.

FIRMA DE LA PARTICIPANTE

FIRMA DE LA INVESTIGADORA

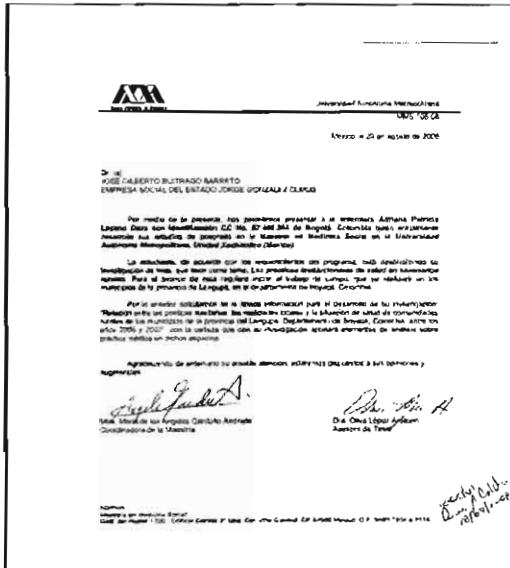
INSTRUMENTO 6.

Matriz de programas, actividades, personal, recursos y población objetivo de PyP ejecutadas en el nivel municipal

FECHA	ESE	MUNICIPIO	PERSONAL DE SALUD	RECURSOS Y MATERIALES	POBLACIÓN BENEFICIARIA
SUB-PROGRAMA	ACTIVIDADES				
PAI					
AIEPI					
NUTRICIÓN					
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA					
SALUD MENTAL					
ESCOLAR SANO					
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES					
CRÓNICAS					
OTROS					
OBSERVACIONES					

4.2. Diario de Campo

En el mes de septiembre del año 2008 se hizo una primera visita a la región, específicamente al municipio de Páez, en el cual laboré como enfermera en el 2006-2007. Luego de contar con el apoyo del gerente del centro de salud de Páez "Jorge González Olmos", se establecieron los contactos con los gerentes de las ESE's de los otros cinco municipios y se entregó una carta en cada uno informando los objetivos de la investigación.



En el año 2009, hacia el mes de febrero se restableció contacto por correo con la enfermera del centro de salud de Páez, a través de ella se enviaron nuevas notificaciones, a las instituciones de salud y a las alcaldías, durante el mes de marzo informando sobre la visita de campo para los meses de abril y mayo (ver encabezado de carta). También se informó de los términos de la investigación a la funcionaria que coordina algunos municipios de esta región por parte de la SESALUB.



El periodo de trabajo de campo transcurrió del 6 de abril al 28 de mayo. Se realizaron dos visitas a

los municipios. La primera con la finalidad de presentar al gerente de la ESE y a la enfermera los objetivos y metodología de la investigación así como adelantar aspectos de la guía de observación. La segunda fue para la realización de la entrevista con la enfermera.

Algunos apartes del diario de campo pueden ilustrar el proceso en relación con:

La gestión de las entrevistas:

"*Abril 7: ...Ya en Miraflores me atendió la Jefe encargada de la parte de VSP y lo asistencial, luego de comentarle sobre el proyecto de investigación me llevó con el subgerente científico a quien entregué en medio físico las cartas y el resumen del protocolo, tuvimos una conversación donde presenté el tema y los objetivos de la investigación, él me realizó preguntas sobre el tipo del estudio y asintió a prestar la colaboración necesaria, sin embargo, propone una reunión con el gerente encargado del Hospital para hacer la presentación formal y tener su visto bueno. Así mismo me presentan con la Jefe... encargada de los programas de PyP del Hospital, igualmente informé sobre el proyecto, le entregué copia del resumen del mismo, y acordamos una siguiente cita para realizar la entrevista. Le dí a la Jefe el libro de sexualidad del DF y al subgerente una revista salud problema."*

La información de contexto:

"*Abril 8: ...En la mañana asistí a las instalaciones de la alcaldía de Miraflores, aunque todos los funcionarios estaban en reunión pude hablar con el secretario de planeación... quien recibió la carta y resumen del proyecto, y quien recomendó hablar con la persona encargada del SISBEN para darnos la información necesaria, quedó pendiente confirmar vía telefónica la cita con esta persona.*"

La guía de observación:

"...Luego fui desde el municipio de Miraflores hacia San Eduardo salí a las 11 AM y llegué a las 12:30...A las 2 PM llegó la Jefe, me hizo seguir, como era semana santa no había servicio así que tuvimos tiempo para presentar el proyecto de investigación, leer el resumen, leer el consentimiento informado y llenar la matriz de actividades ejecutadas ... me facilitó los documentos de PST, el análisis situacional de salud 2008 y quedaron pendientes los mapas y la información que se necesita de la alcaldía por medio del secretario de planeación, se acordó la cita para entrevista para el mes de mayo... su actitud fue de respeto, amabilidad y apertura para la investigación ...llegué a las 8 PM a Páez."

"*Abril 10: A las 3 PM nos vimos con la Jefe estuvimos hasta las 4:40 PM adelantando una conversación sobre el objetivo del protocolo, la información que se necesitaba, y así ella comenzó a decirme todo lo que estaba sucediendo en cuanto al POA 2009, los programas como PAI y AIEPI, la reunión de COVE, estuvimos compartiendo comentarios sobre las prioridades del PST y la necesidad de incluir acciones de PYP para la enfermedad de Chagas, así mismo me comentó sobre el estado de los programas y actividades. Vimos el consentimiento informado para las entrevistas y de acuerdo con éste se acordó cita para la entrevista en el mes de mayo, quedé de ir a consultar el POA y los informes del PAB de años anteriores, me facilitó el análisis situacional 2008 y me regaló un libro, yo le dí una revista salud-problema.*"

El desplazamiento a los municipios:

"*Abril 13:* ...Sali en moto desde Páez a las 12:30 a una cita que tenía acordada a la 2:00 PM con el gerente de Campohermoso, una vez allí me atendió junto a la jefe de enfermería, ...les entregué las cartas, una revista salud problema y expuse los objetivos de la investigación. ... A las 4 PM fue el regreso a Páez."

"*Abril 14:* ...de acuerdo a lo acordado con el Dr X llegué a Miraflores, luego de 2 horas de viaje."

"*Abril 15:* Sali en moto desde Páez hasta Berbeo desde las 11 AM ... a las 6 PM regresé a Páez en el carro de una funcionaria de la alcaldía.

"*Mayo 13:* ... Berbeo, salí de Páez a las 7:15 AM, llegué al cruce a las 8:30 AM y luego fui caminando hasta el poblado aprox. durante 20 min. y llegando un habitante del municipio me llevó gratis en moto hasta el poblado. A las 10 AM llegué al centro de salud de Berbeo...Hacia la 1 PM salí del centro de salud en busca de transporte para volver a Páez, un camión de mercado me llevó hasta el cruce y de ahí a la 1:30 PM esperando el bus hacia Páez, pasó el camión del queso..."

La solicitud de información a la secretaría de salud de Boyacá:

"*Abril 17:* En Tunja, la cita que era a las 9 AM, no se desarrolló a esa hora pues la funcionaria tuvo un imprevisto, entonces busqué otras personas a las cuales solicitarles información y presentarles la idea del protocolo. La persona encargada del PAI se mostró interesada, sin embargo, la encargada de la parte de VSP y la de SSR se mostraron displicentes y desinteresadas. Se asignó a una Dra. ante mi solicitud de información"

"*Mayo 19:* Debido a la imposibilidad de obtener una cita con alguien de la secretaría para efectos de las preguntas de la guía y por recomendación de la Dra. X, envié una carta por mail y por fax a Tunja, al secretario de salud de Boyacá."

"*Mayo 28:* Viaje a Tunja a las 7 am y llegué a las 12... desplacé a la secretaría de salud a las 2pm para buscar y acceder los AS faltantes, me atiende la Dra. X en una actitud amable me permite consultar los documentos físicos de archivo así como los del computador, no encontramos el AS de Campohermoso 2006. Radiqué nuevamente la carta al secretario de salud (no hubo respuesta)."

Las entrevistas:

"*Mayo 21:* ...Viajo a Zetaquira para la entrevista con la Jefe...llegué a las 12 en el centro de salud, sin embargo, se evidenciaba muchas ocupaciones de la Jefe pues tenían una brigada al día siguiente y estaban alistando los insumos para la misma, luego de 20 minutos iniciamos terminado a la 1:20 PM, la Jefe fue muy amable y me facilitó los documentos que estaban pendientes"

"*Mayo 22:* ...Luego de confirmar la cita a Miraflores, viajé a las 9 AM y llegué a las 11 AM...a las 2 PM estuve en el Hospital donde la jefe estaba esperándome y me atendió de manera muy fraternal y atenta, durante la entrevista fuimos interrumpidas por responsabilidades asistenciales de la Jefe pero logramos terminarla hacia las 4:30 PM y tener acceso a documentos de AS..."

4.3. Entrevistas al personal de enfermería (descripción del procesamiento y guía de codificación)

Descripción del procesamiento.

Las entrevistas al personal de enfermería en formato audio fueron posteriormente transcritas y convertidas a formato Word rtf. El tiempo de duración propuesto para cada entrevista fue de 60 minutos, aunque las seis entrevistas tuvieron tiempos diferentes de duración (ver cuadro).

MUNICIPIO	FECHA DE REALIZACIÓN	DURACIÓN	TRANSCRIPCIÓN
PÁEZ	7 de mayo de 2009.	0:57:58	20 cuartillas
CAMPOHERMOSO	8 de mayo de 2009.	0:36:59	12 cuartillas
BERBEO	13 de mayo de 2009.	0:51:08	18 cuartillas
SAN EDUARDO	18 de mayo de 2009.	0:51:11	16 cuartillas
ZETAQUIRA	21 de mayo de 2009.	0:43:12	16 cuartillas
MIRAFLORES	22 de mayo de 2009.	1:27:57	27 cuartillas

Se realizó una primera lectura de las transcripciones para identificar categorías, este proceso nos permitió que de manera manual se hiciera una propuesta de códigos según correspondieran a la estructura, al proceso o al resultado de las PIPyP.



Así se identificaron como categorías iniciales:

1. Experiencia laboral del profesional de enfermería
2. Formación académica en relación con temas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
3. Opinión sobre perfil epidemiológico municipal
4. Conocimiento y opiniones sobre normatividad y lineamientos en cuanto a promoción de la salud y prevención de la enfermedad
5. Dificultades relación formulación y la práctica en la realidad local
6. Concepto de promoción de la salud
7. Concepto de prevención de la enfermedad
8. Peso de la PyP
9. Organización de las prácticas institucionales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
10. Actores dentro de las prácticas institucionales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y actitudes frente a la misma
11. Las prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y el contexto
12. Las prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y la población
13. Prácticas institucionales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el medio rural
14. Responsabilidades del personal de enfermería en las prácticas institucionales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
15. Sentires en el desarrollo de las prácticas institucionales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
16. Problemas en el desarrollo de las prácticas institucionales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
17. Fortalezas en el desarrollo de las prácticas institucionales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
18. Efectos de los programas sociales de gobierno en el cumplimiento de las metas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad contenidas en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.
19. Opiniones frente a los planes territoriales de salud en cuanto a acciones relacionadas con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Plan Nacional de Salud Pública –PNSP)

Se propusieron los siguientes códigos, familias y superfamilias:

CÓDIGOS: que nos permiten identificar segmentos de la entrevista	CÓDIGOS DE FAMILIAS: posibles grupos de códigos con relaciones definidas (ver niveles o dimensiones de las mismas)	SUPERFAMILIAS: relaciones a otro nivel más de tipo temático o de rubro
1. Experiencia laboral en PyP	1. Acercamientos a la PyP	1. Lo conceptual y lo normativo de la PyP (familias 3 y 4)
2. Formación académica en PyP	2. Aplicabilidad/oportunidad de las PIPyP en estos escenarios	2. Las PIPyP que se desarrollan actualmente (familias 2 y 6)
3. PIPyP y perfil epidemiológico	3. Lo normativo	3. Los actores de las PIPyP (familias 1, 5 y 7)
4. Normatividad y lineamientos en PyP	4. Lo conceptual	
5. Relación formulación PyP y realidad local	5. Los actores de la PyP	
6. Concepto de promoción de la salud	6. Caracterización de las PIPyP actuales	
7. Concepto de prevención de la enfermedad	7. La enfermera y las PIPyP	
8. Relevancia de la PyP		
9. Actores institucionales relacionados con la PyP		
10. Contexto de las PIPyP		
11. La población y las PIPyP		
12. La PIPyP en el medio rural		
13. Responsabilidades del personal de enfermería en las PIPyP		
14. Sentires en el desarrollo de las PIPyP		
15. Fortalezas de las PIPyP		
16. Programas sociales y la PIPyP		
17. Planes territoriales de salud y las PIPyP		
18. El POS-S y las PIPyP		
19. Dificultades PIPyP		

Luego se elaboró una guía de codificación para el posterior análisis de entrevistas con el software ATLAS.ti versión 5.

Guía de codificación para el análisis con ATLAS.ti

Descripción de los códigos

Code: actores relacionados con la PyP

"Se refiere al personal de salud involucrado en las PIPyP y en algún sentido su actitud y responsabilidad frente a las mismas"

Code: concepto de prevención de la enfermedad

"Es la respuesta de la enfermera entrevistada a la pregunta sobre ¿qué entiende o qué ideas le surgen sobre la prevención de la enfermedad?"

Code: concepto de promoción de la salud

"Es la respuesta de la enfermera entrevistada a la pregunta sobre ¿qué entiende o qué ideas le surgen sobre la promoción de la salud?"

Code: Contexto de las PIPyP

"Son las alusiones a aspectos contextuales que inciden en las PIPyP, aunque hubo dificultades en que el personal abordará la pregunta, se dificultaron las opiniones en este tema, y fue persistente la solicitud de aclarar la pregunta."

Code: dificultades PIPyP

"En este código se agruparon las opiniones que dentro de la entrevista se identificaron como problemas para desarrollar las PIPyP ya fuera por referencia explícita de la entrevistada o porque yo las identifiqué como falencias."

Code: El POS y las PIPyP

"Teniendo en cuenta que la resolución 412 de 2000, en cuanto a actividades de PyP del POS, fue la norma más referenciada por las enfermeras, quise identificar qué tanto se mencionaban las actividades PyP del POS."

Code: experiencia laboral en PyP

"Se consideró este código, pues todas las enfermeras comentaron su experiencia o contacto laboral con programas y acciones de PyP."

Code: formación académica

"Agrupa las instituciones en que se formaron como enfermeras las entrevistadas, los énfasis clínico y/o comunitario en el pregrado, los temas de tesis, todo relacionado con contacto académico previo con la PyP"

Code: Fortalezas de las PIPyP

"Agrupa las opiniones o características nominadas como fortalezas o puntos de apoyo en las PIPyP"

Code: la población y las PIPyP

"Agrupa opiniones del personal de enfermería sobre lo que ellas notan de la población en cuanto a las PIPyP"

Code: Las PIPyP en el medio rural

"Se relaciona con las alusiones específicas del personal de enfermería a la pregunta sobre diferencias o características del medio rural respecto al urbano en el desarrollo de las PIPyP"

Code: normatividad y lineamientos en PyP

"Agrupa las referencias a leyes, decretos, resoluciones o todo lo concerniente al marco legal de la PyP"

Code: perfil epidemiológico

"Se refiere a lo que la enfermera identifica como principales problemas de salud en el municipio"

Code: programas sociales y las PIPyP

"Agrupa los comentarios comunes de las enfermeras respecto a la relación de los programas sociales con la actitud de la gente hacia los programas de PyP así como su incidencia en el cumplimiento de metas de PyP"

Code: PST y las PIPyP

"En este código colocamos a los programas que hacen parte del PST en su componente de plan de intervenciones colectivas, así como referencias de las enfermeras en cuanto al cambio de PAB a PST con la adopción del PNSP."

Code: relación formulación PyP y realidad local

"Es como clasificamos los segmentos de las entrevistas que permiten entrever la relación entre la formulación de los lineamientos de PyP y la realidad local en la cual estos se aplican (pueden ser relaciones de correspondencia o no correspondencia)"

Code: relevancia de la PyP

"Opiniones sobre el peso o relevancia de las PIPyP respecto a otras prácticas médicas (curativas, de rehabilitación...)"

Code: responsabilidad de la enfermera PIPyP

"Agrupa lo que son las responsabilidades, tareas y acciones de PyP de las enfermeras entrevistadas, así como alusiones específicas a su práctica"

Code: Sentires en el desarrollo de las PIPyP

"Se refiere a lo que las enfermeras sienten en el desarrollo de su propia práctica, y en especial en las PIPyP"

Familias de códigos

Code Family: Acercamientos al campo de las PIPyP

Codes (2): [experiencia laboral en PyP] [formación académica]

Quotation(s): 22

Code Family: Aplicabilidad/Oportunidad de las PIPyP en estos escenarios

Codes (4): [Contexto de las PIPyP] [Las PIPyP en el medio rural] [perfil epidemiológico] [relación formulación PyP y realidad local]

Quotation(s): 37

Code Family: Caracterización de las PIPyP actuales

Codes (6): [dificultades PIPyP] [El POS y las PIPyP] [Fortalezas de las PIPyP] [programas sociales y las PIPyP] [PST y las PIPyP] [relevancia de la PyP]

Quotation(s): 91

Code Family: La enfermera y las PIPyP

Codes (2): [responsabilidad de la enfermera PIPyP] [Sentires en el desarrollo de las PIPyP]

Quotation(s): 16

Code Family: Lo conceptual

Codes (2): [concepto de prevención de la enfermedad] [concepto de promoción de la salud]

Quotation(s): 12

Code Family: Lo normativo

Codes (1): [normatividad y lineamientos en PyP]

Quotation(s): 6

Code Family: Los actores de la PyP

Codes (2): [actores relacionados con la PyP] [la población y las PIPyP]

Quotation(s): 33

4.4. Dificultades de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad (percepciones de las enfermeras)

Dificultades de proceso

1. E1: "... si es suficiente, y si se puede así, pero si te dedicas más a eso que a llenar papeles, que a hacer informes porque prácticamente nos hemos convertido en máquinas de llenar papel, o sea gastos más tiempo escribiendo, llenando una cosa que es importante sí, pero a veces las actividades...se ve como muy apretado programar por ejemplo una salida, programas una charla porque tienes que estar aquí haciendo informes, tienes que hacer, tienes que poner, bueno en fin...es mucha la papelería que tienes que llenar, entonces si le dedicáramos así como mucho más tiempo seguro que si se puede."

2. E1: "... si, ahorita llevamos prácticamente 3 meses en que no se nos ha pagado sueldo, vamos a ver si la otra semana por fin o sea finalizando mes, por la EMDIS, la empresa que tiene aquí más afiliados no tiene ahorita...creo que alguna serie de problemas financieros, la gente viene a consulta, se van sin medicamentos porque no envían los pedidos a la persona que dispensa los medicamentos, no les envían completos, no se lo envían a tiempo, entonces...y así mismo pues como tiene problemas para pagar eso, esos ¿como se llama? Proveedores, pues tampoco le ha girado a las ESE's, ese es el problema grande."

3. E2: "...porque de pronto los controles los hemos convertido es en que llega el niño, lo peso y lo talla, lo apunto en la curva y chao, pero no le decimos a la mamá nada de prevención de accidentes, nada de pautas crianza, nada de prevención del maltrato y del abuso sexual, no le informamos de vacunas, no le decimos nada sobre nutrición sobre fortalecimiento de dieta alimentaria, sobre lactancia materna o sea como que simplemente nos hablamos dedicado era a pesar y tallar."

4. E2: "...nos falta el IFI confirmatorio pero se lo hizo y salió lípidica la muestra porque tiene que ser en ayunas, entonces loca volver a repetirlo y como es alguien de vereda no...no ha venido muy frecuentemente..."

5. E2: "...dentro de los cambios se ha hecho, se ha pegado, se ha divulgado, la semana pasada estuvimos en una parte de talleres en todo el alumnado todos los de bachillerato empezando desde sexto hasta once, haciendo parte de demanda inducida a los servicios que se prestan acá, también se habló lo de dar planificación pero desafortunadamente coincidió en que no había métodos anticonceptivos cuando ya habíamos incentivado a los jóvenes y les hablamos aclarado el adecuado uso de los métodos anticonceptivos, entonces es ahí donde muchas cosas se quedan pendientes."

6. E2: "...¿que falencias con ellos? A nosotros, aparte de los informes que tenemos, tenemos que rendir informes a la personería, tenemos que rendir informes a COOSALUD a CAPRECOM, ¿cómo así? CAPRECOM pide listados de madres con lo de riesgo alto, bajo, riesgo obstétrico, la clasificación nutricional, aparte de eso mandan a un auditora a que revise las historias mes a mes, hace las correcciones del caso, pide un consolidado de este tipo de cosas mes a mes, ¿cuál es la diferencia con ellos? Cuando nosotros pedimos un consolidado a ellos ese consolidado es muy difícil que llegue entonces si ellos tienen la información que nosotros le suministramos mes a mes ¿por qué no hacen lo mismo para empalmar cuando nosotros necesitamos la información de ellos? porque nosotros también necesitamos ciertos consolidados, pero eso no o sea ahí la comunicación es muy corta entonces tampoco hay mucha colaboración en ese sentido, entonces esas son cosas que también dificultan nuestra labor"

7. E4: "... De pronto algo que me parece que hiciera falta, pues es que yo no sé como contratan eso o se yo de contratación si poco, a mi si algo que parece que hace falta es el suministro de métodos de planificación familiar porque solamente se da dispositivo y se da ¿qué otra cosa es? Las pastas... pero por ejemplo hace falta la inyección mensual, hace falta

la inyección trimestral donde le digo que había estado trabajando allá en X, yo sé que allá la inyección trimestral, o sea no sé que como habrán controlado o tal vez habrá cambiado el sistema, no sé, pero sí pienso que haría falta en cuanto a métodos de planificación familiar las inyecciones."

8. E6 "...a mi incluso una vez me paso con el doctor X y peleaba con él acerca de eso... entonces tenía la cuestión de que se iba un médico de acá si, renunciaba un médico de un momento a otro entonces lo primero que hacia era que preciso el día que se iba él de PyP estaba y nosotros ya habíamos remitido de todo a las veredas, habíamos hecho de todo en las veredas y el así de sencillo simplemente me cancelaba y me quitaba el médico de PyP para hacer...pa venir aquí a hospitalización, o para hacer consulta médica sí...yo incluso le dije promoción y prevención es lo primero que usted debe ver antes que la consulta médica que ya estaba acá, le dije yo porque es que la gente que usted quita la oportunidad de ver gente que vive en el campo, que se echó la caminada porque el hospital le hizo llegar allá y usted está haciendo mal las cosas, entonces yo si dije el día que sea así usted va y pone la cara allá donde la gente y le dice porque no fue, porque yo soy la que tengo que poner la cara,, y en general en todo o sea incluso el médico no va y yo tengo que poner la cara, o sea el médico no quiere atender y yo soy la que tengo que ir allá a hablar con el médico, que la odontóloga esto, que la odonto...allá o sea yo siempre tengo que poner la cara por todas las quejas y por todo lo que haya de promoción y prevención."

Dificultades de estructura

1. E1: "... pues no todo es perfecto por lo que te digo., la gente no está como...algunos no son muy comprometidos con el cuidado de sus niños sino están más pendientes es de un subsidio pero pues tras de una cosa uno puede llegar a muchas otras, eso no."

2. E2:"... ehh de ahí que tenemos varios pacientes en la mayoría de los, de las veredas de este municipio hay personas con Chagas, actualmente el tratamiento está muy menguado porque a nivel de Secretaría no hay, entonces se prioriza para menores de 15 años y el resto de la población esperando que tengan el insumo necesario para darle al resto de la población."

3. E2 "... tenemos inconvenientes en el caso de los pacientes diabéticos con algunos tipos de exámenes ya que son de segundo nivel, el laboratorio de aquí solamente tiene lo de toma de muestras mas no un laboratorio estipulado como tal, esa toma de muestras sólo se hacen los días jueves algún examen o algo así de urgencias ya le tocaría ir a Miraflores que queda a una hora de acá, entonces es ahí donde...Bueno estos exámenes es sólo la toma de muestras como decía anteriormente, eh la hemoglobina glicosilada algunos otros exámenes que ya son de otro tipo de categorías, las personas les toca ir a (al hospital del nivel II) a tomarse esos exámenes por lo que tienen que desplazarse mas es una persona que viene de veredas algunos veredas muy distantes, este tipo de muestras se quedan simplemente en la orden nunca se ejecutan no pasan de ahí, entonces esto se vuelve un limitante por lo que no se puede, pues no se puede agotar todas las estancias que se quiere con estas personas.

4. E2: "...también como de los jóvenes tenemos inconvenientes con lo que tiene que ver con planificación no sólo con los jóvenes sino las mujeres adultas, en este momento no se ha firmado todavía el convenio con las aseguradoras que son COOSALUD, CAPRECOM, es por eso que están agotados los métodos anticonceptivos sólo contamos con la inyección trimestral y pastillas pero como sabrá no es un método ideal para todas las usuarias y el simple hecho de andar cambiando de métodos con las usuarias crea desajustes hormonales que también terminan en embarazos no deseados porque al ser mal manejados estos cambios de métodos terminan en este tipo de embarazos... si lo mismo los condones, inclusive a una usuaria

con un sin número de características no se le pueden dar sino cierta cantidad de condones, pero si la usuaria no aplica para otros métodos, y es la pregunta que me hago ¿por qué no planifica con condón? Que no, no se puede para planificación como tal sino en un momento determinado de acuerdo a una nueva legislación que nos dieron los usuarios de CAPRECOM y de COOSALUD, o sea cada día hay más barreras para lo que tiene que ver con un derecho en salud sexual y reproductiva y eso va menguando la calidad de vida de las personas, aquí es alto el índice de sífilis, no de sífilis no, de gardenella también hay casos de vaginosis, la misma gardenella no, vaginosis bacteriana también hay hongos o sea se maneja en una población un alto índice de este tipo de infecciones y que son cosas en muchos de los casos mal manejadas por lo que ya vienen tarde, no terminan tratamiento, no se les hace seguimiento porque ellas no vienen, cuando se pueden canalizar? Cuando están embarazo, es que se les toma todos los exámenes y todo, pero sabemos que en los adolescentes hay un grupo grande de adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales pero las citologías en ellas es casi ausente."

5. E2 "... a ver, deficientes hay cosas, tenemos que tener en cuenta que uno, estamos en un primer nivel de atención, todo lo que llegue ya de manejo de segundo nivel toca remitirlo, a veces hay personas que van, por ejemplo yo remito un paciente con una... el doctor remite un paciente con una, con un problema de azúcar, un compromiso diabético serio y resulta que con los exámenes de la diabetes son de primer nivel entonces allá lo estabilizan y dicen que el médico por consulta externa le manda los exámenes y ahora si ordene tratamiento, si ya está en un segundo nivel ¿por qué lo devuelven si los exámenes se les puede hacer allá?...y aquí no hay laboratorio sino los jueves entonces eso es algo que entorpece y pone la gente de un lado para otro y es ahí donde se quedan muchas de las buenas intenciones que se tienen, se pierde por el trámite, por los protocolos, por la normalidad por mucha cosa.

6. E2. "...Otra de las cosas es por ejemplo valoración de la agudeza visual, en lo que va del año no he sabido de brigadas o del óptometra, no ha venido, nosotros a nivel de centro de salud hacemos brigadas de salud pero estas brigadas son muy cortas en el sentido de que la necesidad de la gente es otra, la gente necesita que valoración psicológica, la gente necesita valoración por optometría, aquí se necesita de pronto ciertos casos un ginecólogo, entonces este tipo de cosas llegan hasta ahí, ya lo de ginecólogo va para remisión, nos mandan ciertos horarios y ciertas fechas para eso, los pacientes piden la cita y se la dan para entre dos o tres meses, lo mismo pasa con internistas todo ese tipo de cosas, entonces todo se vuelve más complicado y la patología simple que se puede tratar de una forma rápida por la poca efectividad de la resolución del problema se vuelve algo crónico."

7. E2 "... pero tenemos que tener en cuenta que tenemos una población que maneja ciertos detalles como ¿cuáles? Usted los días viernes, lunes, martes y miércoles y también los viernes, las consultas son demasiado bajas y bajas digo que son un promedio de 5, 6 pacientes si mucho, pero los días jueves usted atiende 30, 28, 35 pacientes, entonces es algo exagerado para un día, entonces es cuando yo digo ¿cómo puedo hacer ambas cosas y quedar bien? Manejando todo como se debe hacer algo tiene que quedar por fuera, y es ahí cuando queda muy difícil ser ágil y ser efectivo en cuanto lo que se quiere lograr y lo que estamos tratando de hacer, porque son personas que vienen de veredas sólo bajan los jueves porque son los días de subsidio, son los días de transporte, el transporte es costoso para ellos, vienen demasiado retirado, hay trayectos que les toca caminar, otros a caballo y de ahí cogen bus, entonces son cosas dispendiosas para ellos, entonces tratamos de entenderlos y ajustarnos a las necesidades de ellos pero hay ocasiones en las que no se puede hacer todo a cabalidad."

8. E2 "...otra de las cosas es que por ejemplo, algo en contra es que quien maneja plan de salud territorial es un ingeniero, entonces eso dificulta las acciones, chocan muchas ideas porque no hay un conocimiento claro de esto, y cuando yo no conozco lo que estoy desarrollando siempre voy a ver las cosas o muy fáciles o muy difíciles y es ahí donde vamos a chocar

siempre, entonces este tipo de cosas crea ciertas dificultades; una de las ventajas que podríamos decir, de pronto la intención que ha tenido, de prestarse, averigüemos, hagamos esto y aquello pero son cosas que se pueden hacer y resolver en cuestión de 2 o 3 días, él lo lleva para 15 días a un mes, entonces son cosas demasiados exageradas y no es por mala intención pero si es por desconocimiento entonces eso dificulta más nuestra labor. ."

9. E3: "...recursos financieros si tenemos lio porque, por todo, porque desde donde lo vea son muy poquitos los recursos para esta empresa y para este municipio entonces por PST, para una población con todas las, la problemática que tiene X, 11 millones de pesos no son nada para ejecutar todos los programas... 11 millones de pesos, régimen subsidiado para manejar 1800 usuarios son 12 millones de pesos mensuales, entonces eso también nos deja ahí al vilo de no poder hacer muchas cosas, el hecho de que solo tengamos..seamos un I nivel A, o sea un nivel tan básico de atención donde no tenemos laboratorio clínico, donde todo el régimen subsidiado está pleno es decir ya no tenemos posibilidades para ampliar más los subsidiados, o sea la empresa no tiene por donde captar más recursos entonces eso también hace que la permanencia en el mercado sea muy peligrosa porque si no, si a veces no se alcanza para funcionar con lo que hay, no tenemos tampoco proyecciones para que se puedan captar más recursos, entonces también se hace muy difícil. En infraestructura pues tenemos la necesaria para los servicios que tenemos inscritos y en proceso de habilitación, pero con la falencia de que aquí no cumple con norma de sismorresistencia, o sea esto no tiene, cuando lo construyeron no, no planearon ni proyectaron esa parte, entonces los estudios de sismorresistencia lo hacen no apto a la institución para eso,

10. E4: "...por ejemplo, aquí en este municipio dieron muy poquita plata a...se dio por ejemplo muchísimo para como eso va como por porcentajes, no es equitativo para todos, digamos hay 6 proyectos y no es equitativo para los 6 proyectos sino dan un 25 para tal proyecto y un 5 para tal, aquí por ejemplo creo que dieron, es que no tengo ahorita el contrato, pero calculémosle que dieron un 15 o un 20 para salud mental, cuando aquí en este municipio no hay mucho problema de salud mental si, que ve uno personas o familias con problemas de salud mental no, yo veía más como con problemas de violencia intrafamiliar, de malnutrición, de esas cosas sí, pero problemas mentales muy poco, muy poco, y por ejemplo para eso dieron gran parte digamos así del dinero para salud mental dieron muchísimo. En el análisis situacional que yo hacia del año pasado escribía que una de las principales causas de morbilidad aquí de consulta son las caries, son todos los problemas de salud bucal, y para salud oral dieron como un 3%, entonces a mí me parece que eso está muy mal o sea que no sé si, creo que es que el porcentaje lo dividieron para todos los municipios así, creo que ellos no tienen en cuenta como el perfil de cada municipio sino general, me parece mucho que para todos los municipios dieron tal porcentaje para tanto, tal porcentaje para tanto, cuando deberían es mirar las cosas, por ejemplo lo que le digo para salud oral no dieron casi nada, para crónicas aquí hay bastante población adulta, ancianos, para crónicas también dieron muy poco, entonces dieron muchísimo para salud sexual y reproductiva, muchísimo para salud mental y muy poco por ejemplo para salud oral, muy poco para crónicas, pero pues lo que le digo uno, pues si uno lo que hace es cumplir con lo que está hay escrito porque sabe que al fin y al cabo a quien le van, a quien le van a glosar es a nosotros como ESE, entonces pues ni modo hay que cumplir, que desde mi punto de vista es eso, que está mal distribuido si, y que hay otras cosas que dan más prioridad que eso pero..."

11. E5: "... lo que pasa es que digamos todo lo que está en la 412 se podría cumplir pero entonces falta...di tu, que la parte presupuestal, porque por ejemplo para la parte historias clínicas y todo entonces son photocopies, para la parte de PyP muchas cosas de educación son folletos o no sé qué, entonces eso es lo que...como en lo que uno ve más como el quiebre y pues que sea como sea también como, como el trámite de hacer las cosas no, porque pues como que en el conocimiento igual a veces siente uno que lo tiene uno, entonces a veces no lo ven a veces muy necesario entonces eso también hace que se frenen

un poco las cosas."

12. E5 "...pues recursos según lo que se evidencia en el plan y todos los recursos, si hay recursos si, hay recursos, entonces, pero entonces digamos si lo difícil a veces es como la como la, la ¿cómo se dice? Se me olvidó

... como el trámite de esos recursos, y hay cosas que pues por ejemplo que uno ya ve que si le gustaría o sea que, que hay actividades o programas o cuando uno genera proyectos que requieren más recursos que otros, entonces eso también digamos limita un poco si, entonces por ejemplo digamos comparando ejercicio físico con salud reproductiva y sexual entonces si se está creando, si yo creo ahorita un proyecto que es lo que se pide o algo, entonces este va a necesitar más plata que el ejercicio físico pero entonces tú vas a mirar el plan y tiene más presupuesto la parte de ejercicio físico que lo otro entonces, y como igual se debe manejar el presupuesto que dan para cada actividad, para cada proyecto, entonces a veces toca reducirlo o limitarlo un poco."

13. E5 "...o sea yo digo si se quiere cumplir a cabalidad con todo lo que se plantea con lo de PyP, el recurso humano aquí es fundamental porque en la parte financiera están los recursos, la plata está, si, pero recurso humano sí falta, nos hace falta, pero entonces a veces en esa parte si si se frenan un poquito, ¿cómo cuáles? Por ejemplo acá hay muchas, muchas cosas que son de parte de charlas, de brindar educación como tal a la comunidad y aquí por ejemplo estoy yo pero entonces listo yo doy acá educación en el centro pero ¿y las veredas? , y sea como sea desde mi punto de vista las veredas pueden incluso estar necesitando más que los que está acá, porque los de las veredas...aquel hay colegio, aquí hay, aquí está la ESE pueden preguntar no sé, pueden asistir a su consulta pero los de las veredas casi no vienen o sea les queda muy lejos, entonces ellos son los que o sea los que realmente necesitan más si, entonces por ejemplo si hubieran más o sea por ejemplo si se contrataran promotores o algo por el estilo, porque igual como acá yo también tengo la parte asistencial o sea igual la consulta, las consultas que se hacen por parte de enfermería, entonces igual yo estoy aquí en la parte de consulta entonces queda difícil o mejor dicho o sea complicado para que a mí me digan si vágase para las veredas o sea no se puede."

14. E6 "...Yo creo que de las dificultades que más hemos tenido es o que empecé a tener yo aquí era que...incluso ahorita hay mucha gente que la 412 sólo la conoce la enfermera ¿si me entiendes? Por ejemplo, es importante que las personas que facturan, que están en las cajas de facturación sepan de 412, sepan que pueden y que no puedan facturar si, porque hay cosas que ellos facturan porque sí y resulta que no son así si, o dejan de facturarlas como es y entonces nosotros perdemos oportunidad por ese lado, entonces ese es un ejemplo de que todo el mundo debería conocer de la resolución 0412 no solamente la encargada de eso si, o por ejemplo el médico si, ellos conocen de algunas cosas de la resolución pero ya por el hecho de estar cada rato, yo creo, que la enfermera recordándole que mire, canalicemos acá o este niño si hay que verlo o aquí está materna por favor hagámosle su CLAP hagámosle todo como debe ser, a esa materna hay que pedirle laboratorios de tal y tal cosa, entonces ellos ya como van acostumbrándose, pero lamento, uno apuesto que les pregunta y saben muy poco de resolución 0412, incluso a mí me pasaba con la guía de atención de madres gravísimo porque ellos no sabían ni que examen tenían que darles completos como debían ser, entonces también eso era un problema porque a veces les daban uno a veces no les daban los que tenían que darles, incluso a mí me tocó hacer un formato donde estaba escrito absolutamente todos los que tenían que pedirse en el primero, en el segundo y en el tercer trimestre del embarazo para que así no perdiéramos oportunidad con ellas, por ejemplo el CLAP hace parte del, de PyP, de promoción y prevención porque esa es la primera, esa es como la historia clínica que carga la mamita pa todas partes, y si ellos no la diligencian como debe ser pues grave, entonces hay cosas que ellos no conocen bien, los auxiliares de enfermería menos, la que maneja toda la parte, la auxiliar de enfermería que maneja

toda la parte de demanda inducida sabe y eso ahí a regañadientes cuando hace mal las cosas entonces uno le jala las orejas, pero en general ellos conocen de eso no porque lo hayan leído sino porque la enfermera es la que ha encargado como de puyar más con eso y ...y en general eso es lo que falta conocer de la resolución 412 si, entonces estamos a veces mal acostumbrados a que la enfermera es la única que sabe de eso y conoce de eso, entonces eso es básicamente lo que está sucediendo. Y otra cosa es que se conocen las...unas, pero la resolución 412 si tiene cantidad de guías, y solamente conocemos las básicas: control de este niño, control de joven, de control de joven no conocemos por ejemplo todo, que si tiene antecedentes hay que pedirles tales y tales laboratorios no lo conocen, ¿qué otras se saben? La guía de materno se la saben así como te digo, o sea hay unas cosas que sabemos a medias, se las saben a medias y otras que ni por las curvas se las, se las saben, entonces no es saberse las pero si de pronto entenderlas y aplicarlas, y eso si nos falta mucho.

15. E6: "...PyP tiene muchas cosas buenas a veces a la gente o a los médicos en especial les parece jartísimo promoción y prevención, uno incluso ya lo acepta y como está trabajando con eso uno pues lo ve así, pero la mayoría de los médicos, por ejemplo aquí yo tengo un días destinado en el que en el cuadro de turno a mí me asignan un médico para trasladarnos para hacer PyP no institucional sino...extramural, entonces a veces no les gusta o a veces ellos ay que mamara o siempre hacen la cara de que mamara pues ir a hacer PyP si ¿por qué? Porque a ellos les parece que eso es como lo que no tiene ciencia si, como lo que a veces los médicos tienen un...como que sienten yo no sé una grandeza gigantesca, entonces siente que el hecho de manejar PyP es algo que no tiene ciencia, que no es conocimiento, que no es...entonces simplemente no les gusta por eso, para ellos es más interesante entonces ir a ver allá una urgencia, al paciente con el infarto, que hacer promoción y prevención y es más interesante, y es más de ciencia, y es más de médico, más de doctor hacer eso que manejar promoción y prevención."

16. E6: "...entonces esa es una de las cosas, es también la actitud que tenemos con respecto a promoción y prevención, promoción y prevención lo vemos como lo que más bajito, como lo menos importante y no se le da realmente el realce que debe dársele porque es que también las universidades, siento yo no sé si estoy juzgando mal, pero a veces las universidades que manejan la carrera de medicina, yo pienso que no se están adecuando al concepto de salud que se debe tener el nuevo milenio ¿por qué? Porque todavía están pensando en la parte curativa si, como lo principal y no en lo preventivo como debe tomársele en el nuevo milenio si, ya hay que salimos del esquema de que curar es medicina si, prevenir debe ser realmente el verdadero objetivo de la salud a nivel mundial, y en general eso es así no, por eso la salud pública, promoción todo lo que tenga que ver con promoción y prevención, la misma epidemiología cierto hoy en día en el nuevo siglo está cogiendo más auge porque eso es lo que se pretende, descubrir para prevenir para mitigar y no siempre para curar porque tú sabes que sale más caro curar que prevenir si, pero para muchas facultades yo me imagino que eso no es ciencia, entonces lo que hacen es simplemente hacer promoción y prevención de pronto ir a medio charlitas, así como yo a veces me pongo a preguntarles y si si, simplemente fue en el semestre, fue la materia de relleno si y el resto pues fue pura y lógica, ciencia no sé porque para ellos es como eso lo que sucede, entonces a veces falta compromiso de parte del área de medicina con respecto a eso, de los médicos generales e incluso de los especialistas..."

17. E6: "...incluso todo lo del área de promoción y prevención debe desde el mismo gobierno empezar a preocuparse realmente por eso si, no creer que promoción y prevención es solo dar plata y dar plata, porque está saliendo muy caro diálisis por ejemplo, curar, sino que realmente debe hacerse concientización de eso."

18. E6 "...entre varios, es que ese es el problema si, ahora hay por ejemplo hay una cosa que yo no estoy de acuerdo es que el plan territorial, eso lo hablábamos ayer con ...la psicóloga que maneja también plan territorial en el área de salud

mental y entonces me ponía yo una vez a decirle, le decía yo que a mí me parecía que era una pérdida de plata del Estado hacer lo que hacia si, o sea por ejemplo, decía identificar a niños con problemas de desnutrición eso decía en un lado, identificar a personas que tengan problemas con alcohol, con psicoactivos bueno si, todo era como aquí un pedazo aquí otro pedazo, aquí otro pedazo..."

19. E6: "(las intervenciones).. eso son brochazos si. son brochazos, brochazos no se hace nada radical con respecto a esto eso es como una manito, así como cuando uno tapa la mugre de su casa, cogé y barre un poquito y la pone debajo del tapele para no ver las cosas como realmente son, entonces uno puede hacer intervenciones a media y eso es lo que estamos haciendo en prevención. todo lo estamos viendo como el pedacito pero no hemos integrado, integralizado esas acciones realmente, por eso es que yo digo que cuando uno habla de salud no solamente habla, como dice la verdad la organización mundial de la salud, no habla de solo dolor es también mirar la salud mental, por ejemplo, en eso andamos supremamente mal nosotros si, lo que yo decía antes de que vale que un niño tenga todos los nutrientes en su plato cuando su papá llega a tratar mal a su mamá y a golpearla delante de ellos, así ¿a quién le alimenta? A nadie, entonces es cuando se genera el conflicto con los adolescentes que no se pueden controlar con nada, los adolescentes que roban, los adolescentes que consumen drogas y etcétera, etcétera y todo nos llega.

Dificultades de resultado

1. E3: "...pero yo la verdad, no me parece que tenga este impacto tan...no, a mí me parece que hay veces, pues aunque yo insisto que la gente repite y repite y algo se les va a quedar, pero casi siempre es una repetidura, el año pasado eran charlas de lo mismo que esto sobre lo de nutrición, que sobre lo de consumo de fruta, de verdura, hortalizas y toda esa cosa, y este año otra vez se lo hace lo mismo, yo pienso que por ejemplo lo mínimo en el colegio es pues insistir con lo de la alimentación, en la primaria, en el colegio y uno si ve como el cambio; la planificación familiar si, que el uso de condones, que métodos de planificación, que el VIH, que el aborto, que toda esta cosa y uno va a decirle a los muchachos y hay veces los muchachos le ponen a uno cara de otra vez, entonces, pero entonces como uno se ve limitado a que hay que hacer eso pues ni modo, uno opta por hacerlo de pronto de una forma como que les parezca divertida pero hay muchas cosas que la gente o sea que parece, de pronto estoy equivocada, pero que parece que la gente estuviera como saturada de saber que si, que si que los métodos de planificación, que esto que lo otro, pero por ejemplo, con el caso específico digamos de los métodos de planificación, uno es. los muchachos otra vez, pero uno se pregunta entonces si tanto les causa el otra vez, que esta sucediendo por qué quedan embarazados, por que no planifican, por que si...son cosas, entonces la verdad yo no sé que será lo que les hace falta, no, no sé."

2. E4: "...yo creo que la carga ha sido eso como entregar esos informes, que a la larga es entregar informe, informes, informes y, pues yo no sé o sea siendo la franca a mí me parece es que ellos o sea pues que por decirlo así digamos, digamos la secretaría, digamos no sé ellos revisan muchas firmas, y revisan muchas cosas cuando en realidad no se sabe si eso tuvo o no impacto, cuando no se sabe si eso de verdad se hizo o no se hizo si, lo que importa es lo que se ve ahí lo que está escrito ahí y lo demás pues, lo demás no cuenta entonces uno ya se sabe que va es a cumplir con lo con...claro que obviamente uno trata de hacer las cosas con sinceridad bien hechas pero..."

3. E4:"...yo creo que también es por lo que somos poquitos cuando yo no estoy la auxiliar vacuna y hace por decirlo así tamizaje nutricional y entonces ella lo registra como control pero que sea control como tal no, ella hace el tamizaje como para

que no pierdan el viaje, porque hay veces vienen por allá del ultimo rincón de X y preciso no estoy pues ni modo, pero pues es que ese es el lío y claro si yo me pongo a mirar la carga que los otros tienen pues...um también se que les queda complicado, que les queda pesado, que de pronto a unos les queda un tiempito más que a otros, pues si pero pues..."

4. E4: "... lo único que veo es hay veces el que no se alcanza a cumplir con las metas, las metas no se alcanzan a cumplir por una parte, pero es que la otra parte, esas metas que piden creo que son, por ejemplo las de vacunación si estoy segura que son con una proyección del DANE 2005, entonces eso fue hace ya 4 años y mis coberturas en vacunación estuvieron el año pasado como en el 80% de ahí no subieron más, más del 80% no estuvieron, 79, 80% entonces ¿Qué inconveniente? Pues eso no se alcanzaron coberturas útiles no, pero es porque la población no está en el municipio porque ellos por ejemplo me piden que tengo que vacunar 30 niños menores de 1 año cuando tengo 19, 18, o sea ¿de donde voy a sacar los otros?, las metas que nos piden CAPRECOM y COOSALUD pasa cosas similares, no sé ellos de donde tienen esa población pero pasan cosas similares, de pronto aquí, ellos creo que se guian como por base de datos del municipio pero es que el municipio creo que la base de datos no está ajustada entonces también hay mucha gente que no está en el municipio, que se fueron, que no sé de pronto se han retirado y que no sé porque están todavía hay en base de datos o no han pasado papeles no se, y allá nos piden metas altas, y las metas no se alcanzan a cumplir, no se alcanzan a cumplir, hay veces cuando vienen una señora a citología entonces uno aprovecha ahí para hablarle algo de la planificación no sé que bla, bla, bla, y ahí anota la planificación, que viene un niño por vacunitas y así, pero entonces el lío es que como eso tiene sus tiempos, que tantos y tantos meses, que no puedo estarle yo haciendo control cada mes cada dos meses cada vez que yo quiera sino que tiene sus intervalos entre uno y otro, pero hay veces toca hacer eso, hay veces lo que hacemos es eso, un niño que viene a control que hace 3 meses y volvió ahorita entonces hagámosle control porque igual no ve que sirve para las metas, entonces otro si que le haya hablado las metas, no se alcanzan las coberturas, lo que piden."

5. E5: "...dificultades, el tiempo o sea el tiempo es mi mayor dificultad, entonces digamos te lo voy a plantear un ejemplo acá en mi ...el del cronograma, te voy a mostrar por ejemplo el cronograma ahorita de mayo que yo tengo, entonces para tratar de cumplir con pues con algunas de las actividades que presento, entonces si tú ves tengo el cronograma de mayo de lunes a viernes excepto los jueves está lleno, los jueves los dejo libres porque los jueves son los días que vienen las personas o sea que pueden por transporte o algo venir de las veredas, además porque viene el carro del mercado entonces aprovechan para hacer todas sus vueltas, entonces esa la dejo libre para lograr hacer la parte asistencial y las consultas a la gente, a las personas que vienen de las veredas, de resto pues como puedes ver todos los días tengo actividad de algo, si no lo hago así entonces es imposible cumplir y aun así yo creo que no se alcanza a cumplir un 100% de las actividades que uno tiene, aquí, aquí no tengo, aquí en este cronograma que tú ves esta sólo la parte de PyP o sea no está la parte de informes, de entrega de informes ni entrega trimestral ni entrega semanal o sea hay sólo esta la parte de PyP, en cuanto a esto, entonces si tú le das cuenta todo tiene que ser inmerso también dentro de mí, dentro de mi horario de trabajo acá en la ESE de 8 a 5, si, entonces ¿qué pasa? Igual mientras yo voy a dar la charla o mientras estoy en el curso psicoprofiláctico mientras estoy con los hipertensos o con los diabéticos o bueno en las otras actividades, pues no estoy aquí en el centro de salud lo que hace por ejemplo que disminuya las consultas y los rendimientos que también exigen las diferentes empresas ARS si, entonces disminuyen los controles, disminuyen la ..o sea disminuye la parte asistencial, entonces eso es como la dificultad que yo veo, entonces o uno cumple con la parte asistencial o PyP o el SIVIGILA o una cosa o la otra, entonces eso es lo que pasa o sea digamos vamos contra el tiempo si, y si nos referimos por ejemplo al plan, como plan territorial como tal entonces tú veras que hay partes donde dice trimestralmente por ejemplo 12 talleres, trimestralmente tantos talleres tantas cosas y son 12 talleres para

parte de adolescentes, otros 6 para adultos, otros no sé que para tal y entonces por ejemplo yo digo no pues si acá por ejemplo llevo a duras penas como dos talleres de cada cosas entonces también a veces y ya es mayo, y ya mayo y junio y ya se termina el segundo trimestre y...también es eso igual como el plan territorial de salud se firmó prácticamente ahorita en mayo, entonces obviamente hay actividades digámoslo así atrasadas y corridas y pues desde enero, de primer y segundo trimestre entonces esa es la otra que digamos causa como también estrés, que es casi imposible pero que uno dice ya igual ya estoy colgada en metas porque pues enero, febrero y marzo, llegué en abril prácticamente 26 ya fue un viernes llegó en primero de abril digámoslo así entonces abril, mayo y ...es complicado, y como hasta ahora se firmó pues las actividades hasta ahora se están planteando, entonces esa es la mayor dificultad o sea el tiempo entonces que uno se dedica a una cosa disminuye a la otra, disminuye la parte asistencial se dedica sólo a la parte asistencial pues o va a poder hacer lo de PyP no va a poder hacer el resto si, y pues obviamente también le toca a uno como entre comillas como las horas extras porque entonces si esto está alareado de asistencial digámoslos jueves o algo así entonces igual le toca después a ti después de las 5 entonces haga los informes para la secretaría, haga los informes para el SIVIGILA, una cosa las otras y si hay las reuniones hágalas antes de las reuniones porque...entonces esa es la mayor dificultad."

6. E6: "...claro que acá en la universidad pues a uno no le explican: "tienes que manejar tanta cantidad de metas, y las metas, y las metas" porque a veces, muchas veces se preocupan más o cuando uno llega a la realidad nos damos cuenta de que la preocupación del gerente de la ESE o de cualquiera de la ESE son las metas, no la calidad del servicio que usted está prestando en promoción y prevención, sino muchas veces es la cantidad y no la calidad, no en todas las instituciones pasa y pues uno procura de que no sea así sino de que realmente se de calidad en lo que hace, entonces sí uno ve eso, pero si a veces cuando llega al mundo real se estrella con otras cosas que pues tiene que aprender uno a manejarlas, y a tratar pues de que promoción y prevención que es como lo que, todos creen que es de la Jefe, eso no es sino ah si, hablan de promoción y prevención en el hospital y a la primera que buscan es a uno, nunca buscan al médico o la otra enfermera no, siempre es a la que maneja promoción y prevención porque a veces creen que la única que maneja eso o que utiliza eso es la jefe..."

7. E6 :"...nosotros nunca priorizamos, nosotros hacemos prevención como a la loca, como hágámoslo porque es que tenemos que cumplir hasta por allá en la organización mundial de la salud pero no estamos pensando en el impacto que genera eso, yo le decía por ejemplo a mi me pedían que teníamos que tener ¿cuál era la meta? 400 chicos desnutridos, o sea, si no los tenemos desnutridos entonces ¿qué quiere decir, qué no estamos cumpliendo con la meta? O sea me daba...yo decía al fin si? o que teníamos que tener 10 con problemas de sicoactivos, entonces (la psicóloga) decía y si no los encuentro quiere decir que tampoco cumplí con la meta si, pero nunca dicen bueno miremos de esos 400 niños que usted encontró ¿Cuántos recuperó nutricionalmente? así sean dos o tres pero eso sería bueno que en vez de yo mirar cuantos descubrí mirara a ver hola cuantos pudimos volverlos a un peso y una talla adecuada o cuantos si, jum, eso nunca nos preguntan si, nunca nos preguntan bueno ¿Cuál es el impacto que ha generado las actividades que ustedes hacen en prevención, digame cuantos nuevos crónicos tenemos cuando la gente práctica deportes a diario?"

8. E6: "...entonces eso es lo que a mi parecer pasa no sólo aquí en mi municipio sino en todo, la plata es más importante, las metas son más importantes, los números se hacen más importantes que las evidencias, que el impacto que genere lo que nosotros hacemos, y eso es como lo más triste que tiene, nosotros es ay sumercé es que tiene que dejar de comer yuca, papa, arroz pero hombre...pero si es lo único que nosotros cultivamos

9.. E6: "...la presión de las metas es muy jarto porque a veces uno deja de hacer las cosas como debe hacerlas por la presión de que las metas, las metas, las metas, las metas, las metas si.

10. E6: "...a uno lo califican que por cuantas (melas), que tengo que tener 60 chinos con desnutrición, o sea unas cosas que uno dice...bueno pero lo importante no sería de pronto tener 5 niños recuperados nutricionalmente, o 5 niños que se intervinieron en las familias y se mira que es lo que está provocando la desnutrición si, porque no es solamente que el niño no se coma sino si se tiene o no se tiene, que se hizo para mejorar en esa familia, eso intervenir de verdad pero...".

4.5. Guías de observación

Se construyeron las matrices que aparecen a continuación a partir de la información proporcionada por la enfermera entrevistada y/o con información extraída de los PST 2008-2011 consultados.

MATRIZ DE PROGRAMAS, ACTIVIDADES, PERSONAL, RECURSOS Y POBLACIÓN OBJETIVO DE P Y P EJECUTADAS EN EL NIVEL MUNICIPAL

ESE, CENTRO DE SALUD JUAN FRANCISCO BERBEO MUNICIPIO: BERBEO

No. DE GUÍA: 1 FECHA: 13 DE MAYO DE 2009

SUB-PROGRAMA	ACTIVIDADES	PERSONAL DE SALUD	RECURSOS Y MATERIALES	POBLACIÓN BENEFICIARIA
PAI		UNA MÉDICO RURAL UN ODONTÓLOGO UNA ENFERMERA DOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	Los recursos del PST distribuidos así: 65% para el eje de aseguramiento 12.6% para prestación de servicios de salud 1.5% para el plan de intervenciones colectivas en salud pública	
AIEPI				
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA		1 PSICOLOGA DE MEDIO TIEMPO	0.5% para emergencias y desastres 12.5% para promoción social	
SALUD MENTAL				

OBSERVACIONES: Además se desarrollan las actividades del POS subsidiado dentro de las cuales se han fijado metas denominadas de PvP dentro de las que se encuentran: planificación familiar, controles de crecimiento y desarrollo, agudeza visual, controles prenatales, entre otros.

MATRIZ DE PROGRAMAS, ACTIVIDADES, PERSONAL, RECURSOS Y POBLACIÓN OBJETIVO DE P Y P EJECUTADAS EN EL NIVEL MUNICIPAL

ESE: CENTRO DE SALUD CAMPOHERMOSO. MUNICIPIO: CAMPOHERMOSO

No de Guía: 2 FECHA: 13 DE ABRIL DE 2009

PAI	SUB-PROGRAMA	ACTIVIDADES	PERSONAL DE SALUD	RECURSOS Y MATERIALES			POBLACIÓN BENEFICIARIA
				TOTAL	RUBROS	DEL	
SALUD INFANTIL/AIEPI	HAY UN VACUNADOR	UN VACUNADOR (AUXILIAR DE ENFERMERIA)	POAPICSP 2009: 31'843.795 colombianos	31'843.795	de pesos	Menores de 5 años	
NUTRICIÓN	HAY FICHAS DILIGENCIADAS PERO SE QUEDÓ EN EL DIAGNÓSTICO. NO HAY COMO TAL UNA BASE DE DATOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS	2 PROMOTORES (2 AUXILIARES DE ENFERMERIA)	DISTRIBUCIÓN RECURSOS	POR SUBPROYECTO: SALUD INFANTIL 10% PAI 10%		Menores de 5 años y gestantes	
	COMO PROGRAMAS SE ESTÁ DESARROLLANDO EL PLAN "ALIMENTANDO ANDO". LA ENTREGA DE LECHE A MATERNAS DE BAJO	DOS MÉDICOS					

	PESO Y EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y <u>DESARROLLO DE LOS NIÑOS</u>	RURALES	SSR 23% SALUD ORAL 5% SALUD MENTAL 23%
SALUD MENTAL		UNA ODONTOLOGA	CRÓNICAS 5%
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	ACTUALMENTE HAY 14 MATERNAS EN CONTROLES PRENATALES SE DESARROLLAN CONSULTAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	UNA AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA EN UNA ENFERMERA JEFE	NUTRICIÓN 19% GESTIÓN 5% Mujeres y hombres en edad fértil y gestantes Jóvenes
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS		UNA PERSONA DE FACTURACIÓN (AUXILIAR)	Mayores de 45 años
OTROS	SE VIENE APLICANDO LA ENCUESTA SICAPS (SISTEMA DE INFORMACIÓN DE BASE COMUNITARIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD), HAY 471 APLICADAS Y 168 ENVÍADAS A LA SECRETARÍA DE SALUD, EN TOTAL 668. SE TIENE UN CONVENIO PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	1 PSICOLOGA DE LA ALCALDIA Y DEL CENTRO DE SALUD.	

OBSERVACIONES: Las metas de PyP son definidas por las ARS (ahora EFS) de acuerdo a unas marcadas de cumplimiento por mes, los indicadores son número de controles de crecimiento y desarrollo, consultas de planificación familiar, citologías cérvico-uterinas tomadas, entre otros.

ESE: HOSPITAL REGIONAL ELIAS OLARTE, MUNICIPIO: MIRAFLORES

No. DE GUÍA: 3 FECHA: 22 DE MAYO DE 2009

SUB-PROGRAMA	ACTIVIDADES	PERSONAL DE SALUD	RECURSOS Y MATERIALES		POBLACIÓN BENEFICIARIA
			MENORES	DE	
NUTRICIÓN	CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	7 MÉDICOS			
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	TOMA DE CITOLOGÍAS CÉRVIDO-UTERINAS PLANIFICACIÓN FAMILIAR	2 ODONTÓLOGOS 2 ENFERMERAS 22 AUXILIARES DE ENFERMERÍA 1 PSICÓLOGO	2 GESTANTES DE BAJO PESO		MUJERES QUE HAYAN INICIADO VIDA SEXUAL
DETECCIÓN PRÁMATICA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS	CONSULTA POR MEDICO Y TOMA DE LABORATORIOS	2 FISIOTERAPEUTAS 2 BACTERIOLOGOS	MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA		MUJERES HOMBRES EN EDAD
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA		1 AUX. DE ODONTOLOGÍA	MAYORES DE 45 AÑOS		
DEL PTS-SICAPS	Coordinar la aplicación de las encuestas SICAPS, y				

análisis de las mismas

OBSERVACIONES: DE IGUAL MANERA SE APLICA LA RESOLUCIÓN 412 POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA, EN ESO LA ENFERMERA INSISTE EN LA NECESIDAD DE SISTEMATIZAR Y SUPERVISAR LA APLICACIÓN DE LA NORMA.

MATRIZ DE PROGRAMAS, ACTIVIDADES, PERSONAL, RECURSOS Y POBLACIÓN OBJETIVO DE P Y P EJECUTADAS EN EL NIVEL MUNICIPAL

ESE: CENTRO DE SALUD DE PÁEZ JORGE GONZALEZ OLMO MUNICIPIO: PÁEZ

No DE GUÍA 4 FECHA 10 de Abril de 2009

SUB-PROGRAMA	ACTIVIDADES	PERSONAL DE SALUD	RECURSOS Y MATERIALES	POBLACIÓN BENEFICIARIA	
				NEVERA PARA BIOLÓGICOS	MENORES DE 10 AÑOS Y GESTANTES
PAI	ES UNO DE LOS PROGRAMAS OBLIGATORIOS, TIENE RECURSOS CONSTANTES, LA RECOLECCIÓN DE VACUNAS ES MENSUAL Y ESTÁ A CARGO DE LA JEFE, HAY UNA AUX. ENCARGADA DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA.	AUX. DE ENFERMERÍA JEFE DE ENFERMERÍA	TERMÓMETRO EXTERIOR, JERINGAS 10% DE PRESUPUESTO	NEVERA PARA BIOLÓGICOS TERMÓMETRO INTERIOR Y PAPELERÍA, JERINGAS	
	FORTALECER EL PROGRAMA REGULAR DE VACUNACIÓN (ADQUISICIÓN DE INSUMOS Y BIOLÓGICOS, Y CUMPLIMIENTO DE LA NORMA TÉCNICA):	MÉDICO RURAL ODONTÓLOGA	FINANCIEROS: Para el 2008 la subcuenta de salud pública contó con un		
	• recolección mensual	AUX. DE ODONTÓLOGA			

<ul style="list-style-type: none"> • mantenimiento red de fijo • informe mensual • jornada de vacunación abril (Influenza) • 5 jornadas de vacunación (Influenza anual-influenza) • jornadas educativas norma técnica ejecutar plan de mejoramiento PAI. • búsqueda y canalización de menores de 10 años, gestantes y susceptibles) 	AUX. SALUD PÚBLICA (SISTEMA DE INFORMACIÓN DE BASE COMUNITARIA PARA APS-SICAPS)	<p>presupuesto de 26.579.028 (millones de pesos colombianos), un 3.6% de los recursos asignados para el plan de salud territorial.</p>
<p>AIEPI</p> <p>EN ESTE MOMENTO NO HAY CONTACTO CON LAS ACS, NI ESTÁ CLARO EL ESTADO DE LAS UROC'S Y DE LAS UARRAC'S, HAY MATERIALES PARA SER ASIGNADOS A ESTE PROYECTO.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento del plan local de salud infantil • Reinforzar componente comunitario de la estrategia AIEPI (ACS) • Visita del componente SICAPS (303 de seguimiento-331 nuevas) • Desarrollo componente clínico en las IPS • Seguimiento UROC's y UARRAC's <p>NUTRICIÓN</p> <p>EXISTE UN PROGRAMA DE APOYO NUTRICIONAL A MATERNAS DE BAJO PESO (PAN)</p> <p>EXISTE DENTRO DEL POA (PST) ENTREGA DE MICRONUTRIENTES Y VITAMINAS A NIÑOS Y NIÑAS CON DNTC O BAJO PESO (VIT. A, SULFATO FERROSO)</p> <p>ENTREGA DE APOYO ALIMENTARIO A BENEFICIARIOS DE FAMILIAS EN ACCIÓN.</p> <p>Diffusión y evaluación estrategia ALIMENTANDO ANDO Y</p>	<p>GERENTE</p> <p>PSICÓLOGO DEL PST</p> <p>La planeación operativa anual 2009 DEL PICSP CUENTA CON RECURSOS A TRAVÉS DE LA SUBCUENTA DE SALUD PÚBLICA POR 28.702.521</p> <p>GESTANTES Y MENORES DE 10 AÑOS SIN AFILIACIÓN AL SGSSS</p>	<p>presupuesto de 26.579.028 (millones de pesos colombianos), un 3.6% de los recursos asignados para el plan de salud territorial.</p> <p>MENORES DE 5 AÑOS</p> <p>10 % DE PRESUPUESTO</p>

	PAN (alimentación saludable en menores de 5 años, gestantes y lactantes), canalización valoración CyD de menores de 10 años, identificar menores de 5 años, escolares, gestantes con riesgo de DNTC o con DNTC (SICAPS), esquema completo desparasitación y suplementación con MCNT a vinculados, continuidad estrategia IAM, celebración de la semana mundial lactancia materna.	
SALUD REPRODUCTIVA	ATENCIÓN DE GESTANTES, CPN (actualmente hay 12 gestantes en el programa), CURSO PSICOPROFILÁCTICO, SEGÚN RES. 412.	18% DE PRESUPUESTO.
SEXUAL Y PREVENCIÓN DE ETS. ENTREGA DE ANTICONCEPTIVOS.	INFORMACIÓN A POBLACIÓN Joven SOBRE MPF, GESTANTES Y MUJERES Y HOMBRES EN EDAD REPRODUCTIVA	

24 % DE PRESUPUESTO

	<p>Se incluyeron en el POS: el Jadelle y la inyección trimestral</p>
SALUD MENTAL	<p>PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIF, PREVENCIÓN CONSUMO Y ABUSO DE SPA, AP EN SALUD MENTAL.</p> <p>Adopción y seguimiento del Plan de Acción de la política de salud mental, evaluar utilidad y funcionalidad de las rutas de atención de VIF, talleres sobre rutas, enriquecimiento funcionarios del municipio en metodología también soy persona, talleres en escuela de padres, seguimiento a multiplicadores, aplicar APGAR familiar, visitas de seguimiento a familias.</p> <p>Redes de AP para consumo de SPA: líderes juveniles, actividades en el centro para jóvenes, talleres promoción de habilidades para la vida, talleres reducción de consumo y uso funcional de SPA, grupos de apoyo, entrenamiento estrategia de APSM, aplicación de escala SOR y audit. A familias identificadas con disfuncionalidad, replicar modelo de APSM en cuanto a personas con depresión, psicosis, ansiedad y RHB con base comunitaria. Capacitaciones prevención del suicidio, seguimientos intentos de suicidio, visitas alto riesgo para trastorno mental, 4 jornadas de socialización en promoción de la salud mental, tallizajes cognitivos y psicosociales niños de 6 a 12 años.</p>
POBLACIÓN ADOLESCENTE	24%.

SALUD ORAL	PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA, IELH. 5 %	POBLACIÓN ESCOLAR
CRÓNICAS	Aplicación de norma técnica de la salud bucal, difundir PNSB, Jornada educativa hábitos higiénicos y visita de seguimiento, acciones preventivas (SICAPS).	
PREVENCIÓN ENFERMEDADES	PRESUPUESTO. Concretar programa de actividad física, capacitar a estudiantes en la estrategia IELH, desarrollo estrategia inst. de trabajo y espacios públicos libres de humo (res. 1956 de 2008). Programa de educación alimentaria concertarlo, identificación y canalización (SICAPS).	
ENFERMEDADES TRANSÍSIBLES	LEPRO Y TBC, estrategia tto. Acondado supervisado (TAS) para ptes. TBC, BA de sintomáticos de piel y SNP.	5%
EN SALUD PÚBLICA SISTEMA DE VIGILANCIA	Transferencia de datos VSP semanales, censo y caracterización de UPGD, actualizar ASIS, documento del análisis del CISP, reunión COVE mensual, sistema de estadísticas viales, seguimiento y control de CISP (probables o sospechosos), BAC de EISP y MRCV, BA trimestral, red comunitaria de VSP.	5%
OTROS	CAPACITACIONES DE SESALUB (3 X MES) relación con CTSSS, ARS e IPS, veeduría.	

		GESTIÓN DEL PIC (4%)

OBSERVACIONES: De acuerdo a la expedición del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, el PAB se denomina ahora Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, a nivel nacional se define como prioridades: SALUD INFANTIL, SSR, SALUD ORAL, SALUD MENTAL Y LESIONES VIOLENTAS EVITABLES, ENF. CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, NTC, SEGURIDAD SANITARIA Y DEL AMBIENTE, SEGURIDAD EN EL TRABAJO Y ENF. DE ORIGEN LABORAL, GESTIÓN PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PNSP. Dentro del PSPIC 2008-2011 del municipio de Páez se define como eje programático la Salud Pública, como áreas subprogramáticas: Acciones de promoción de la salud y calidad de vida, Acciones de prevención de los riesgos en salud y como proyectos: SALUD INFANTIL AIEPI, SSR, SALUD ORAL, SALUD MENTAL, ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, NUTRICIÓN, ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (LEPRO, TBC), ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, GESTIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS.

De POS, hay contratos con ARS como CAPRECOM (APROX. 300 afiliados) y con COOSALUD, además con las EPS (Colombiana de salud, Saludcoop, ECOPEROL, Policía nacional).

Es zona de alerta para Chagas.

MATRIZ DE PROGRAMAS, ACTIVIDADES, PERSONAL, RECURSOS Y POBLACIÓN OBJETIVO DE P Y P EJECUTADAS EN EL NIVEL MUNICIPAL

ESE: CENTRO DE SALUD SAN EDUARDO MUNICIPIO: SAN EDUARDO

No. DE GUÍA: 5 FECHA: 8 DE ABRIL DEL 2009

SUB-PROGRAMA	ACTIVIDADES	PERSONAL DE SALUD	RECURSOS Y MATERIALES		POBLACIÓN BENEFICIARIA
			RECURSOS Y MATERIALES	POBLACIÓN BENEFICIARIA	
PAI	SE DESARROLLA ACTIVIDADES DE VACUNACIÓN INTRA Y EXTRAMURAL. VACUNAS DISPONIBLES BCG, HEP. B, DPT, ANTIPOLIO, ANTIAMARÍLICA, TRIPLE VIRAL, PENTAVALENT, HEMOFILUS INFLUENZA, NEUMOCOCO Y ROTAVIRUS (RN PESO MENOR A 2000 GR.)	UNA MÉDICO RURAL.		MENORES DE 5 AÑOS	
AIEPI	Hay 6 Agentes Comunitarias en Salud (ACS), las cuales manejan UROC's y UAIRAC's. Igualmente se está diligenciendo la ficha SICAPS para canalizar a menores de 10 años a los servicios	UNA ENFERMERA A SU VEZ GERENCIA EL CENTRO DE SALUD		Menores de 5 años	
NUTRICIÓN	Se está desarrollando tamizaje nutricional para menores de 15 años y se han encontrado casos de desnutrición	TRES AUXILIARES DE ENFERMERÍA (UNA EN FACTURACIÓN, UNA EN SERVICIOS GENERALES Y OTRA EN LO ASISTENCIAL)		Menores de 15 años	
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Se desarrollan como actividades de planificación familiar: consulta de primera vez por médico, consulta de control con médico o enfermera, inserción de DIU, entrega de anticonceptivos orales, se está gestionando el acceso a métodos como el Jadelle, se entregan condones y anticoncepción de emergencia. Además se desarrolla el control prenatal y el curso	1 PSICÓLOGO DE MEDIO TIEMPO		Mujeres y hombres en edad reproductiva Gestantes Jóvenes	

<p>SALUD MENTAL</p> <p>psicoprofiláctico para las madres.</p> <p>Se viene implementando la estrategia de Instituciones Amigas de los Jóvenes o servicios más amigables.</p> <p>Está a cargo del psicólogo, y está manejando actividades para la creación del SIVIF, interconsulta a psicología en probables casos de maltrato, acciones de atención primaria en salud mental con población del colegio, acciones de información sobre consumo de SPA, programa ICP: habilidades para la vida, escuela de padres, proyecto de vida.</p>	<p>Población escolar</p>
<p>ESCOLAR SANO</p> <p>Además de las actividades de nutrición (control de peso y talla), se aplica en las escuelas la EAD y se vigila la existencia de maltrato infantil. Hay promoción de la salud oral con visitas del odontólogo.</p>	<p>Población escolar</p>
<p>PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS</p> <p>Se desarrollan acciones de promoción de la dieta saludable, un ejemplo es el desarrollo de la feria gastronómica que incluye la promoción de la dieta sana diabética.</p> <p>En cuanto a actividad física, se centra en actividades con las entidades del municipio y la población joven, a través de centro para jóvenes, los campeonatos y clubes prejuveniles.</p>	
<p>En cuanto a consumo de cigarrillo se viene dando</p>	

OBSERVACIONES: Adicionalmente y en cumplimiento a la resolución 412 de 2000, se desarrollan las actividades de atención del parto y del recién nacido, las consultas de crecimiento y desarrollo por medicina y por enfermería, la consulta de joven, el control prenatal, la consulta para detectar las alteraciones en la salud del adulto, tamizaje visual para toda la población (medición de la agudeza visual), toma de CCU y examen de seno. Además se lleva el convenio de Vigilancia en Salud Pública con las acciones de vigilancia a eventos cointel y reportes epidemiológicos periódicos.

MATRIZ DE PROGRAMAS, ACTIVIDADES, PERSONAL, RECURSOS Y POBLACIÓN OBJETIVO DE P Y P EJECUTADAS EN EL NIVEL MUNICIPAL

ESE: CENTRO DE SALUD ZETAQUIRA MUNICIPIO: ZETAQUIRA

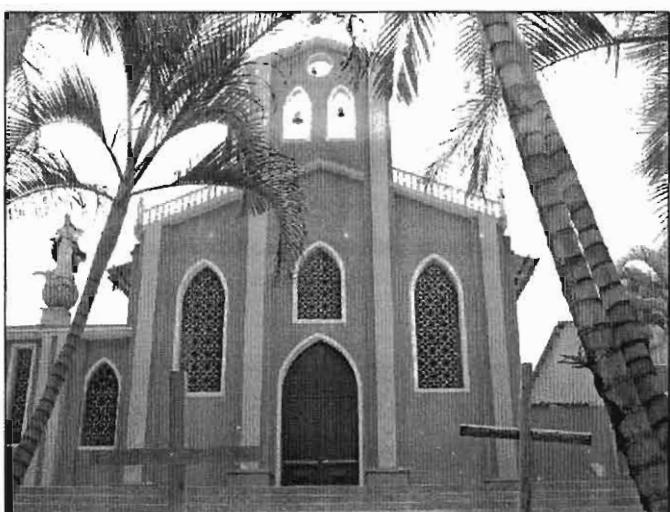
No DE GUÍA 6 FECHA 21 de Mayo 2009

SUB-PROGRAMA	ACTIVIDADES	PERSONAL DE SALUD	RECURSOS Y MATERIALES	POBLACIÓN BENEFICIARIA
PAI	JORNADA EDUCATIVAS, CENSO DE VACUNAS, JORNADAS DE VACUNACIÓN, MRCV, PLANES DE MEJORAMIENTO, APLICACIÓN DEL COMPONENTE SICAPS SIS 151	DOS MÉDICOS DOS ODONTOLOGOS	PARA EL POA 2009 EN SU COMPONENTE DE SALUD PÚBLICA HAY 27.128.797 PESOS COLOMBIANOS.	Población escolar
AIEPI	Implementación y fortalecimiento AIEPI clínico y comunitario, UROC'S Y UAIRAC'S, Seguimiento a través del SICAPS.	UNA ENFERMERA	DISTRIBUIDOS ASI: 10% AIEPI! 10% PAI	TRES AUXILIARES DE ENFERMERIA
NUTRICIÓN	Programa Alimentando-ando			

		PAPA		
SALUD REPRODUCTIVA	SEXUAL Y	Jornadas educativas en salud materna y SSR, Modelo de gestión programática VIH, componente SICAPS, Estudio prevalencia VIH.	UNA PSICOLOGA DE MEDIO TIEMPO	24% SSR 5% SALUD ORAL 24% SALUD MENTAL 5% CRÓNICAS 10% NUTRICIÓN 5% GESTIÓN DEL PIC
SALUD MENTAL		Escuela de padres Prevención del VIH, del maltrato y del abuso Componente SICAPS	UNA PERSONA ENCARGADA DEL SIAU	
SALUD ORAL		Actividades de las metas de Pyp Control de salud oral de las gestantes Actividades de educación	UN TESORERO UNA AUXILIAR DE FARMACIA	El centro de salud no cuenta con una estructura física adecuada, las instalaciones no cumplen con las normas de sismoresistencia.
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS	IELH SPA	Hábitos alimenticios Club de hipertensos	UNA PERSONA DE SERVICIOS GENERALES	Hay problemas para el pago de salarios pues las EPS (específicamente EMDIS) se encuentran atrasadas en el pago de servicios a la ESE.
OTROS		El programa de saneamiento ambiental lo lleva el HRM Se desarrolla el convenio de vigilancia en salud pública Se desarrolla la elaboración de informes para las aseguradoras Se está desarrollando todo el proceso de habilitación y del MECI		

Anexo 5. Perfiles epidemiológicos 2005-2008 por municipio

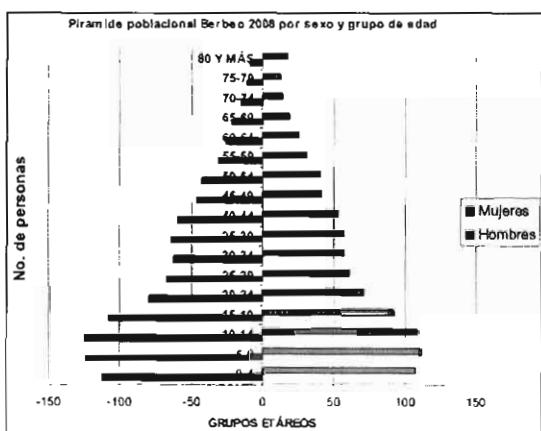
BERBEO



Vista de la Iglesia de Berbeo. Foto archivo personal

a. Población

De acuerdo al *CENSO DANE* en el 2005 Berbeo tenía 1913 habitantes. Se proyectaba que para el año 2008 la población total sería de 1920, la pirámide poblacional de ese año muestra que el 11% eran menores de 5 años, el 61% de la población se concentraba en la población infantil y joven (0-29 años), y el 16% de la población era mayor de 50 años. (Ver gráfico y cuadro).



Respecto a la distribución de la población de acuerdo a la zona de residencia, en los 3 años se evidencia que el porcentaje de personas que habita las zonas rurales tiene una tendencia a la baja en más de 4 puntos porcentuales (ver cuadro).

POBLACIÓN TOTAL BERBEO*	TOTAL	CABECERA	%	RESTO	%
2005	1913	412	21,5	1501	78,5
2006	1914	430	22,5	1484	77,5
2007	1915	446	23,3	1469	76,7
2008	1920	462	24,1	1458	75,9

*CUADRO A PARTIR DE DATOS DANE: COLOMBIA. PROYECCIONES DE POBLACIÓN MUNICIPALES POR ÁREA

De la población total el 48% eran mujeres y el 52% hombres.

grupos etáreos	BERBEO 2008			
	Total	%	Hombres	Mujeres
0	44		23	21
1	43		22	21
0-4	219	11	112	107
5-9	236	12	124	112
10-14	234	12	125	109
15-19	199	10	107	92
20-24	151	8	80	71
25-29	128	7	67	61
30-34	119	6	62	57
35-39	121	6	64	57
40-44	112	6	59	53
45-49	87	5	46	41
50-54	83	4	43	40
55-59	62	3	31	31
60-64	50	3	25	25
65-69	40	2	21	19
70-74	29	2	15	14
75-79	24	1	11	13
80 Y MÁS	26	1	9	17
Total	1.920		1.001	919
%	100,0		52,1	47,9

b. Nacimientos en la serie de años 2005-2008.

Las cifras evidencian una baja atención de nacimientos, hay que tener en cuenta que la atención institucional de parto es remitida al II nivel, es decir, al Hospital Regional de Miraflores, (ver cuadro)

*TASA DE NATALIDAD=No. De NV atendidos/Población total
año por 1000 habitantes*

Año	total de nacimientos	Tasa de nacimientos x 1000 habitantes (población DANE)
2005	15	7.8
2006	10	5.2
2007	10	5.2
2008	19	9.8

FUENTE AS 2008. Tasa ajustada a población DANE

c. Morbilidad general 10 primeras causas, por sexo y por grupos etáreos en la serie de años 2005-2008

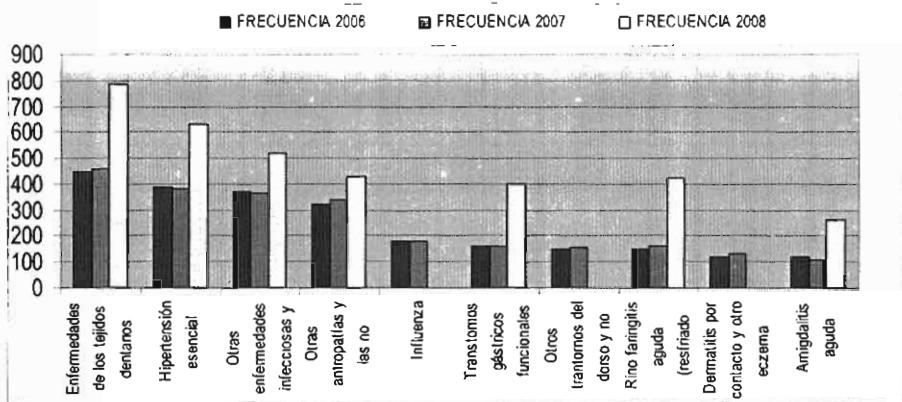
Encontramos en estos años como primeras causas de morbilidad las enfermedades de los tejidos dentarios, seguida de la hipertensión arterial y de las enfermedades infecciosas y parasitarias (ver cuadro)

PRIMERAS CAUSAS MORBILIDAD GENERAL 2005 al 2008 BERBEO

CAUSAS DE MORBILIDAD	FRECUENCIA 2005			FRECUENCIA 2006			FRECUENCIA 2007			FRECUENCIA 2008		
	No.	%	TASA	No.	%	TASA	No.	%	TASA	GRUPO AFECTADO 2008*	POSIACIONAL	MAS
Enfermedades de los tejidos dentarios	450	0,1	235,1	460	0,1	240,2	786	0,2	409,4	Grupos de edades entre 3 y los 16 años		
Hipertensión esencial	390	0,3	203,8	380	0,3	198,4	632	0,3	329,2	Grupos con edades mayores a 50 años		
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y las no identificadas	370	0,1	193,3	365	0,1	190,6	521	0,1	271,4	Grupos con edades entre los 2 y los 60 años		
Otras anropatías y la no especificada	320	7,41	167,2	337	13,8	176,0	429	12,4	223,4	Grupos de edades mayores a 45 años		
Influenza	180	4,17	94,0	180	7,4	94,0						
Trastornos gástricos funcionales	160	3,7	83,6	160	6,6	83,6	397	11,5	206,8	Grupos con edades mayores a 45 años.		
Otros trastornos del dorso y no especificados	150	3,47	78,4	155	6,4	80,9	—					
Rino faringitis aguda (resfriado común)	150	3,47	78,4	160	6,6	83,6	425	12,3	221,4	Grupos edades entre los 1 - 14 años y de los 55 en adelante		
Dermatitis por contacto y aler	120	2,78	62,7	130	5,3	67,9	—					
eczema												
Amigdalitis aguda	120	2,78	62,7	110	4,5	57,4	264	7,6	137,5	grupos de edades entre menores 1 y los 4 años		
Otras Causas												
TOTAL	2410		2437									

En el 2008, hay un mayor registro de enfermedades y llama la atención la prevalencia de enfermedades del sistema digestivo y del sistema respiratorio (ver gráfico)

10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL BERBEO



d. Mortalidad general 2005-2008 tasa ajustada x 10.000 habitantes.

Incidencia de mortalidad por años=número de defunciones/población total por

10.000 habitantes

AÑO	TOTAL DE DEFUNCIONES	TASA DE MORTALIDAD X 10 000 HAB
2005	5	26,1
2006	7	36,6
2007	8	41,8
2008	13	67,7

Cuadro. Fuente AS, la cifra del 2006 no coincide en los AS 2007 y 2008, se mantuvo la del AS 2006.

En el anterior cuadro se nota un aumento en la tasa de mortalidad para el año 2008, los grupos poblacionales donde se concentra el 92% de los fallecimientos son los adultos mayores de 65 años.

e. Mortalidad general por causas 2005-2008 porcentajes y tasas ajustadas x 10.000 habitantes

Respecto a las causas de muerte reportadas en el municipio, llama la atención que en el 2005 y en el 2006 la principal es la enfermedad de Chagas, reconocida por las malformaciones cardíacas que se producen con el desarrollo de la misma. En el 2008, se reporta como principal causa de muerte los paros cardio-respiratorios en hombres mayores de 80 años según datos del AS 2008 (ver cuadro).

CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL BERBEO	2005				2006				2007				2008			
	Nº	%		TASA	Nº	%	TASA	Nº	%	TASA	Nº	%	TASA	Nº	%	TASA
CHAGAS	2	10,5		10,5	2	28,6										
ICC	1	20		5,2	1	14,3										
INSUFICIENCIA RENAL Y HEPÁTICA																
CA GASTRICO	1	20		5,2	2	28,6										
IAM	1	20		5,2	1	14,3										
CA CEREBRAL																
MUERTE VIOLENTA					1	14,3										
PARO CARDIOPULMONAR											4	30,8	20,9			
FALLA MULTIORGÁNICA											3	23,1	15,7			
SÍNDROME BRONCOASPIRATIVO											1	7,7	5,2			
SHOCK SÉPTICO											1	7,7	5,2			
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA											1	7,7	5,2			
ECV											3	23,1	15,7			
TOTAL	5	100		26,1	7	100		8			13	100	67,9			

Cuadro. Fuente AS 2006 y 2008

f. Mortalidad evitable en la serie de años 2005-2008: perinatal, infantil, materna. Tasas ajustadas.

Aunque la tasa bruta de natalidad es baja, tanto en el 2007 y en el 2008 se reporta una razón de mortalidad perinatal de 100 x 1.000 NV y 52 x 1.000 NV respectivamente (ver cuadro).

TIPOS DE MORTALIDAD	2005		2006		2007		2008	
	BERBEO	Nº	RAZÓN	Nº	RAZÓN	Nº	RAZÓN	Nº
Mortalidad perinatal (por 1,000 NV)	0		0		1	100	1	52,6
Mortalidad infantil en menores de 1 año (por 1,000 NV)	0		1	100	0		0	
Mortalidad materna (por 100,000 NV)	0		0		0		0	

Cuadro. Fuente: AS 2007 y 2008. La razón se calculó según reportes de natalidad en el municipio.

g. Eventos de interés en salud pública en la serie de años 2005-2008.

Los eventos que más se reportaron en los 3 últimos años fueron las IRA's y las EDA's con un aumento en el año 2007, sin embargo, llama la atención que para el 2008 aumenta la tasa de incidencia para la enfermedad de Chagas así como la de maltrato infantil y maltrato físico, lo anterior puede estar relacionado al mayor reporte de eventos debido a la implementación de programas de atención a la violencia y de la sistematización de la información epidemiológica a través del SIVIGILA.

INCIDENCIA DE EISP BERBEO	2005		2006		2007		2008	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
Parálisis Flácida Aguda (< 15 años)	0		0		0		0	
Tétanos Neonatal	0		0		0		0	
Tétanos	0		0		0		0	
Sarampión	0		0		0		0	
Rubéola	0		0		0		0	
Tos ferina	0		0		0		0	
Difteria	0		0		0		0	
Reacciones postvacunales	0		0		0		1	0.5
Hepatitis B y D	0		0		0		0	
Hepatitis A, C y E	0		1	0.5	1	0.5	0	
Tuberculosis pulmonar	0		1	0.5	1	0.5	0	
TBC extrapulmonar	0		0		0		0	

Varicela	8	4,2	8	4,2	19	9,9	4	2,1
Parotiditis	0		0		3	1,6	1	0,5
Fiebre Amarilla	0		0		0		0	
Encefalitis equina venezol.	0		0		0		0	
Dengue Clásico	0		3	1,6	0		0	
Dengue hemorrágico	0		0		0		0	
Malaria por vivax	0		0		0		0	
Malaria por Falciparum	0		0		0		0	
Leishmaniasis	0		0		0		0	
Enfermedad de Chagas	0		2	1,0	0		1	0,5
Cólera	0		0		0		0	
Rabia animal	0		0		0		0	
Rabia humana	0		0		0		0	
Exposición rágica	4	2,1	5	2,6	7	3,7	0	
Sífilis congénita	0		0		0		0	
Sífilis en madres	0		0		0		0	
SIDA	0		0		0		0	
Infección intrahospitalaria	0		0		0		0	
Intoxicación alimentaria	0		2	1,0	3	1,6	0	
Intoxicación plaguicidas	1	0,5	1	0,5	2	1,0	1	0,5
Brotes o epidemias:	0		0		0		0	
Abuso sexual	0		0		0		2	1,0
Maltrato infantil	0		0		0		1	0,5
Violencia sexual	0		0		0		0	
EDA	66	34,5	174	90,9	218	113,8	95	49,5
IRA	200	104,5	428	223,6	638	333,2	286	149,0
Otros: Violencia física	3	1,6	19	9,9	21	11,0	1	0,5
TOTAL	282		644		913		435	

Cuadro. Fuente AS 2008 la tasa es x 1,000 habitantes según proyecciones DANE.

h. Coberturas de vacunación en la serie de años 2005-2008

AÑO	COBERTURAS DE VACUNACIÓN BERBEO													
	Población menor de 1 año	POLIO	% VOP	DPT	% DPT	BCG	%BCG	HB	% Hepatitis B	HIB	%Hib	Población de 1 año	T.V.	%Triple Viral
2005	42	31	73,81	37	88,10	24	57,14	37	88,10	37	88,10	44	39	88,64
2006	43	33	76,74	32	74,42	14	32,56	32	74,42	32	74,42	43	14	32,56
2007	43	40	93,02	40	93,02	14	32,56	40	93,02	40	93,02	43	31	72,09
2008	44	32	72,73	32	72,73	0	0,00	32	72,73	32	72,73	43	42	97,67

Cuadro. Fuente: datos coberturas por municipio MIPASOF

Como podemos observar las coberturas son mayores para la población infantil de un año, para los menores de 1 años las coberturas del 2008 no superan el 72%. En el caso de la BCG las bajas coberturas en los 4 últimos años se explican debido a que los nacimientos atendidos por el centro de salud son bajos, aunque no explica el dato del 2008 pues para este año se reportaron 19 nacimientos.

h. Instituciones y servicios de salud



Vista del centro de salud de Berbeo. Foto archivo personal

Municipio	Nombre IPS	Servicio	Naturaleza
		SERVICIO EXTRAMURAL	Pública
		SERVICIO FARMACÉUTICO	Pública
		TOMA DE MUESTRAS DE	
EMPRESA SOCIAL DEL BERBEO	ESTADO CENTRO DE SALUD JUAN FRANCISCO BERBEO	LAB. CLÍNICO	Pública
		TRANSPORTE ASISTENCIAL	
		BÁSICO	Pública
		ATENCIÓN DOMICILIARIA	Pública
		ODONTOLOGÍA	Pública
		MEDICINA GENERAL	Pública
		ENFERMERÍA	Pública
		LABORATORIO CLÍNICO	Pública

En el municipio la única institución de salud prestadora de servicios de salud es la ESE Berbeo de primer nivel de atención (ver cuadro), su centro de referencia de pacientes para atención de partos y atención de II nivel es el Hospital Regional de Miraflores.

Las empresas promotoras de salud encargadas del régimen subsidiado son:

MUNICIPIO	EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	AFILIADOS
BERBEO	CAPRECOM	669
	COOSALUD	1789
TOTAL		2458

Cuadro a partir de datos de afiliación actualizados a 31 de enero de 2009. SESALUB-DTA

Al parecer la totalidad de la población (excepto los maestros y empleados de la alcaldía) está afiliada al régimen subsidiado, aunque los anteriores datos sobrepasan las cifras de 1920 habitantes proyectados según censo DANE y según el SISBEN de 2245 para el 2008.

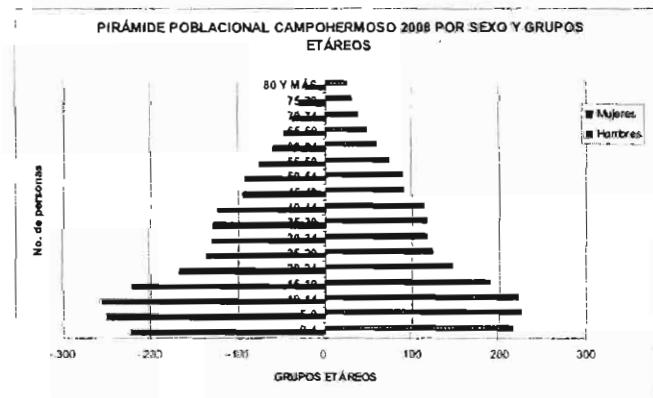
CAMPOHERMOSO



Vista del parque central de Campohermoso. Foto archivo personal

a. Población

De acuerdo al CENSO DANE 2005 la población total de Campohermoso era de 4065. Se proyectaba que para el año 2008 la población sería de 4013, en este año la pirámide poblacional muestra que más de la mitad de la población estaba en el rango de 0 a 29 años (59%) y un 18% de 50 años en adelante. Aproximadamente la mitad de la población (47%) se encontraba en la franja entre los 15 y los 49 años (ver gráfico y cuadro).



De la población total el 48% son mujeres y el 52% de hombres.

CAMPOHERMOSO 2008				
grupos etáreos	Total	%	Hombres	Mujeres
0	86		46	40
1	87		44	43
0-4	438	11	223	215
5-9	476	12	250	226
10-14	478	12	256	222
15-19	410	10	221	189
20-24	313	8	167	146
25-29	260	6	137	123
30-34	247	6	130	117
35-39	246	6	129	117
40-44	236	6	123	113
45-49	185	5	95	90
50-54	181	5	92	89
55-59	149	4	76	73
60-64	118	3	60	58
65-69	95	2	48	47
70-74	75	2	38	37
75-79	59	1	29	30
80 Y MÁS	47	1	23	24
total	4.013		2.097	1.916
%	100,0		52,3	47,7

Respecto a la distribución de la población de acuerdo a la zona de residencia encontramos que en los últimos 3 años ha habido una disminución en 2 puntos porcentuales de la población que habita zonas rurales (ver cuadro)

POBLACIÓN TOTAL CAMPOHERMOSO*	TOTAL	CABECERA	%	RESTO	%
2005	4065	853	21,0	3212	79,0
2006	4040	870	21,5	3170	78,5
2007	4030	889	22,1	3141	77,9
2008	4013	905	22,6	3108	77,4

*CUADRO A PARTIR DE DATOS DANE: COLOMBIA. PROYECCIONES DE POBLACIÓN MUNICIPALES POR ÁREA

b. Nacimientos en la serie de años 2005-2008.

Se evidencia un cambio brusco en el total de nacimientos en el municipio para el año 2008 (ver cuadro), el cual puede explicarse por la remisión de partos hacia el Hospital Regional de Miraflores, pero que también puede estar asociado a una menor tasa de natalidad, la cual impacta el crecimiento o disminución de la población total.

TASA DE NATALIDAD=No. De NV atendidos/Población total año por

1000 habitantes

AÑO	TOTAL DE NACIMIENTOS	TASA DE NATALIDAD X	
		1000 HABITANTES	(población DANE)
2005	85	20.9	
2006	71	17.5	
2007	53	13.1	
2008	6	1.4	

FUENTE AS 2008. Tasa ajustada a población DANE

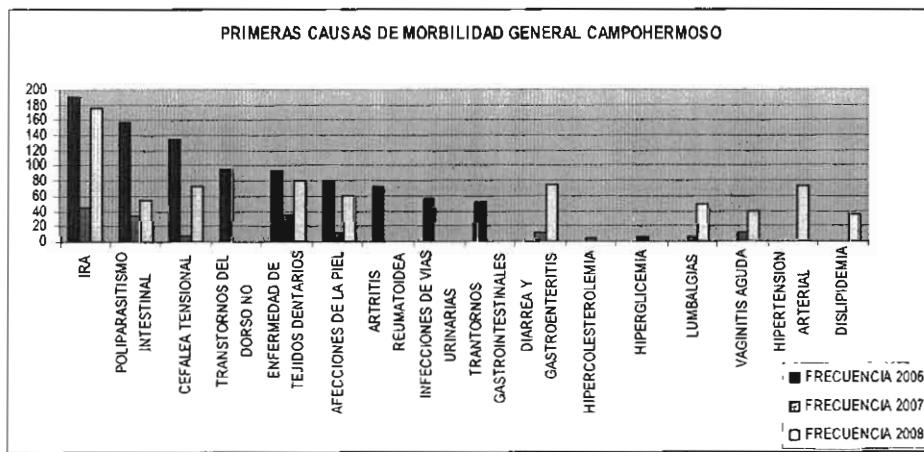
c. Morbilidad general por causas, por sexo y por grupos etáreos en la serie de años 2005-2008

Las primeras causas de morbilidad reportadas en los últimos tres años han sido las *infecciones respiratorias agudas IRA's*, seguidas del diagnóstico de *poliparasitismo intestinal PPI* y luego de enfermedades de los tejidos dentarios. En el 2008 aparece además dentro de las primeras causas la *diarrea-gastroenteritis (EDA)* (ver cuadro).

CAUSAS DE MORBILIDAD	PRIMERAS CAUSAS MORBILIDAD GENERAL 2005 al 2008 CAMPOHERMOSO												
	FRECUENCIA 2005			FRECUENCIA 2006			FRECUENCIA 2007			FRECUENCIA 2008			GRUPO POBLACIONAL MAS AFECTADO 2008*
	No.	%	TASA	No.	%	TASA	No.	%	TASA	No.	%	TASA	
IRA			190	20.0		47.0	44	25.88	10.92	175	24.61	43.6	5-14 AÑOS
POLIPARASITISMO INTESTINAL			157	16.56		38.9	34	20	8.437	55	7.73	13.7	5 A 14 AÑOS.

CEFALEA TENSINAL			135	14.24	33,4	8	4.70	1,985	72	10.12	17,9	20-44 AÑOS
TRASTORNOS DEL DORSO NO ESPECIFICADOS			96	10,26	23,8							
ENFERMEDAD DE TEJIDOS DENTARIOS Duros (CARIOS)			94	9.91	23,3	35	20.58	8,685	80	11.25	19,9	20 A 44 AÑOS
AFECCIONES DE LA PIEL			81	8.54	20,0	12	7.05	2,978	60	8.43	15,0	15 A 19 AÑOS.
ARTRITIS REUMATOIDEA			73	7.70	18,1							45 A 59 AÑOS.
INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS			57	6.01	14,1							
TRASTORNOS GASTROINTESTINALES			53	5.59	13,1							
DIARRÉA Y GASTROENTERITIS						11	6.47	2,73	74	10.40	18,4	5 A 14 AÑOS
HIPERCOLESTEROLEMIA						4	2.35	0,993				
HIPERGLICEMIA						5	2.4	1,241				
LUMBALGIAS						6	3.52	1,489	48	6.75	12,0	20 A 44 AÑOS
VAGINITIS AGUDA						11	6.47	2,73	39	5.48	9,7	20-44 AÑOS.
HIPERTENSIÓN ARTERIAL									72	10.12	17,9	45-65 AÑOS.
DISLIPIDEMIA									36	5.06	9,0	45 A 59 AÑOS
TOTAL			936		170			711				

FUENTE: ESTADÍSTICA E.S.E CENTRO DE SALUD CAMPOHERMOSO RIPS-C. ANÁLISIS SITUACIONALES DE SALUD



Como podemos observar en el gráfico anterior las IRA's son de alta prevalencia en los años 2006 y 2008, además de que en estos años se mantienen las prevalencias de enfermedades de los tejidos dentarios, cefaleas tensionales y afecciones de la piel. En el año 2008 se reporta como cuarta causa de enfermedad la hipertensión arterial así como la dislipidemia, que no se reportan en los años anteriores, probablemente tenga que ver con la implementación de mecanismos de detección y diagnóstico temprano.

d. Tasa de mortalidad general.

<i>Incidencia de mortalidad por años=número de defunciones/población total por 10,000 habitantes</i>		
AÑO	TOTAL DE DEFUNCIONES	TASA DE MORTALIDAD X 10.000 HAB
2005	ND	ND
2006	ND	ND
2007	18	44,6
2008	12	29,9

FUENTE AS 2008 (Hay inconsistencias en los as 2007 y 2008 y errores en la presentación de las tasas, por lo cual tomamos números brutos y luego ajustamos la tasa según población DANE)

En el anterior cuadro se nota un problema en el registro de muertes. Para el año 2008, los grupos poblacionales donde se concentra el 67% de los fallecimientos son los adultos mayores de 65 años y un 33% en población entre 45 y 64 años (fuente AS).

e. Mortalidad general en la serie de años 2005-2008 por causas ajustada a tasa.

Respecto a las causas de muerte en el municipio, llama la atención que en el 2007 la principal es la hipertensión arterial, seguida del IAM y de la desnutrición. Para el 2008 se reportan como principales causas de muerte las ICC en mayores de 65 años y el TCE en mayores de 45 (ver cuadro).

CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL CAMPOHERMOSO	2007			2008		
	No.	%	TASA	No.	%	TASA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	6	33,3	14,9			
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	3	16,7	7,4	2	16,7	5,0
DESNUTRICIÓN	3	16,7	7,4			
CÁNCER DE SENO	1	5,6	2,5			
DISLIPIDEMIA	1	5,6	2,5			
CAÍDA	1	5,6	2,5			
TRAUMA CRÁNEO-ENCEFÁLICO	1	5,6	2,5			
CARDIOPATÍA	1	5,6	2,5			
CAQUEXIA	1	5,6	2,5			
INSUFICIENCIA CARDIACO-CONGESTIVA				1	16,7	5,0
TRAUMA CRÁNEO-ENCEFÁLICO				1	16,7	5,0
SEPSIS				2	16,7	5,0
IRA				2	16,7	5,0
TOTAL	18	100	44,7	12	100,0	29,9

f. Mortalidad evitables en la serie de años 2005-2008: perinatal, infantil, materna.

En los dos últimos años no se han reportado muertes evitables (ver cuadro)

TIPOS DE MORTALIDAD CAMPOHERMOSO	2005		2006		2007		2008	
	Nº	RAZÓN	Nº	RAZÓN	Nº	RAZÓN	Nº	RAZÓN
Mortalidad perinatal (X mil nacidos vivos)	1	11,8	2	28,2	0		0	
Mortalidad infantil en menores de 1 año (por 1,000 NV)	0		0		0		0	
Mortalidad materna (X 100,000 NV)	0		0		0		0	

g. Eventos de interés en salud pública en la serie de años 2005-2008

De los EISP resalta la incidencia de dengue clásico en el 2006 y el brote de Hepatitis en el año 2007. En el 2008 hubo un solo de reporte relacionado con un caso de malaria por falciparum (ver cuadro), en el AS no estaban incluidas ni IRA's ni EDA's.

INCIDENCIA DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA CAMPOHERMOSO	2005		2006		2007		2008	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Parálisis Flácida Aguda (< 15 años)	2	0,5	0		0		0	
Tétanos Neonatal	0		0		0		0	
Tétanos	0		0		0		0	
Sarampión	0		0		0		0	
Rubéola	0		0		0		0	
Tos ferina	0		0		0		0	
Difteria	0		0		0		0	
Reacciones postvacunales	0		0		0		0	
Hepatitis B y D	0		0		0		0	
Hepatitis A, C y E	0		0		1		1	
Tuberculosis	0		0		0		0	
Varicela	1	0,2	1	0,2	0		0	
Panotiditis	0		0		0		0	
Fiebre amarilla	0		0		0		0	
Dengue Clásico	0		1		1		0	
Dengue hemorrágico	0		0		0		0	
Malaria por vivax	0		1	0,2	0		0	
Malaria por Falciparum	0		0		0		1	
Leishmaniasis	0		0		0		0	
Enfermedad de Chagas	0		0		0		0	
Cólera	0		0		0		0	
Rabia animal	0		0		0		0	
Exposiciones rabicas	1	0,2	0		0		0	
Sífilis congénita	0		0		0		0	
Sífilis gestacional (embarazadas)	0		0		0		0	
SIDA	0		0		0		0	

Infección intrahospitalaria	0		0		0		0
Intoxicación alimentaria	0		0		0		0
Intoxicación plaguicidas	0		2	0,5	0		0
Brotes o epidemias:	0		0		1	0,2	0
Abuso sexual	2	0,5	2	0,5	0		0
Maltrato Infantil	3	0,7	0		0		0
Violencia sexual	0		0		0		0
Otros	0		0		0		0
TOTAL	9		9		8		1

h. Coberturas de vacunación en la serie de años 2005-2008

En este municipio, las coberturas para el 2008 fueron de más del 100% (ver cuadro), vale la pena mencionar que es el único municipio que cuenta con un vacunador para trabajo extramural.

COBERTURAS DE VACUNACIÓN CAMPOHERMOSO														
AÑO	Población menor de 1 año	POLIO	% VOP	DPT	% DPT	BCG	%BCG	HB	% Hepatitis B	HIB	%Hib	Población de 1 año	T.V.	%Triple Viral
2005	91	91	100,00	91	100,00	72	79,12	91	100,00	91	100,00	93	90	96,77
2006	91	79	86,81	79	86,81	45	49,45	79	86,81	79	86,81	89	63	70,79
2007	90	78	86,67	78	86,67	36	40,00	78	86,67	78	86,67	89	81	91,01
2008	86	89	103,49	89	103,49	13	15,12	89	103,49	89	103,49	87	88	101,15

i. Instituciones y servicios de salud



Vista del centro de salud de Campohermoso. Foto archivo personal

Municipio	Nombre IPS	Servicio	Naturaleza
		ODONTOLOGÍA	Pública
		TRANSPORTE	
		ASISTENCIAL	
		BÁSICO	Pública
		EMPRESA SOCIAL	SERVICIO DE
CAMPOHERMOSO	DEL ESTADO	URGENCIAS	Pública
	CENTRO DE SALUD	VACUNACIÓN	Pública
	CAMPOHERMOSO	MEDICINA	
		GENERAL	Pública
		ENFERMERÍA	Pública
		OBSTETRICIA	Pública
		SERVICIO	
		EXTRAMURAL	Pública

Como vemos en el municipio la IPS es el centro de salud, su centro de referencia para atención de partos y atención de II nivel es el Hospital Regional de Miraflores.

En cuanto a afiliación al SGSSS, los datos que tenemos reportan un 83.4% de la población para 2008 estaban dentro del régimen subsidiado y un 1.8% en el régimen contributivo. En cuanto a las EPS del régimen subsidiado encontramos:

MUNICIPIO	EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	AFILIADOS
CAMPOHERMOSO	CAPRECOM	1281
	COOSALUD	2064
TOTAL		3345

Cuadro a partir de datos de afiliación actualizados a 31 de enero de 2009. SESALUB-DTA

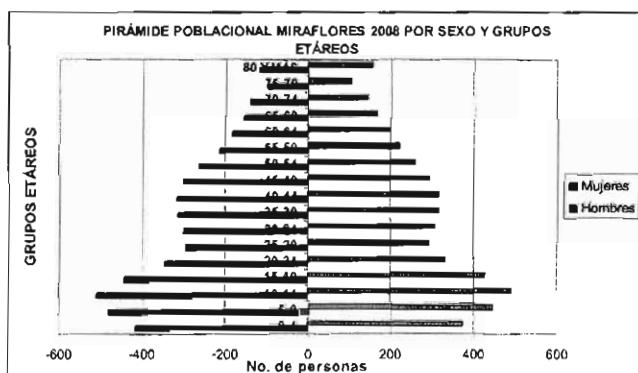
MIRAFLORES



Vista de la Iglesia de Miraflores. Foto archivo personal

a. Población.

La población total de Miraflores en 2005 era de 9661, se proyectaba que para el año 2008 la población sería de 9707. En 2008, la pirámide poblacional muestra que la mitad de la población del municipio de Miraflores está en el rango de 0 a 29 años, se trata de una población joven y en especial de un 28% de menores de 14 años. Un 35% está entre los 29 y 59 años (ver gráfico y cuadro).



La población total de mujeres y hombres corresponde al 50% respectivamente.

MIRAFLORES 2008				
grupos etáreos	Total	%	Hombres	Mujeres
0	161		83	78
1	160		82	78
0-4	790	8	416	374
5-9	927	10	479	448
10-14	1.000	10	509	491
15-19	870	9	442	428
20-24	675	7	343	332
25-29	587	6	294	293
30-34	603	6	298	305
35-39	627	6	310	317
40-44	630	6	314	316
45-49	590	6	297	293
50-54	520	5	259	261
55-59	433	4	211	222
60-64	383	4	181	202
65-69	318	3	153	165
70-74	281	3	137	144
75-79	200	2	95	105
80 Y MÁS	273	3	116	157
total	9.707		4.854	4.853
%	100,0		50,0	50,0

A diferencia de los otros cinco municipios donde la mayor parte de la población habita zona rural, en Miraflores se ha igualado la proporción de habitantes de la cabecera municipal con la que habita la zona rural, la cual incluso estaba en el 47% para el 2008 (ver cuadro). Lo anterior puede relacionarse con el desarrollo de sectores no agrícolas (comercio y servicios) en este municipio por ser capital de la provincia.

MIRAFLORES*	TOTAL	CABECERA	%	RESTO	%
2005	9661	4694	48,6	4967	51,4
2006	9674	4844	50,1	4830	49,9
2007	9695	4989	51,5	4706	48,5
2008	9707	5119	52,7	4588	47,3

*CUADRO A PARTIR DE DATOS DANE: COLOMBIA. PROYECCIONES DE POBLACIÓN MUNICIPALES POR ÁREA

b. Nacimientos en la serie de años 2005-2008

*TASA DE NATALIDAD=No. De NV/ Población total año
por 1000 habitantes*

Año	Total de nacimientos	Tasa de natalidad x 1000 habitantes
2005	128	13.2
2006	115	11.8
2007	116	11.9
2008	117	12

FUENTE AS MIRAFLORES 2008. Tasa ajustada población DANE

La tasa en los últimos años mantiene unos valores más o menos constantes (cuadro anterior). En este caso la tasa sólo incluye los nacidos vivos del municipio de Miraflores, que constituyeron en el 2007 el 45% de los nacimientos atendidos en el Hospital regional y en el 2008 un 37% (fuente AS 2008). Si contáramos el total de nacidos vivos provenientes de otros municipios la tasa estaría en 26.4 x 1,000 habitantes.

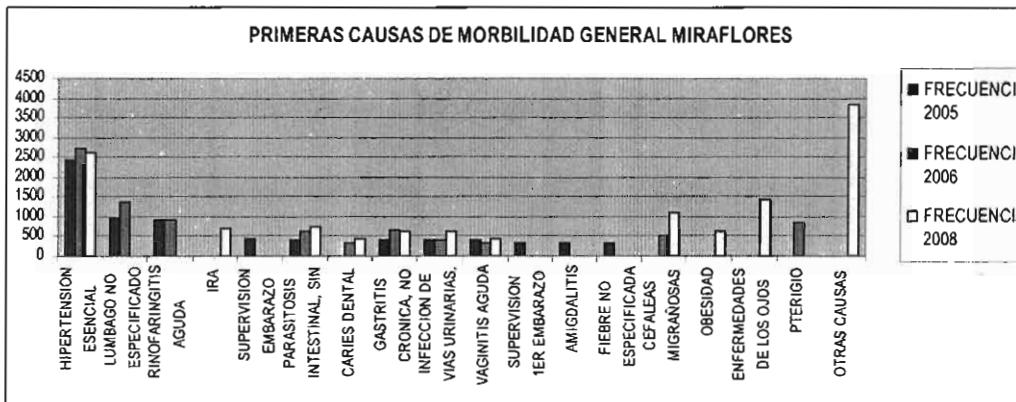
c. Morbilidad general por causas en la serie de años 2005-2008

La primera causa de morbilidad en los últimos tres años ha sido la hipertensión arterial esencial. En el 2008 aparecen con importante prevalencia las enfermedades de los ojos, las cefaleas migrañas y la obesidad, aparece un alto porcentaje agrupado en otras causas (ver cuadro y gráfico)

CAUSAS DE MORBILIDAD	PRIMERAS CAUSAS MORBILIDAD GENERAL 2005 al 2008 MIRAFLORES												
	FRECUENCIA 2005			FRECUENCIA 2006			FRECUENCIA 2007			FRECUENCIA 2008			
	No.	%	TASA	No.	%	TASA	No.	%	TASA	No.	%	TASA	
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	2450	12,04	253,6	2712	31,3	280,3				2631	19,94	271	45-59 años
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	942	4,68	97,5	1383	16,0	143,0							
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	931	4,56	96,4	906	10,4	93,7							
IRA										684	5,18	70,46	15-44 años
SUPERVISION EMBARAZO	440	2,16	45,5										
PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	421	2,07	43,6	635	7,3	65,6				739	5,60	76,13	
CARIES DENTAL				316	3,6	32,7				430	3,26	44,3	5-14 años
GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	414	2,04	42,9	653	7,5	67,5				619	4,69	63,77	15-44 años
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	408	2,01	42,2	403	4,6	41,7				636	4,82	65,52	15-44 años
VAGINITIS AGUDA	406	2	42,0	324	4,7	33,5				447	3,38	46,05	15-44 años
SUPERVISION 1ER EMBARAZO	338	1,68	35,0										
AMIGDALITIS	334	1,64	34,6										
FIEBRE NO ESPECIFICADA	331	1,63	34,3										
CEFALEAS MIGRAÑOSAS				499	5,8	51,6				1123	8,51	115,7	15-44 años

OBESIDAD						610	4.62	62,84	15-44 años
ENFERMEDADES DE LOS OJOS							10.73	146,5	15-44 años
PTERIGIO			839	9,7	86,7				
OTRAS CAUSAS						3848	29,17	396,4	
TOTAL DE CASOS	20341		8670			13189			

FUENTE: HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E. ANÁLISIS SITUACIONALES DE SALUD 2005 AL 2008



d. Tasa de mortalidad general.

AÑO	TOTAL DE DEFUNCIONES	INCIDENCIA DE MORTALIDAD POR AÑOS = NÚMERO DE DEFUNCIONES / POBLACIÓN TOTAL POR 10,000 HABITANTES	
		TASA DE MORTALIDAD X 10.000 HAB	
2005	45		46,6
2006	66		68,2
2007	46		47,4
2008	52		53,6

FUENTE AS MIRAFLORES 2008. Tasa ajustada población DANE

La tasa de mortalidad mantiene un comportamiento más o menos constante (ver cuadro). En el año 2008, el 79% de las defunciones fueron de personas mayores de 60 años y un 8% en menores de 1 año (fuente AS 2008)

e. Mortalidad general en la serie de años 2005-2008 por causas, ajustada a tasa.

Para el 2005 y 2006 las enfermedades cardiovasculares constituyeron un 15.6% y un 29% respectivamente dentro de las causas de mortalidad general, para el 2008 se incrementó el porcentaje al 58%. Por su parte las enfermedades respiratorias constituyeron la primera causa de muerte en el 2005 y la segunda en el 2008. Es de anotar que hay problemas para el reporte de causas en todos los años (excepto el 2008) (Ver cuadro).

CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL	2005			2006			2007			2008			
	MIRAFLORES	nº	%	Tasa	nº	%	Tasa	nº	%	Tasa	nº	%	Tasa
CARDIOVASCULARES	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION	4	8,9	4,1	19	28,8	19,6				30	57,7	30,9
	PARO CARDIACO, NO ESPECIFICADO	1	2,2	1,0									
	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	1	2,2	1,0									
	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	1	2,2	1,0									
CÁNCER	TUMOR MALIGNO DEL	1	2,2	1,0	4	6,1	4,1				4	7,7	4,1
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	1	2,2	1,0	4	6,1	4,1				10	16,7	10,3
	EPOC	1	2,2	1,0									
	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO ESPECIFICADA	1	2,2	1,0									
	PARO RESPIRATORIO	4	8,9	4,1	5	7,8	5,2						
METABÓLICAS	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA	1	2,2	1,0							2	3,8	2,1
POR HERIDA DE ARMA DE FUEGO											1	1,9	1,0
PERINATALES											2	3,8	2,1
INFECCIONES											3	5,8	3,1
OTROS		1	2,2	1,0									

SIN CAUSAS		9	11%		51,5				
REPORTADAS									
TOTAL		45	100	66	100,0	46	100,0	52	

Cuadro. No tuvimos acceso al AS 2007 por lo que no aparecen los datos de ese año. Las causas del 2008 fueron reportadas por rupos.

f. Mortalidad evitable en la serie de años 2005-2008: perinatal, infantil, materna. Tasas ajustadas.

Aunque en el 2007 no se registra ninguna muerte evitable, el resto de años muestra la incidencia de muertes perinatales con razón de 26 X 1.000 NV para el 2006 y de 17X 1.000 NV para el 2008 (ver cuadro).

TIPOS DE MORTALIDAD MIRAFLORES	2005		2006		2007		2008	
	Nº	RAZÓN	Nº	RAZÓN	Nº	RAZÓN	Nº	RAZÓN
Mortalidad perinatal (X mil nacidos vivos)	1	7,8	1	25	0		1	7,1
Mortalidad infantil en menores de 1 año (por 1,000 NV)	0		0		0		0	
Mortalidad materna (X 100,000 NV)	0		0		0		0	

g. Eventos de interés en salud pública en la serie de años 2005-2008

Los eventos que más se reportaron en los 4 últimos años fueron las IRA's y las EDA's con una leve disminución en el año 2007. También ha habido incidencia de dengue clásico y de brotes de varicela en todos los años, esta última con excepción del 2008. En el 2007 y en el 2008 se reportó enfermedad de Chagas en una tasa de 3.8 X 1,000 hab. y de 4.5 X 1,000 hab. Respectivamente. Otro de los eventos en el que aumentado el reporte de casos es el maltrato infantil (ver cuadro).

INCIDENCIA DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA MIRAFLORES	2005		2006		2007		2008	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Parálisis Flácida Aguda (< 15 años)	0		0		0		0	
Tétanos Neonatal	0		0		0		0	
Tétanos	0		0		0		0	

Sarampión	0		0		0		0
Rubéola	0		0		0		0
Tos ferina	0		0		0		0
Difteria	0		0		0		0
Reacciones postvacunales	4	0,4	0		0		0
Hepatitis B y D	0		0		0		0
Hepatitis A, C y E	0		0		0		0
Tuberculosis	0		3	0,3	2	0,2	1
Varicela							
Parotiditis	0		3	0,3	1	0,1	0
Fiebre amarilla	0		0		0		0
Dengue Clásico			106				0
Dengue hemorrágico	0		0		0		0
Malaria por vivax	0		1	0,1	0		2
Malaria por Falciparum	0		0		0		0
Leishmaniasis	0		0		1	0,1	0
Enfermedad de Chagas	2	0,2	1	0,1			
Cólera	0		0		0		0
Rabia animal	0		0		0		0
Exposiciones rabicas	9	0,9	0		1	0,1	0
Sífilis congénita	0		0		0		0
Sífilis gestacional (embarazadas)	0		0		0		0
SIDA MUERTES	0		0		2	0,2	2
Infeción intrahospitalaria	7	0,7	8	0,8	10	1,0	0
Intoxicación alimentaria	0		6	0,6	0		0
Intoxicación plaguicidas	3	0,3	2	0,2	3	0,3	1
Brotes o epidemias:	2	0,2	2	0,2	2	0,2	1
Abuso sexual	4	0,4	2	0,2	2	0,2	3
Maltrato Infantil							9
Violencia sexual	2	0,2	2	0,2	3	0,3	6
Otros, IRAS	1262	130,6	1363	140,9	742	76,5	986
EDAS	207	21,4	215	22,2	179	18,5	203
Total	1614		1789		1086		1279

h. Coberturas de vacunación en la serie de años 2005-2008

Las coberturas de vacunación en menores de 1 año son mayores del 100%, en el caso de la BCG el porcentaje se explica por la atención de partos provenientes de otros municipios y la consecuente atención del recién nacido. En niños de 1 año la cobertura en el 2008 fue de 91,2% (ver cuadro).

COBERTURAS DE VACUNACIÓN MIRAFLORES														
AÑO	Población menor de 1 año	POLIO	% VOP	DPT	% DPT	BCG	%BCG	HB	% Hepatitis B	Hib	%Hib	Población de 1 año	T.V.	%Triple Viral
2005	149	138	92,62	139	93,29	226	151,68	139	93,29	139	93,29	160	130	81,25
2006	162	145	89,51	147	90,74	286	176,54	147	90,74	147	90,74	146	154	105,48
2007	161	169	104,97	169	104,97	283	175,78	169	104,97	169	104,97	164	137	83,54
2008	161	166	103,11	166	103,11	266	165,22	166	103,11	166	103,11	160	146	91,25

i. Instituciones y servicios de salud



Vista de la entrada al Hospital Regional de Miraflores. Foto archivo personal

El Hospital Regional de Miraflores es la única institución pública con servicios de II nivel de atención de la provincia del Lengupá, cuenta con servicio de especialidades y auxiliares de diagnóstico (ver cuadro anterior) y con personal de: 7 médicos, 2 enfermeras profesionales, 2 odontólogos, 1 psicóloga, 2 bacteriólogas, 22 auxiliares de enfermería, 2 fisioterapeutas y 2 técnicos de saneamiento ambiental. Las consultas por especialidad se programan usualmente cada mes.

En los planes de desarrollo del municipio además se habla de la IPS Visalud que cuenta con 2 médicos y 1 profesional de psicología. Además la SESALUB reporta la siguiente oferta de servicios particulares:

OFERTA DE SERVICIOS PRIVADOS	
FISIOTERAPIA	Profesional Independiente
ODONTOLOGÍA	Profesional Independiente
ODONTOLOGÍA	Profesional Independiente
OPTOMETRÍA	Profesional Independiente
TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLÍNICO	Profesional Independiente
LABORATORIO CLÍNICO	Profesional Independiente
PSICOLOGÍA	Profesional Independiente
PSICOLOGÍA	Profesional Independiente

En cuanto a afiliación al SGSSS, los datos que tenemos reportan un 83.4% de la población en el régimen subsidiado y un 1.8% en el régimen contributivo. En cuanto a las EPS del régimen subsidiado encontramos:

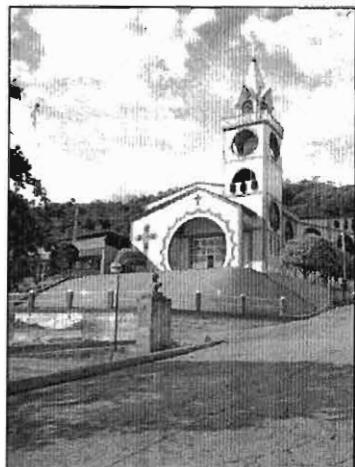
MUNICIPIO	EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	AFILIADOS
MIRAFLORES	CAPRECOM	14
	EMDIS	7824
TOTAL		7838

Cuadro a partir de datos de afiliación actualizados a 31 de enero de 2009. SESALUB-DTA

De estos 7838 afiliados, en realidad hay 7170 activos, es decir, un 74% de la población total.

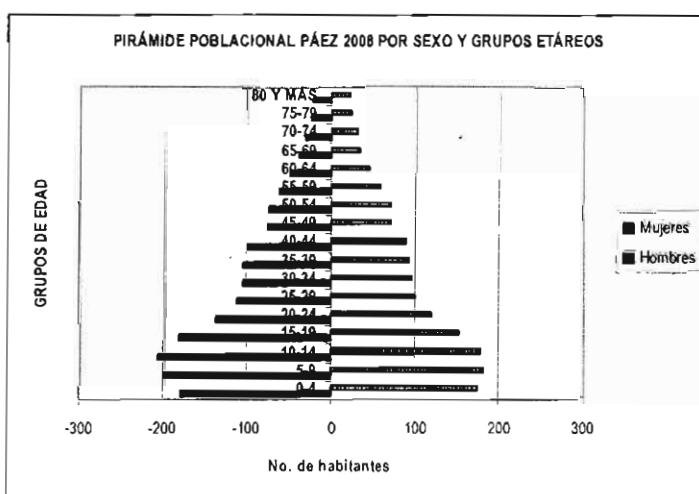
En el régimen contributivo se reportan 2422 afiliados, es decir, un 25% de la población y en regímenes especiales un 0.62%.

PÁEZ



a. Población.

De acuerdo al *CENSO DANE 2005* la población total de Páez era de 3369. Se proyectaba que para el año 2008 la población sería de 3238, año en el que la pirámide poblacional del municipio de muestra que el 59% de la población se encuentra en los grupos de edad entre 0 y 29 años, además el 35% de la población es infantil (menor de 14 años) y el 18% de la población es mayor de 50 años (ver gráfico y cuadro).



Del total de población el 52,1% son hombres y el 47,9% mujeres.

PÁEZ 2008				
grupos etáreos	Total	%	Hombres	Mujeres
0	69		35	34
1	70		36	34
0-4	353	11	178	175
5-9	381	12	199	182
10-14	384	12	206	178
15-19	334	10	181	153
20-24	257	8	137	120
25-29	212	7	112	100
30-34	201	6	104	97
35-39	198	6	104	94
40-44	189	6	99	90
45-49	148	5	76	72
50-54	145	4	74	71
55-59	119	4	60	59
60-64	95	3	48	47
65-69	73	2	37	36
70-74	61	2	30	31
75-79	46	1	22	24
80 Y MÁS	42	1	20	22
total	3.238		1.687	1.551
%			52,1	47,9

Respecto a la población según área, los últimos 4 años muestran una disminución porcentual de casi dos puntos de la población que habita las zonas rurales (ver cuadro).

POBLACIÓN TOTAL		CABECERA	%	RESTO	%
PÁEZ*	TOTAL				
2005	3369	1164	34,6	2205	65,4
2006	3322	1167	35,1	2155	64,9
2007	3282	1170	35,6	2112	64,4
2008	3238	1170	36,1	2068	63,9

*CUADRO A PARTIR DE DATOS DANE: COLOMBIA. PROYECCIONES DE POBLACIÓN MUNICIPALES POR ÁREA

b. Nacimientos en la serie de años 2005-2008

El número de nacidos vivos reportados por el centro de salud muestra una disminución, probablemente esté relacionada con la remisión de atención de partos al municipio de Miraflóres.

TASA DE NATALIDAD=No. De NV atendidos/Población total año por

1000 habitantes		
Año	Total de nacimientos	Tasa de natalidad x 1000 habitantes
2005	45	13.52
2006	10	3.01
2007	8	2.4
2008	4	1.2

Elaboración propia. Fuente AS 2005 al 2008. La tasa se calculó con base en población DANE de cada año.

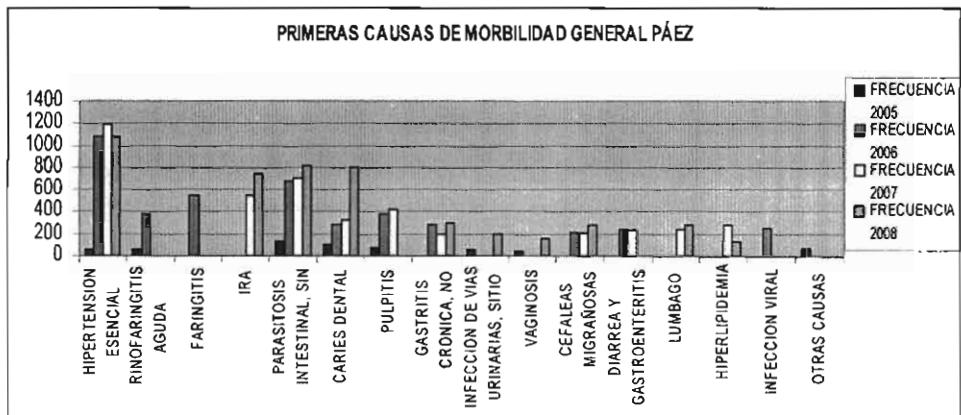
c. Morbilidad general por causas en la serie de años 2005-2008

De las primeras causas de enfermedad en el año 2005 estaban los problemas dentales (caries y pulpitis) seguidos por la parasitosis intestinal. Para los 3 años siguientes la prevalencia de hipertensión esencial primaria creció y se ubicó como primera causa de morbilidad, luego se mantuvieron las parasitosis y desde el 2007 la prevalencia de IRA's (ver cuadro y gráfica)

CAUSAS DE MORBILIDAD	PRIMERAS CAUSAS MORBILIDAD GENERAL 2005 al 2008 PÁEZ											
	FRECUENCIA 2005			FRECUENCIA 2006			FRECUENCIA 2007			FRECUENCIA 2008		
	No.	%	TASA	No.	%	TASA	No.	%	TASA	No.	%	TASA
HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	59	9.2	17,5	1073	25,0	323,0	1189	27,5	362,3	1083	22,7	334,5
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)	61	9.5	18,1	383	8,9	115,3						
FARINGITIS				547	12,7	164,7						
IRA							552	12,8	168,2	737	15	227,6
PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	122	2	36,2	666	15	200,5	695	16,1	211,8	807	16	249,2
CARIES DENTAL	101	16	30,0	277	6,5	83,4	317	7,3	96,6	803	16,8	248,0

PULPITIS	74	22,0	380	8,8	114,4	414	9,6	126,1			
GASTRITIS CRÓNICA, NO ESPECIFICADA			276	6,4	323,0	196	4,5	59,7	296	6,2	91,4
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	61	9,5	18,1						196	4,1	60,5
VAGINOSIS	44	6,8	13,1						155	3,2	47,9
CEFALEAS MIGRAÑOSAS			205	4,8	61,7	205	4,7	62,5	284	6,0	87,7
EXAMEN MÉDICO GENERAL	48	7,5	14,2								
DIARREA Y GASTROENTERITIS			240	5,6	72,2	240	5,6	73,1			
LUMBAGO						240	5,6	73,1	286	6,0	88,3
HIPERLIPIDEMIA						276	6,4	84,1	126	2,6	38,9
INFECCIÓN VIRAL			247	5,8	74,4						
OTRAS CAUSAS	70	11	20,8								
TOTAL DE CASOS	640		4294		4324			4773			

FUENTE: REGISTROS RIPS ESE PÁEZ. ANÁLISIS SITUACIONALES DE SALUD 2005 AL 2008



d. Tasa de mortalidad general.

Incidencia de mortalidad por años=número de defunciones/población total

por 10,000 habitantes

AÑO	TOTAL DE DEFUNCIONES	TASA DE MORTALIDAD X 10.000 HAB
2005	15	44,5
2006	8	24,1
2007	14	42,7
2008	11	34,0

Elaboración propia. Fuente AS 2005 al 2008. La tasa se calculó con base en población DANE de cada año

Como lo muestran los anteriores datos la tasa de mortalidad general se mantiene más o menos constante, es importante mencionar que de las defunciones del 2008 el 91% fue de población adulta mayor (fuente AS 2008).

e. Mortalidad general en la serie de años 2005-2008 por causas, ajustada a tasa.

De las causas de muerte, en el 2005 la primera fue la *insuficiencia cardiaco-congestiva ICC* y en el 2007 y 2008 el *infarto agudo de miocardio IAM*. En años como el 2007 los AS no reportan las causas en 35,7 de las muertes (ver cuadro)

CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL PÁEZ	2005			2006			2007			2008		
	nº	%	Tasa									
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO							3	14,3	9,1	3	27,3	9,3
HIPERTENSIÓN ARTERIAL				1	12,5	3,0						
INSUFICIENCIA CARDIACO-CONGESTIVA	3	14,3	8,9							2	18,2	6,2
TROMBOSIS	2	13,3	5,9									
CHAGAS	2	13,3	5,9	1	12,5	3,0						
EPOC	1	6,7	3,0									
NEUMONÍA ASPIRATIVA QUÍMICA				1	12,5	3,0						
NEUMOPATÍA										2	18,2	6,2
CHOQUE										1	9,1	3,1
CARDIOPULMONAR/HIPÓXIA/SUMERSIÓN												

PARO RESPIRATORIO	2	13,3	5,9					
COMA DIABÉTICO	1	6,7	3,0					
CIRROSIS HEPÁTICA							1	9,1 3,1
CÁNCER DE ESTÓMAGO	1	6,7	3,0					
CÁNCER DE PRÓSTATA				1	12,5	3,0		
ENFERMEDAD ÁCIDO-PÉPTICA				1	12,5	3,0		
HEMORRAGIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS	2	13,3	5,9	1	12,5	3,0	2	14,3 6,1
TRASTORNO HIDROELECTROLÍTICO							1	7,1 3,0
HERIDA POR ARMA DE FUEGO							1	9,1 3,1
SEPSIS DE TEJIDOS BLANDOS							1	7,1 3,0
ANOXIA TISULAR							1	7,1 3,0
TRAUMA CERRADO DE TÓRAX				1	12,5	3,0		
CHOQUE NEUROGÉNICO				1	12,5	3,0		
INANICIÓN							1	7,1 3,0
CAUSAS SIN REGISTRAR							5	15,2 1 9,1 3,1
OTRAS CAUSAS	1	6,7	3,0					
TOTAL	15		8		14		11	

f. Mortalidad evitables en la serie de años 2005-2008: perinatal, infantil, materna.

En los dos últimos años no se han reportado mortalidades evitables, pero en el 2005 y 2006 hubo muertes perinatales con razones de 44,4 X 1,000NV y 200 X 1,000 NV respectivamente.

TIPOS DE MORTALIDAD PÁEZ	2005		2006		2007		2008	
	Nº	RAZÓN	Nº	RAZÓN	Nº	RAZÓN	Nº	RAZÓN
Mortalidad perinatal (X mil nacidos vivos o muertes fetales)	1	44,4	1	200	0		0	
Mortalidad infantil en menores de 1 año (por 1.000 NV)	0		0		0		0	
Mortalidad materna (X 100,000 NV)	0		0		0		0	

g. Eventos de interés en salud pública en la serie de años 2005-2008

Dentro de la incidencia de eventos las IRA's y las EDA's fueron los primeros en el periodo 2005-2007, en el 2008 no aparecen registrados. La variceña se ha mantenido y su mayor incidencia se dio en el 2007. Se resalta el reporte de casos de enfermedad de Chagas, el cual creció en el 2008 respecto al año anterior probablemente por el aumento en las acciones de diagnóstico. Otro de los eventos que se ha venido reportando es el maltrato infantil (ver cuadro).

INCIDENCIA DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA PÁEZ	2005		2006		2007		2008	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Parálisis Flácida Aguda (< 15 años)	0		0		0		0	
Tétanos Neonatal	0		0		0		0	
Tétanos	0		0		0		0	
Sarampión	0		0		0		0	
Rubéola	0		0		0		0	
Tos ferina	0		0		0		0	
Difteria	0		0		0		0	
Reacciones postvacunales	0		0		0		0	
Hepatitis B y D	0		0		0		0	
Hepatitis A, C y E	0		0		0		0	
Tuberculosis	0		0		0		0	
Varicela	0		0		0		0	
Parotiditis	0		0		0		0	
Fiebre amarilla	0		0		0		0	
Dengue Clásico	1	0,3	0		0		0	
Dengue hemorrágico	0		0		0		0	
Malaria por vivax	0		0		1	0,3	0	
Malaria por Falciparum	0		0		0		0	
Leishmaniasis	0		0		0		0	
Enfermedad de Chagas	0		0		0		0	
Cólera	0		0		0		0	
Rabia animal	0		0		0		0	
Exposiciones ráticas	4	1,2	7	2,1	0		5	1,5
Sífilis congénita	0		0		0		0	
Sífilis gestacional (embarazadas)	0		0		0		0	

SIDA	0	0	0	0		
Infección intrahospitalaria	0	0	0	0		
Intoxicación alimentaria	0	0	0	5	1,5	
Intoxicación por fármacos	0	1	0,3	0	0	
Intoxicación plaguicidas o sustancia químicas	0	4	1,2	0	3	0,9
Brotes o epidemias:	0	0	0	0	0	
Abuso sexual	1	0,3	0	1	0,3	0
Violencia intrafamiliar	0	4	1,2	1	0,3	0
Maltrato Infantil						
Violencia sexual	0	0	0	1	0,3	0
Accidente ofídico	3	0,9	2	0,6	0	0
Otros, IRA's	177	52,5	21	231	70,7	
EDA	94	27,9	27	124	37,8	
Total	306		228	406		40

h. Coberturas de vacunación en la serie de años 2005-2008

Las coberturas de vacunación en menores de 1 año son bajas pues en los dos últimos años no sobrepasan el 54% y niños de 1 año fueron del 57% (ver cuadro). Puede ser que esté relacionado con la población real del municipio que para 2008 según DANE era de 3238 y según SISBEN para era de 2621.

COBERTURAS DE VACUNACIÓN PÁEZ														
AÑO	Población menor de 1 año	POLIO	% VOP	DPT	% DPT	BCG	%BCG	HB	% Hepatitis B	HIB	%Hib	Población de 1 año	T.V.	%Triple Viral
2005	75	64	85,33	65	86,67	37	49,33	65	86,67	65	86,67	77	65	84,42
2006	74	51	68,92	50	67,57	15	20,27	50	67,57	50	67,57	74	62	83,78
2007	72	43	59,72	43	59,72	8	11,11	43	59,72	43	59,72	73	42	57,53
2008	69	36	52,17	37	53,62	5	7,25	37	53,62	37	53,62	70	40	57,14

i. Instituciones y servicios de salud



Vista del centro de salud de Páez. Foto archivo personal

Como en la mayoría de municipios de la región la única institución pública prestadora de servicios es la ESE municipal, en este caso se trata de un centro de salud con oferta de servicios de primer nivel de atención (ver cuadro) y cuya referencia de pacientes se hace igualmente al Hospital Regional de Miraflores. Hay reportada un odontólogo particular.

Municipio	Nombre IPS	Servicio	Naturaleza
PÁEZ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD JORGE GONZÁLEZ OLMO	REHABILITACIÓN ORAL	Pública
		SERVICIO	
		FARMACÉUTICO	Pública
		SERVICIO EXTRAMURAL	Pública
	PÁEZ PÁEZ BERTHA	ODONTOLOGÍA	Pública
		MÉDICINA GENERAL	Pública
		ENFERMERÍA	Pública
		TRANSPORTE	
		ASISTENCIAL BÁSICO	Pública
		ODONTOLOGÍA	Profesional Independiente
		RADIOLOGÍA	E
		IMÁGENES DIAGNOST.	Profesional Independiente

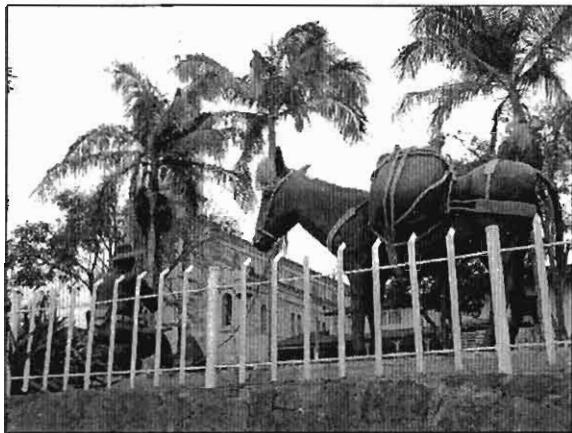
En cuanto a las EPS del régimen subsidiado que tienen presencia en el municipio tenemos:

MUNICIPIO	EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	AFILIADOS
PÀEZ	CAPRECOM	852
	COOSALUD	2047
TOTAL		2899

Cuadro a partir de datos de afiliación actualizados a 31 de enero de 2009. SESALUB-DTA

De los reportes de afiliación al SGSSS encontramos que un 89 % de la población aparece afiliada al régimen subsidiado y el 3% al régimen contributivo.

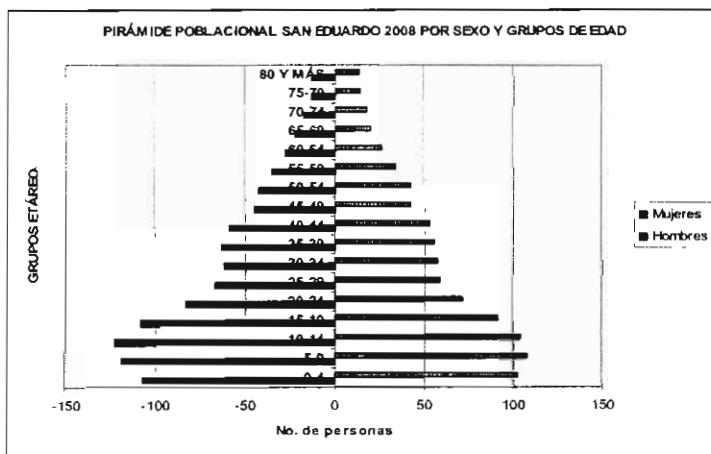
SAN EDUARDO



Vista de la Iglesia y el parque central de San Eduardo. Foto archivo personal

a. Población

De acuerdo al CENSO DANE 2005 la población total de San Eduardo era de 1924, se proyectaba que para el año 2008 la población sería de 1916. Para el 2008, la pirámide poblacional muestra un 35% se encuentra en la niñez y preadolescencia y un 25% está en la franja de la población joven y adulta joven, así se evidencia que de la población total más de la mitad está ubicada en rangos que podrían caracterizarla como una población joven (60%), en cuanto a la población mayor de 50 años está en un 18% de la población total. (Ver gráfico y cuadro)



De la población según el sexo, 52,6% son hombres y 47,4% mujeres.

SAN EDUARDO 2008				
grupos etáreos	Total	%	Hombres	Mujeres
0	42		20	22
1	42		22	20
0-4	209	11	107	102
5-9	226	12	119	107
10-14	227	12	123	104
15-19	199	10	108	91
20-24	154	8	83	71
25-29	126	7	67	59
30-34	119	6	62	57
35-39	118	6	63	55
40-44	112	6	59	53
45-49	87	5	45	42
50-54	85	4	43	42
55-59	69	4	35	34
60-64	54	3	28	26
65-69	42	2	22	20
70-74	36	2	18	18
75-79	27	1	13	14
80 Y MÁS	26	1	13	13
total	1.916		1.008	908
%			52,6	47,4

Del total de población para el 2008, el 60% habita zonas rurales y el 40% la cabecera municipal.

En el siguiente cuadro se muestra la variación porcentual de casi 3 puntos menos en la población que habita el área rural (ver cuadro).

POBLACIÓN TOTAL SAN EDUARDO*	TOTAL	CABECERA	%	RESTO	%
2005	1924	723	37,6	1201	62,4
2006	1921	741	38,6	1180	61,4
2007	1915	757	39,5	1158	60,5
2008	1916	774	40,4	1142	59,6

*CUADRO A PARTIR DE DATOS DANE: COLOMBIA. PROYECCIONES DE POBLACIÓN MUNICIPALES POR ÁREA

b. Nacimientos en la serie de años 2005-2008

El número de nacimientos se ha mantenido constante en los últimos 4 años y la tasa es casi similar a la de Miraflores.

TASA DE NATALIDAD=No. De NV atendidos/Población total año por
1000 habitantes

AÑO	Total de nacimientos	Tasa de natalidad x1000 habitantes
2005	25	12.9
2006	28	14.5
2007	22	11.4
2008	24	12.5

FUENTE AS 2008. Tasa ajustada población DANE

c. Morbilidad general por causas en la serie de años 2005-2008

Fue difícil establecer una comparación de las prevalencias de los padecimientos en estos años, debido a la diversidad de diagnósticos, sin embargo, logramos identificar que en el año 2005 hubo alta prevalencia de enfermedades relacionadas con la visión, seguidas de problemas osteo-musculares, otros de los padecimientos fueron la amenaza de aborto y las hemorragias vaginales y uterinas anormales. En el 2006 luego de la hipertensión se posicionaron las enfermedades infecciosas (IRA's y EDA's) seguidas de los problemas dentales. Para 2008 llama la atención que las enfermedades más prevalentes, luego de la HTA, fueron las cefaleas y migrañas, la gastritis y el lumbago. Es importante mencionar que la hipertensión esencial primaria se ubicó como principal causa de morbilidad general en los últimos 3 años (ver cuadro).

CAUSAS DE MORBILIDAD	PRIMERAS CAUSAS MORBILIDAD GENERAL 2005 al 2008 SAN EDUARDO											
	FRECUENCIA 2005			FRECUENCIA 2006			FRECUENCIA 2007			FRECUENCIA 2008		
	No.	%	TASA	No.	%	TASA	No.	%	TASA	No.	%	TASA
PRESBICIA	8	11.7	4.2									
CONJUNTIVITIS				120	5.0	62.5						
ASTIGMATISMO	8	11.7	4.2									
DEFORMIDAD CONGÉNITA DE LA CADERA, NO ESPECIFICADA	8	11.7	4.2									
DISPLASIA CERVICAL LEVE	7	10.2	3.6									
FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	7	10.2	3.6									

VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACIÓN	6	8.8	3,1								
HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA	6	8.8	3,1								
HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)		10.2	2,9	5	1	512	3	300	120	719	5,9
VAGINOSIS				155	6,5	80,7					
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS				125	5,2	65,1					
AMENAZA DE ABORTO	6	8.8	3,1								
ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DENTARIOS				198	1	103,1	135	3,2	70,5		
LUMBAGO				162	6,8	84,3				93	2,1
ARTROSIS				178	7,4	92,7	154	3,7	80,4		
HIPERLIPIDEMIAS						57	1,3	29,8	84	1,9	43,8
GASTRITIS				180	7,5	93,7	124	3,0	64,8	144	2,1
POLIPARASITISMO INTESTINAL				201	8	104,6	194	1	101,3	126	1,4
EDA				210	1	109,3				66	1,3
IRAS				216	1	112,4	250	1	130,5	149	3,0
CEFALEAS Y MIGRAÑAS						77	1,8	40,2	66	1,4	34,4
HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	5	7.3	2,6								
DERMATITIS				131	5,5	68,2					
TRAUMAS EN LOS TEJIDOS BLANDOS POR OBJETO CORTOPUNZANTE				80	3,4	41,6					
INSUFICIENCIA CARDÍACO CONGESTIVA ICC						55	1,3	28,7	70	1,4	36,5
EPILEPSIA						53	1,2	27,7			
ASMA									69	1,4	36,0
TOTAL DE CASOS	68	100		2940		1505			1586		

FUENTE: ESE JAIME DÍAZ PÉREZ. ANÁLISIS SITUACIONALES DE SALUD 2005 AL 2008

d. Tasa de mortalidad general.

Respecto al 2006 y el 2007, la tasa de mortalidad en el municipio se disminuyó a casi la mitad. De las defunciones sucedidas el 66% correspondieron a personas mayores de 72 años y un 11 % a menores de edad.

Incidencia de mortalidad por años=número de defunciones/población total por

10,000 habitantes

AÑO	TOTAL DE DEFUNCIONES	TASA DE MORTALIDAD X 10.000 hab.
2005	7	36,4
2006	13	67,7
2007	18	94,0
2008	47	47,0

Fuente: datos AS 2005 al 2008. Tasa ajustada con población DANE

e. Mortalidad general en la serie de años 2005-2008 por causas, ajustada a tasa.

En relación a las causas de mortalidad general, en el 2005 se ubica como principal el paro cardio-respiratorio, en el 2006 la hipertensión arterial, en el 2007 la falla multisistémica, y en el 2008 el 33% fueron defunciones por causa externa (ver cuadro).

CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL SAN EDUARDO	2005			2006			2007			2008		
	nº	%	Tasa									
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	1	14,3	5,2	1	7,7	5,2	2	25,0	10,4	1	11,1	5,2
HIPERTENSIÓN ARTERIAL				6	46,2	31,2				2	22,2	10,4
INSUFICIENCIA CARDIACO-CONGESTIVA				2	15,4	10,4						
CARDIOPATÍA DILATADA										1	11,1	5,2
ECV				2	15,4	10,4						
CHAGAS										1	11,1	5,2
EPOC				2	15,4	10,4						
INTOXICACIÓN EXÓGENA	1	14,3	5,2									
FALLA MULTISISTÉMICA							3	22,2	15,7			
PARO CARDIO-RESPIRATORIO	3	42,9	15,6									
INSUFICIENCIA RENAL										1	11,1	5,2

CRÓNICA								
SHOCK NEUROGÉNICO				1	12,5	5,2		
HERIDA POR ARMA BLANCA	1	14,3	5,2				1	11,1
SHOCK CARDIOGÉNICO				2	25,0	10,4		
MUERTE EN MENOS DE 24 HORAS SIN EXPLICACIÓN	1	14,3	5,2					
ACCIDENTES DE TRÁNSITO							2	22,2
CAUSAS SIN REGISTRAR								
OTRAS CAUSAS								
TOTAL	7		13		8		9	

f. Mortalidad evitables en la serie de años 2005-2008: perinatal, infantil, materna.

No se han reportado casos en los últimos 3 años.

TIPOS DE MORTALIDAD SAN EDUARDO	2005		2006		2007		2008	
	Nº	RAZÓN	Nº	RAZÓN	Nº	RAZÓN	Nº	RAZÓN
Mortalidad perinatal (X mil nacidos vivos)	1	40,0	0		0		0	
Mortalidad infantil en menores de 1 año (por 1,000 NV)	0		0		0		0	
Mortalidad materna (X 100,000 NV)	0		0		0		0	

FUENTE AS 2005 Y 2006.

g. Eventos de interés en salud pública en la serie de años 2005-2008

En el 2006 se reportó un caso de malaria y un caso de leishmaniasis. Para el 2007 y relacionado con la sistematización de los reportes al SIVIGILA se incrementó el reporte de eventos, el de mayor incidencia fue la varicela seguida de la enfermedad de Chagas. En el 2008 la mayor incidencia fue de Chagas seguido de casos de abuso sexual (ver cuadro).

INTERÉS EN SALUD PÚBLICA SAN EDUARDO	2005		2006		2007		2008	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Parálisis Flácida Aguda (< 15 años)	0		0		0		0	
Tétanos Neonatal	0		0		0		0	
Tétanos	0		0		0		0	
Sarampión	0		0		0		0	
Rubéola	0		0		0		0	
Tos ferina	0		0		0		0	
Difteria	0		0		0		0	
Reacciones post-vacunales	0		0		0		0	
Hepatitis B y D	0		0		0		0	
Hepatitis A, C y E	0		0		0		0	
Tuberculosis pulmonar	0		0		0		0	
TBC extrapulmonar	0		0		0		0	
Varicela	0		0		1		1	
Parotiditis	0		0		0		0	
Fiebre amarilla	0		0		0		0	
Encefalitis equina venezolana	0		0		0		0	
Dengue Clásico	0		0		4	2,1	1	0,5
Dengue hemorrágico	0		0		0		0	
Malaria por vivax	0		1		1	0,5	0	
Malaria por Falciparum	0		0		0		0	
Leishmaniasis	0	1	0,5		1	0,5	0	
Enfermedad de Chagas	0		0		1		6	
Cólera	0		0		0		0	
Rabia animal	0		0		0		0	
Rabia humana	0		0		0		0	
Exposiciones ráticas	0		0		4	2,1	3	1,6
Sífilis congénita	0		0		0		0	
Sífilis en madres (embarazadas)	0		0		0		0	
SIDA	0		0		0		0	
Infección intrahospitalaria	0		0		0		0	
Intoxicación alimentaria	0		0		0		0	
Intoxicación plaguicidas	0		0		0		0	

Brotes o epidemias:	0	0	0	0	
Abuso sexual	0	0	0	5	
Maltrato Infantil	0	0	5	2,6	1 0,5
Violencia sexual	0	0	0	0	
Otros	0	0	0	0	
Total		2	34	16	

h. Coberturas de vacunación en la serie de años 2005-2008

En 2008 las coberturas de vacunación en menores de 1 año llegan al 88% a excepción de la BCG, en esta vacuna no hay correspondencia entre el número de nacidos vivos y las dosis de BCG administradas lo cual supone que los recién nacidos no son vacunados de manera inmediata y que son remitidos a otro servicio de vacunación y/o que hay problemas para en el registro. En los niños de 1 año la cobertura llegó 69% (ver cuadro).

COBERTURAS DE VACUNACIÓN SAN EDUARDO														
AÑO	Población menor de 1año	POLIO	% VOP	DPT	% DPT	BCG	%BCG	HB	% Hepatitis B	HIB	%Hib	Población de 1 año	T.V.	%Triple Viral
2005	44	25	56,82	25	56,82	16	36,36	25	56,82	25	56,82	44	18	40,91
2006	45	30	66,67	25	55,56	9	20,00	25	55,56	25	55,56	42	34	80,95
2007	44	37	84,09	37	84,09	6	13,64	37	84,09	37	84,09	42	27	64,29
2008	42											42		69,05

i. Instituciones y servicios de salud

La institución pública prestadora de servicios es la ESE municipal, en este caso se trata de un centro de salud con oferta de servicios de primer nivel de atención (ver cuadro) y cuya referencia de pacientes para servicios de segundo nivel se hace también al Hospital Regional de Miraflores.



Vista del centro de salud de San Eduardo. Foto archivo personal

Municipio	Nombre IPS	Servicio	Naturaleza
SAN EDUARDO	EMPRESA	ENFERMERIA	Pública
	SOCIAL DEL ASISTENCIAL	TRANSPORTE	
	ESTADO	BÁSICO	Pública
	CENTRO DE ATENCIÓN		
	SALUD	DOMICILIARIA	Pública
	JAIME DÍAZ	MEDICINA	
	PÉREZ	GENERAL	Pública
		ODONTOLOGÍA	Pública

Como EPS del régimen subsidiado tenemos:

MUNICIPIO	EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	AFILIADOS
SAN EDUARDO	COOSALUD	1745
TOTAL		1745

Cuadro a partir de datos de afiliación actualizados a 31 de enero de 2009. SESALUB-DTA

Para 2008, en cuanto a porcentaje de afiliación tenemos en el régimen subsidiado el 91% de la población total y en el régimen contributivo al 2.1%.

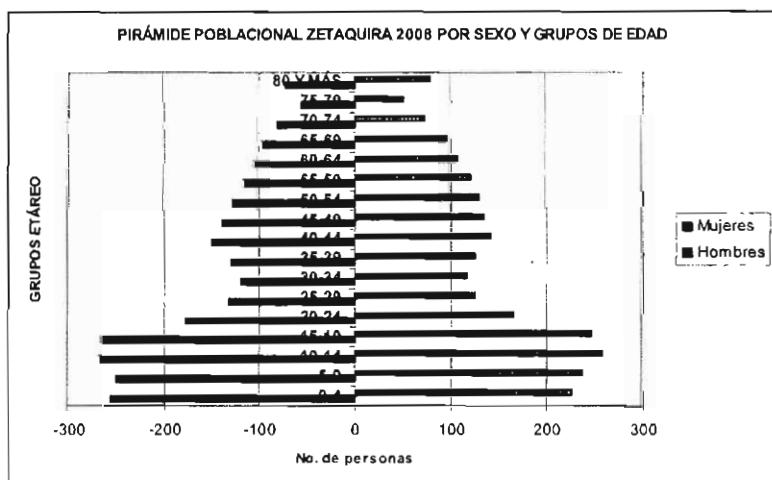
ZETAQUIRA



Vista del parque central de Zetaquira. Foto archivo personal

a. Población.

De acuerdo al CENSO DANE 2005 la población total de Zetaquira era de 5171. Se proyectaba que para el año 2008 la población sería de 4974, en este año la pirámide muestra que la población menor de 19 años constituye el 40% y la mayor de 50 el 26%, se trata de una pirámide no tan joven, con un 48% de personas menores de 30 años y un 52% mayores de 30 años.



De la población total el 51,1% pertenece al sexo masculino y el 48,9% al femenino

ZETAQUIRA 2008				
grupos etáreos	Total	%	Hombres	Mujeres
0	91		47	44
1	91		46	45
0-4	482	10	256	226
5-9	487	10	250	237
10-14	525	11	267	258
15-19	510	10	264	246
20-24	343	7	178	165
25-29	257	5	132	125
30-34	237	5	120	117
35-39	255	5	130	125
40-44	292	6	150	142
45-49	274	6	139	135
50-54	257	5	128	129
55-59	237	5	116	121
60-64	212	4	104	108
65-69	193	4	97	96
70-74	154	3	81	73
75-79	108	2	57	51
80 Y MÁS	151	3	73	78
total	4.974		2.542	2.432
%			51,1	48,9

Respecto a la población rural –a diferencia de las variaciones en los otros municipios- en los últimos 4 años ha disminuido un punto porcentual pero se mantiene en 79% para el año 2008 (ver cuadro).

POBLACIÓN TOTAL ZETAQUIRA*	TOTAL	CABECERA	%	RESTO	%
2005	5171	1022	19,8	4149	80,2
2006	5105	1029	20,2	4076	79,8
2007	5044	1036	20,5	4008	79,5
2008	4974	1039	20,9	3935	79,1

*CUADRO A PARTIR DE DATOS DANE: COLOMBIA. PROYECCIONES DE POBLACIÓN MUNICIPALES POR ÁREA

b. Nacimientos en la serie de años 2005-2008

En el 2008, hubo una marcada disminución en el total de nacimientos en el municipio, puede estar relacionado con la remisión de partos a otro nivel o con otros indicadores de dinámica poblacional.

TASA DE NATALIDAD=No. De NV atendidos/Población total año por 1000

Año	Total de nacimientos	habitantes	
		Tasa de natalidad x 1000 habitantes	
2005	56	10.82	
2006	90	17.6	
2007	99	19.6	
2008	34	6.8	

FUENTE AS 2008. Tasa ajustada a población DANE

c. Morbilidad general por causas en la serie de años 2005-2008.

Pese a que los AS carecen de información confiable de los años 2007 y 2008, incluimos los datos del 2005 y 2006, los cuales presentan problemas pues clasifican como prevalencia de morbilidad asuntos como la atención del parto y la supervisión del embarazo, lo anterior evidenciando un problema en los criterios de los reportes, sin embargo, para el 2005 se ubican prevalencias importantes de patologías como las IVU, la ICC y la neumonía. Para el 2006 la HTA presenta la más alta prevalencia, seguida del PPI y la caries dental (ver cuadro).

CAUSAS DE MORBILIDAD	PRIMERAS CAUSAS MORBILIDAD GENERAL 2005 al 2008 ZETAQUIRA											
	FRECUENCIA 2005			FRECUENCIA 2006			FRECUENCIA 2007			FRECUENCIA 2008		
	No.	%	TASA	No.	%	TASA	No.	%	TASA	No.	%	TASA
CONSULTA, NO ESPECIFICADA	84	37.7	16.2									
PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO, PRESENTACIÓN CEFÁLICA DE VÉRTICE	27	12.1	5.2									
SUPERVISIÓN DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	20	9.0	3.9									
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	19	8.5	3.9	187	34	36.6						
OTRAS CONSULTAS	17	7.6	3.3									

ESPECIFICADAS							
INSUFICIENCIA CARDIACA	14	6.3	2.7				
CONGESTIVA							
RINOFARINGITIS				299	4.2	58,6	
FARINGITIS AGUDA				275	5.0	53,9	
BRONQUITIS AGUDA				142	2.6	27,8	
OTITIS MEDIA				126	2.3	24,7	
NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	13	2.2	2.2				
ABDOMEN AGUDO	12	5.4	2.3				
OTROS SÍNTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS	9	4.0	1.7				
HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	8	3.6	1.5	1181	2.3	23.6	
CARIES DENTAL				351	2.2	23.6	
PARASITOsis INTESTINAL				387	2.2	23.6	
ULCERA GÁSTRICA				104	1.9	20,4	
ARTROSIS				111	2.0	21,7	
SUBTOTAL	223	100.0					
CAUSAS NO REGISTRADAS	89	28.5					
TOTAL CASOS	312			3163			

FUENTE: ESE ZETAQUIRA. ANÁLISIS SITUACIONALES DE SALUD 2005, 2006 LAS VERSIONES 2007 Y 2008 TIENEN LOS MISMOS DATOS DE 2005.

d. Tasa de mortalidad general.

Respecto al 2007, la tasa del 2008 disminuyó en 13.5 puntos y de los 13 fallecimientos el 95% correspondió a población mayor a 65años.

Incidencia de mortalidad por años=número de defunciones/población total por 10,000 habitantes		
AÑO	TOTAL DE DEFUNCIONES	TAZA DE MORTALIDAD X 10.000 HAB
2005	12	23,2
2006	7	13,7
2007	20	39,7
2008	13	26,1

Fuente: AS 2005 al 2008. Hay inconsistencias en las causas de mortalidad 2008 y en el número de muertes del 2005 y 2006 se toman datos de cada AS

e. Mortalidad general en la serie de años 2005-2008 por causas, ajustada a tasa.

Debido a la falta de calidad de los datos el 2005 presenta un 75% de muertes sin causas registradas en los AS, en el 2007 se identifica como primera causa de muerte la insuficiencia respiratoria seguida de la insuficiencia coronaria (ver cuadro).

CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL ZETAQUIRA	2005			2006			2007			2008		
	nº	%	Tasa	nº	%	Tasa	nº	%	Tasa	nº	%	Tasa
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	1	8,3	1,9									
HIPERTENSIÓN ARTERIAL							3	15	5,9			
INSUFICIENCIA CARDIACO-CONGESTIVA												
INSUFICIENCIA CORONARIA							1	5	2,0			
ECV												
CHAGAS												
EPOC												
INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO							1	5	2,0			
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA							1	5	2,0			
PARO RESPIRATORIO	1	8,3	1,9									
SEPSIS							1	5	2,0			
DEGENERACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO NO ESPECIFICADA	1	8,3	1,9									
CÁNCER DE CÉRVIX							1	5	2,0			
CÁNCER GÁSTRICO							1	5	2,0			
CÁNCER DE PRÓSTATA							1	5	2,0			
CAUSAS SIN REGISTRAR	1	75,					1	5	2,0			
OTRAS CAUSAS												
TOTAL	12						20					

FUENTE: ESE ZETAQUIRA. ANÁLISIS SITUACIONALES DE SALUD 2005, 2006, 2007 Y 2008. LOS DATOS DE 2006 NO APARECEN, Y LOS DEL 2008

REPITEN LOS DISPONIBLES DEL 2007, POR ESO LOS CAMPOS APARECEN EN BLANCO.

f. Mortalidad evitables en la serie de años 2005-2008: perinatal, infantil, materna, tasas ajustadas.

En el 2008 no se reportó ninguna muerte evitable, pero en los tres años anteriores hubo muertes perinatales con tasas hasta de 33.3 muertes X 1.000 NV en el 2006. Además se reportó una muerte materna en el 2007 lo que representó una razón de 1010 muertes maternas X 100,000 NV. (Ver cuadro).

TIPOS DE MORTALIDAD ZETAQUIRA	2005		2006		2007		2008	
	Nº	RAZÓN	Nº	RAZÓN	Nº	RAZÓN	Nº	RAZÓN
Mortalidad perinatal (X mil nacidos)	1	17.9	1	33.3	1	10.1	0	
Mortalidad infantil en menores de 1 año (por 1,000 NV)	0		0		0		0	
Mortalidad materna (X 100,000 NV)	0		0		1	1010	0	

g. Eventos de interés en salud pública en la serie de años 2005-2008

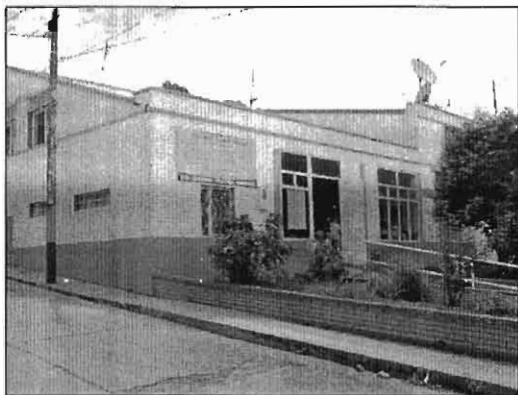
Los datos que se encuentran en los análisis situacionales son inconsistentes, debido por su poca confiabilidad no se pudo conocer las tendencias en el reporte de EISP.

h. Coberturas de vacunación en la serie de años 2005-2008

En el 2008 disminuyeron las coberturas de vacunación respecto a los tres años anteriores, alcanzando una cobertura en menores de 1 año del 80% y en niños de 1 año de 79% (ver cuadro). Como sucede en otros municipios la cobertura de BCG es baja y no corresponde al reporte de nacimientos en el municipio para ese año.

COBERTURAS DE VACUNACIÓN ZETAQUIRA														
AÑO	Población menor de 1 año	POLIO	% VOP	DPT	% DPT	BCG	%BCG	HB	% Hepatitis B	HIB	%Hib	Población de 1 año	T.V.	%Triple Viral
2005	109	90	82,57	90	82,57	25	22,94	90	82,57	90	82,57	104	94	90,38
2006	97	88	90,72	88	90,72	9	9,28	88	90,72	88	90,72	107	80	74,77
2007	92	78	84,78	77	83,70	6	6,52	77	83,70	77	83,70	93	73	78,49
2008	91	73	80,22	73	80,22	1	5,49	73	80,22	73	80,22	91	72	79,12

i. Instituciones y servicios de salud



Vista del centro de salud de Zetaquira. Foto archivo personal

La institución pública en el municipio es el centro de salud con oferta de servicios de primer nivel de atención (ver cuadro) y cuya referencia de pacientes para atención de II nivel se hace igualmente al Hospital Regional de Miraflores.

Municipio	Nombre IPS	Servicio	Naturaleza
ZETAQUIRA		ENFERMERÍA	Pública
		MEDICINA GENERAL	Pública
	UNIDAD ADMINISTRATIVA	ODONTOLOGÍA	Pública
	ESPECIAL CENTRO DE SALUD	VACUNACIÓN	Pública
	ZETAQUIRA	SERVICIO EXTRAMURAL	Pública
		TRANSPORTE ASISTENCIAL	
		BÁSICO	Pública
		SERVICIO FARMACÉUTICO	Pública
	CRÚZ GÓMEZ YOLANDA	TOMA DE MUESTRAS DE	
	EDILMA	LAB. CLÍNICO	Profesional Independiente
	CRÚZ GÓMEZ YOLANDA		
	EDILMA	LABORATORIO CLÍNICO	Profesional Independiente

En relación a las EPS del régimen subsidiado que hacen presencia en el municipio encontramos:

MUNICIPIO	EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	AFILIADOS
ZETAQUIRA	CAPRECOM	1423
	EMDIS	3219
TOTAL		4642

De la población total de 4974, según estadísticas de afiliaciones a diciembre de 2008 el régimen subsidiado contaba con 4642 usuarios y el régimen contributivo con 100.