MODELO DE ATENCION EN SALUD

CENTRO DE SALUD SAN BARTOLOME DE CORDOBA E.S.E.

CENTRO DE SALUD
San BARTOLOME DE CORDOBA E.S.E
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT. 814.006.908-2

Colombia, Nariño, Córdoba, 2020

INTRODUCCIÓN

Colombia, desde el año 1993, con la promulgación de la ley 100, cuenta con la reforma estructural más grande que en salud se haya dado al abordar un modelo de prestación de servicios de salud basado en el aseguramiento de los mismos.

Los procesos de reforma del sistema de salud no se definen por un cambio en las políticas, exclusivamente, sino por cambios estructurales y organizativos que redireccionen los incentivos existentes hacia la consecución de las metas de salud y económicas planteadas. Independientemente de las consideraciones generales, cada entorno debe buscar respuestas a preguntas concretas y, por tanto difícilmente generalizables. Los problemas de financiación, falta de eficiencia o los derivados de solventar inequidades o problemas de acceso, responden a un análisis de los problemas existentes en función de, en primer lugar, que objetivos políticos macro se plantea un sistema de salud.

Por otro lado, el "mercado" de los servicios de salud presenta algunas imperfecciones derivadas, en gran parte de la famosa trilogía de "el que decide ni paga, ni consume, el que consume ni paga, ni decide y el que paga ni consume, ni decide". En este entorno, mucho más evidente en los sistemas sanitarios públicos, los precios de los servicios pueden perder su valor como indicador de la eficiencia del sistema y la competencia en torno a esta variable, por parte de la oferta (médicos) y la demanda (consumidores), tiende a ser prácticamente inexistente.
Cuando las decisiones de la oferta sobre la asignación de los recursos en el sistema están exentas de cualquier responsabilidad financiera y el consumidor accede a los servicios a precio cero, es muy improbable que las decisiones de uno u otro agente tengan en cuenta el precio de los servicios que deciden indicar o van a consumir (Medici AC, 1997).

En esta situación parece lógico que el que paga intente incorporar mecanismos en el mercado capaces de generar incentivos claros sobre los que deciden y sobre los que consumen con la finalidad de trasladar parcial o totalmente el riesgo financiero de las decisiones de asignación o consumo re recursos.

Las medidas se pueden plantear sobre uno u otro de los agentes o sobre ambos a la vez de forma que o bien el médico asuma un cierto riesgo derivado del precio de aquellos servicios que indica o bien sea el paciente el que acabe asumiendo parcialmente el coste de los mismos, generando un traslado de parte de la financiación a los usuarios y, por tanto al menos en teoría, una cierta presión sobre el decisor por parte de estos, para los cuales servicios alternativos ya no tendrán el mismo precio. La ley estableció que los recursos destinados al subsidio de los beneficiarios del Sistema de Aseguramiento en Salud, sean administrados por organizaciones de naturaleza pública, privada, mixta o comunitaria, las cuales se denominan Empresas Promotoras de Salud Subsidiado.

El Aseguramiento en Salud se entiende la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios de salud que garanticen el acceso definitivo, la garantía de calidad en la prestación de servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario.

El asegurador asume el riesgo transferido por el usuario en cumplimiento al Plan de Salud Subsidiado, financiado por recursos del Sistema General de Participaciones, Fosyga y Recursos propios aportados por los entes territoriales y otros actores como Cajas de Compensación Familiar, Cafeteros, etc.

En toda sociedad hay comunidades, familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros; se ha dicho que estos grupos son especialmente vulnerables y que algunas de las razones de ellos pueden ser identificadas. La vulnerabilidad especial, ya sea para la enfermedad o para la salud, es el resultado de un numero de características intelectuales: Biológicos, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, económicas, culturales, etc. La que reunidas confieren un riesgo particular, bien sea de estar sano o de sufrir una enfermedad en el futuro.

Nuevos riesgos, frito del desarrollo científico y tecnológico, se han sumado a los riesgos tradicionales consecuencia de la pobreza, la ignorancia y los problemas ambientales habituales y afectan por igual a los países industrializados como a los de desarrollo medio y bajo y a los ricos y pobres de cada sociedad.
La población asegurada con subsidios a la demanda en el Sur Occidente Colombiano, al igual que en el resto del país, se encuentra en los estratos más favorecidos, con precarias condiciones socioeconómicas, ambientales y biológicas, haciéndola más vulnerable a los riesgos de enfermar, lo que conlleva a una mayor utilización de los servicios de salud en el ámbito de la recuperación inmediatista y no costos-efectivas, generando por ende un mayor costo en su atención.

Esta situación se ve agravada además, por la dispersión geográfica de la población objeto, los problemas de la alta movilidad social, el conflicto armado y orden público.

Por ello debe formularse un Modelo de Salud coherente con los perfiles de salud de nuestra población afiliada que contribuya efectivamente a la minimización de los riesgos a enfermarse, a través de la planificación de actividades de promoción y prevención y asistenciales en salud, con atributos de calidad, con un trabajo articulado con la red de prestadores y los demás actores del Sistema y ofreciendo respuestas a las diferentes transiciones epidemiológicas, como son la aparición de

nuevas epidemias, el retorno de determinadas enfermedades emergentes y reemergentes.

En muchos entornos, al amparo del concepto de integralidad de un modelo de salud, se tiende a confundir la necesaria realización de tareas de carácter intersectorial, o de ingeniería, con la que deben desarrollar los agentes de salud del nivel de atención primaria, buscando fórmulas que permitan organizar conjuntamente, las actividades descritas, que insistimos, son de naturaleza distinta.

JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe anual del año 2000 define los sistemas de salud como: todas las actividades cuyo propósito primario es la promoción, el restablecimiento y el mantenimiento de la salud mediante intervenciones poblacionales o individuales, esta definición compromete todas las organizaciones, institucionales y recursos cuya misión es mejorar la salud de los individuos.

Los procesos socialmente organizados para la atención de pacientes hacen parte de la organización de los sistemas de salud en una población. La responsabilidad de constituir redes de servicio, procedimientos de acceso, transito y control de las actividades orientadas a cumplir las necesidades y expectativas de los usuarios del sistema, constituyen en parte la razón de ser de los sistemas de salud.

Las intervenciones en salud son el mecanismo de acción del Sistema, estas son solo un medio de acción, el fin es la salud. Al mejorar el desempeño de la Red de Servicios de Salud permite enfatizar en el Impacto sobre la salud y no en la prestación. Porque la prestación de servicios de salud es lo que el sistema hace y no lo que es, se puede modificar la prestación sin cambiar la esencia del Sistema. Las sociedades no están interesadas en el sistema de salud eficiente pero que no aportan a la salud (BID).

El mejoramiento de la salud de los individuos definido como el principal objetivo de los sistemas de salud contiene en realidad dos perspectivas: el reconocimiento de bienestar como el mejor nivel de condiciones en salud y el concepto de equidad como un equilibrio entre las diferencias de los niveles de salud de los individuos que conforman el sistema.

El enfoque preventivo en la salud exige luchar por obtener las mejores condiciones para el ser humano en cuanto a seis factores generadores de salud o enfermedad: la alimentación: la actividad física: la actividad mental, las ideas, emociones, afectos; el ambiente social y natural; y la conformación genética. Los primeros cuatro factores dependen primordialmente de las condiciones que las propias comunidades humanas tanto a nivel colectivo como individualmente. El último factor depende primordialmente de la evolución y es, por lo tanto, muy difícil de intervenir por los costos económicos que esto presenta.

Las Naciones Unidas reconocen que el disfrute del mayor grado posible de la 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 reflejo 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 esta. Es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades.

Que cada municipio refleja en su estado epidemiológico incluyendo las actividades de Promoción y Prevención, las cuales aun son deficientes para mejorar el estado de vida de las comunidades.

Lo anterior se ve reflejado en el comportamiento que la mortalidad materna ha tenido durante estos últimos años, y es así como de quince casos de muertes maternas ocurridos en el año 2004, pasa a catorce casos en el 2007, se observa que no disminuyo este numero significativamente, pues para las dos regionales el numero es el mismo, aunque en la regional Nariño Putumayo disminuyo de 10 a 7 casos, en la regional Valle aumento de 5 a 7 casos.

La prevalencia de las patologías crónicas que se mantienen en las regiones como lo son: Insuficiencia Renal, Cáncer y VIH, lo lidera el CANCER, ya que en este grupo patológico, con mas números de usuarios, pero cabe resaltar que el aumento del número de usuarios es considerable año tras año en las tres patologías.

Para la presente vigencia la incidencia en las patologías crónicas como son Insuficiencia Renal, Cáncer y Sida sigue marcando Cáncer, en los diferentes municipios de Nariño, los cuales se pretende contener con el fin de evitar el aumento de las mismas y de otras patologías que por su situación de pobreza y el bajo desarrollo de las condiciones ambientales pueda surgir o prevalecer.
El comportamiento de los eventos de vigilancia institucional se pretende fortalecer de acuerdo con los lineamientos impartidos por el Ministerio de Protección Social como son: el Bajo peso al nacer, muertes perinatales, Tuberculosis, Neumonías y otros que influyen en las condiciones de vida de la comunidad.

Teniendo en cuenta la concepción asistencialista de los involucrados en el proceso de atención iniciando desde la academia, de los profesionales e salud, de los usuarios, de las mismas IPS - ESE, Aseguradoras y entes de vigilancia y control, asi como el entorno formativo cambiante que agravan aun más el bajo impacto de las acciones de salud frente a la inmensa e ineficaz inversión de los recursos económicos del sistema, que sumado a la falta de compromiso de los involucrados en la ejecución efectiva de acciones de promoción y prevención, la falta de participación social en la construcción y ejecución de políticas de salud y la falta de reglas claras de control equitativo entre los actores del sistema, no han permitido el desarrollo de otros modelos de salud, por esta razón y acorde con lo definido en la ley de 1122, el plan nacional de salud pública, los lineamientos del decreto 4747, entre otros, La Empresa Social del Estado, ha decidido implementar un modelo de salud con enfoque preventivo aplicado en la organización de la

prestación del servicio, la integralidad de las acciones y la consiguiente orientación de las actividades de salud, que auné esfuerzos entre los involucrados para lograr alcanzar la misión, la visión y los objetivos empresariales, en el fin último de mejorar las condiciones de salud de nuestros usuarios.

Para finalizar es importante recalcar que este marco metodológico debe construirse con los lineamientos de d las metas del milenio, y de lo propuesto en el Plan Nacional de Salud Pública máxime cuando el modelo propuesto es totalmente proactivo a una cultura del cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad.

Metas del milenio para Colombia

METAS ESPECIFICAS Línea Base 2005 2015

1. Reducir la mortalidad en menores de 5 años a 17 muertes, por 1000 nacidos vivos. LB: 1990 - 37,4 - 26,9 – 17,0
2. Reducir la razón de mortalidad materna a 45 muertes por 100.000 nacidos vivos. LB: 1998 – 100,0 – 93,2 – 45,0
3. Reducir la tasa de mortalidad de cáncer de cuello uterino a 5,5 muertes por 100.000 mujeres. LB: 1990 - 13,0 - 9,1 - 5,5
   Fuente: Anexo documento CONPES Social Nº 91

MODELO DE ATENCION

Actualmente, los análisis sectoriales se han hecho más relevantes debido a su utilidad para los procesos de reforma que están llevando en nuestro país. La generación de Planes Maestros de Inversión, en cuya preparación juega un papel fundamental el estudio de la red de servicios, es uno de los resultados de estos análisis.

El análisis funcional de la red de servicios constituye un elemento básico para adecuar la entrega de servicios a las necesidades de la salud de las comunidades, por lo tanto, es un referente fundamental en la elaboración y priorización de proyectos de inversión, así como en las mejoras del funcionamiento del sistema, con las que se pretende asegurar un mayor acceso, calidad y eficacia en su acción.

DESCRIPCION DEL MODELO DE ATENCION

Un modelo es un esquema teórico de un sistema o de una realidad compleja que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento.

En el sector de salud, los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud han experimentado un continuo perfeccionamiento en el tiempo, hasta llegar en la actualidad a la constitución de organizaciones complejas, las que se describen en modelos de atención. Los modelos pueden organizar sus establecimientos en redes, situación que ocurre en nuestro país.

El modelo de atención establece la forma de organización de los niveles de atención y los sistemas de derivación dentro de la red asistencial. En él además, se establecen las modalidades de atención (ambulatoria y hospitalaria), el tipo de recurso humano que otorga la atención (médicos, especialistas, médicos de familia, enfermeras, etc.), se determina el tipo de servicios que se entregaran por nivel, y los recursos necesarios para ella. En nuestro modelo incluye las entidades prestadoras y las interrelaciones entre estas y los usuarios, la participación comunitaria, la coordinación intersectorial, así como los mecanismos de financiamiento.

De especial importancia en la descripción del modelo, es incluir el sistema tradicional comunitario donde exista. Esto se refiere al sistema de atención de salud establecido por la propia comunidad y usado por los individuos, siguiendo la costumbre de la automedicación, o acudiendo a algún miembro de la comunidad reconocido como agente del sistema. Además, se deben describir el tipo de relaciones que existen entre este sistema y el sistema institucional (compuesto por las instituciones del sector de salud).

La eficiencia de la Atención Primaria de Salud (APS) se basa conceptualmente en la longitudialidad, en el papel del filtro hacia los niveles asistenciales especializados (papel de gatekeeper) y en la globalidad. A nivel internacional en informe Tomlinson (Tomlinson B, 1992), el informe del King's Fund (King's Fund, 1992) y otros observadores apuntan hacia el reforzamiento de la atención primaria por razones tecnológicas, demográficas, de salud y económicas (Starfield B, 1991; Stardield B, 1994: Shi L, 1994; Short PF,, 1997).

La atención primaria, desde estas perspectivas, no se conceptualiza como un nivel asistencial sino como un "modelo de atención" con cinco características únicas evaluables y cuyo cumplimento desemboca en una mayor capacidad de resolución de problemas (Starfield B, 1994):

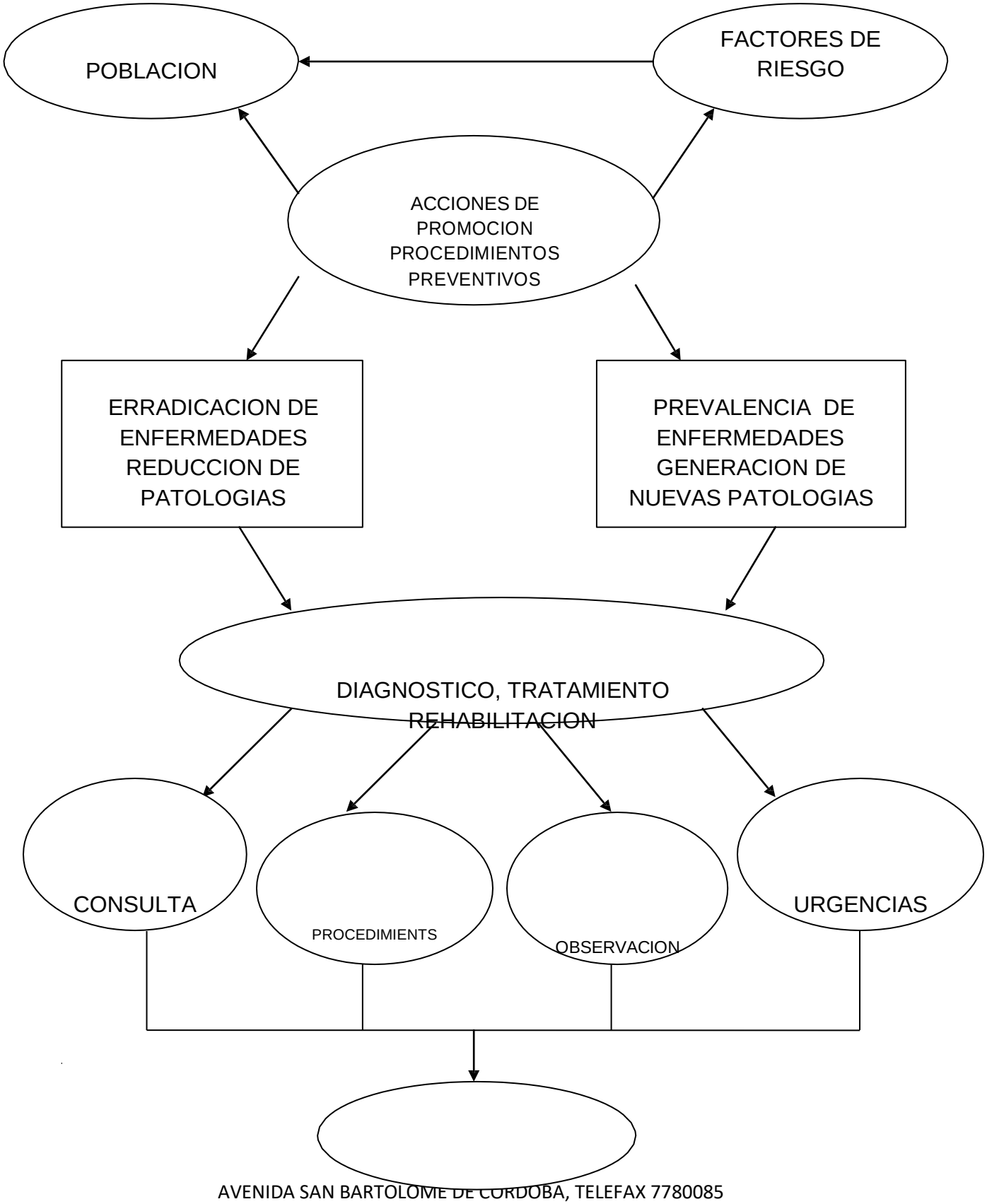
a)- Accesibilidad (Equidad de acceso): provisión de atención de acuerdo a criterios de necesidad. El Banco Mundial reconoce en su informe sobre el desarrollo mundial (1993) que en los países que centran su atención en el ámbito hospitalario, los grupos de población mas pobres, salen desfavorecidos y se benefician los grupos de población urbana en mejor posición económica.

b)-Continuidad: Seguimiento integral de problemas concretos.

c)- Longitudinalidad: Seguimiento de la persona con el conjunto de los problemas de salud que afectaran a lo largo de la vida.

d)- Especializado: El nivel especializado puede ofrecer continuidad pero difícilmente longitudinalidad.

e)- Globalidad o Integralidad: Cartera de servicios adaptada a las necesidades de la comunidad a la que se prestan, abarcando desde los servicios preventivos a los de rehabilitación de la enfermedad.


POBLACION
FACTORES DE RIESGO
ACCIONES DE PROMOCION PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS
ERRADICACION DE ENFERMEDADES REDUCCION DE PATOLOGIAS
PREVALENCIA DE ENFERMEDADES GENERACION DE NUEVAS PATOLOGIAS
DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO REHABILITACION
CONSULTA
PROCEDIMIENTS
OBSERVACION
URGENCIAS

DETERMINACION
DE CONDUCTA

AVENIDA SAN BARTOLOMÉ DE CÓRDOBA, TELEFAX 7780085
censanbartolomeese@gmail.com

SISTEMAS DE SALUD

Proveer servicios destinados a promover, prevenir, recuperar o rehabilitar el daño en salud, con la meta de asegurar el acceso a una atención de calidad adecuada y a un costo razonable. El sistema está compuesto, entre otros, por establecimientos que se organizan en niveles de complejidad, de acuerdo a un modelo de atención definido.

Estos establecimientos se relacionan entre sí a través de sistemas de referencia y contra referencia de pacientes, conformando lo que se denomina una red de atención o de servicios de salud.

OBJETIVOS

El análisis de la red de servicios tiene los siguientes objetivos:

1. Efectuar un diagnostico de los recursos de la red y de su producción de servicios (oferta de prestaciones).
2. Identificar los principales factores que afectan la producción de servicios.
3. Estimar la demanda de atención de salud de la población.
4. Determinar las brechas de atención (estudio de oferta y demanda de salud)
5. Identificar y promover alternativas de solución que permitan dar cuenta de las necesidades de prestaciones no cubiertas.

Estudio de oferta: Consiste en cuantificar el número de actividades realizadas en cada establecimiento, y en la red como conjunto, desagregados por nivel de atención o complejidad.

La oferta normalmente se expresa en número de prestaciones por habitante, relación que también se utiliza para determinar la brecha de prestaciones. Esta etapa del estudio incluye una fase de optimización, en la cual la producción de prestaciones observada se ajusta de acuerdo a la capacidad de producción de los recursos disponibles.

Determinación de la demanda: Consiste en la transformación de las necesidades en salud, derivadas del estudio demográfico y epidemiológico, y en requerimientos de atenciones de salud expresadas en número de prestaciones por habitante.

Determinación de la brecha de prestaciones: De la diferencia entre la relación de prestaciones por habitante determinada en la demanda, con la obtenida en el estudio de oferta, se identifica la brecha de prestaciones. La brecha puede ser establecida para el momento 0, es decir el año del estudio y para una proyección en el tiempo que puede ser a mediano o largo plazo.

Finalmente, en base a la información obtenida en las etapas ya señaladas se procede a elaborarlas propuestas de solución a las brechas identificadas.

Propuesta de líneas prioritarias de intervención: Normalmente las propuestas consisten en intervenciones tendientes a la mejoría de la productividad de los recursos físicos humanos y tecnológicos, o en intervenciones que aumentan la capacidad de producción de los establecimientos.

En el diseño de las intervenciones también se deben considerar el marco de políticas sectoriales, el modelo de la atención de salud, la sostenibilidad económica y las preferencias sociales de la población, así como el contexto demográfico y epidemiológico, que fue operacionalizado en la estimación de demanda. En la práctica, las líneas prioritarias se convierten en una cartera de proyectos que puede ser priorizada en el tiempo.

INFORMACION

ESTUDIO DEL AREA DE INFLUENCIA

La estimación de la población del área de influencia proporciona el denominador para los diferentes indicadores que se usan en el estudio. Además, el conocimiento de las características demográficas de los usuarios permite construir indicadores específicos para subgrupos de población.

UBICACIÓN GEOGRAFICA

El Municipio de Córdoba Departamento de Nariño, su cabecera está localizada a los 00º 51 18" de latitud norte y 77º 31 16" de longitud oeste. Altura sobre el nivel del mar 2.867m, Temperatura media 12ºC, Precipitación media anual 1.020 mm. Dista de Pasto 90 Kms. El área municipal es de 282 Kms2 y limita por el Norte con Puerres, Por el Este con Puerres y el departamento del Putumayo, por el Sur con Potosí y por el Oeste con Ipiales.

Limites:

Oriente: Con el departamento del Putumayo; línea que divide con el departamento de Nariño a encontrar el nacimiento del río Churuyaco

Occidente: Con el Municipio de Ipiales, río Guáitara de por medio, aguas abajo a encontrar la confluencia del río Tescual.

Norte: Con los Municipios de Puerres; por medio tiene los ríos Tescual y Sucio, hasta la confluencia de éste con el Guamuez, aguas abajo hasta la confluencia con el Patascoy hasta encontrar el punto que divide a Nariño con el departamento del Putumayo.

Sur: Con los Municipios de Ipiales y Potosí, partiendo del nacimiento del Churuyaco en línea recta a encontrar la desembocadura de la quebrada "Espumosa", aguas arriba hasta su nacimiento, de ésta línea recta hasta dar con el origen de la quebrada "Brillante", de ésta línea recta hasta el cerro Azuay y de ésta por encima de la cordillera hasta el cerro San Francisco, de ésta por la quebrada "Churacuan" hasta el río Chiguacos, aguas abajo hasta la confluencia del río Guáitara.

DIVISION POLITICO-ADMINISTRATIVA

El Municipio de Córdoba, cuenta con una extensión de 282 Kms2 y se encuentra en la categoría sexta para el año 2012, en su área rural, esta conformado por 6 corregimientos y 29 Veredas.



El Casco Urbano lo componen los 9 (nueve) barrios y 3 (tres) urbanizaciones legalmente constituidos.

Barrios Y Urbanizaciones

1. 18 de Mayo
2. Buenos Aires
3. Cincuentenario
4. El Centro
5. El Comercio
6. Kennedy
7. Nuevo Amanecer
8. Urbanización San Bartolomé
9. Urbanización Villa Argelia
10. Prados del centro
11. Barrio pueblo alto
12. Urbanización Carlos Albornoz

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

El Municipio de Córdoba, del Departamento de Nariño, se encuentra clasificado en Sexta Categoría, atendiendo a la población y los ingresos corrientes de libre destinación, de acuerdo a lo prescrito por el Articulo 2 de la ley 617 de 2000 que reformó el Artículo 6 de la ley 136 de 1994, todo con arreglo a los Artículos 302 y

320 de la Constitución Política de Colombia, los cuales establecen la categoría de

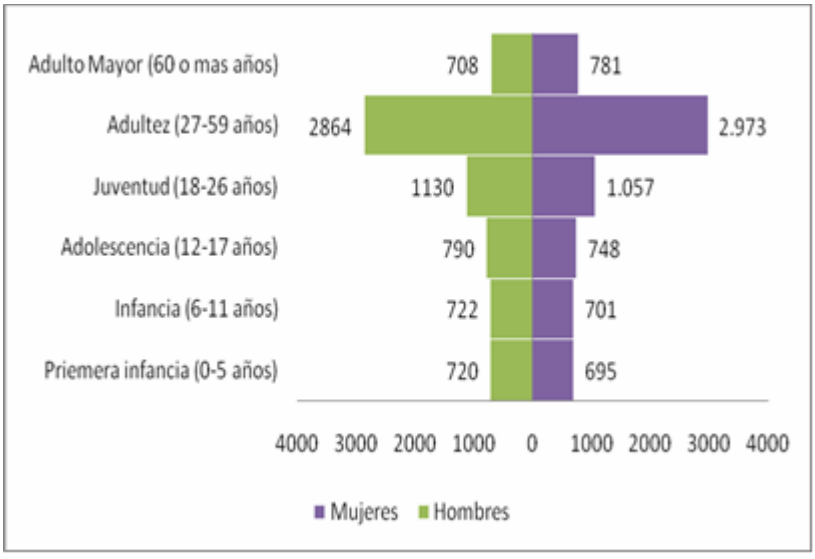
los municipios de acuerdo con su población, recursos fiscales, importancia económica y situación geográfica.
Según proyección DANE para el año 2012, la población del Municipio de Córdoba, asciende a 13.889 habitantes (CENSO 2005) y los ingresos corrientes anuales son de diez mil millones sesenta y cinco millones trecientos ochenta y nueve mil setecientos siete pesos ($ **10.065.389.707**)

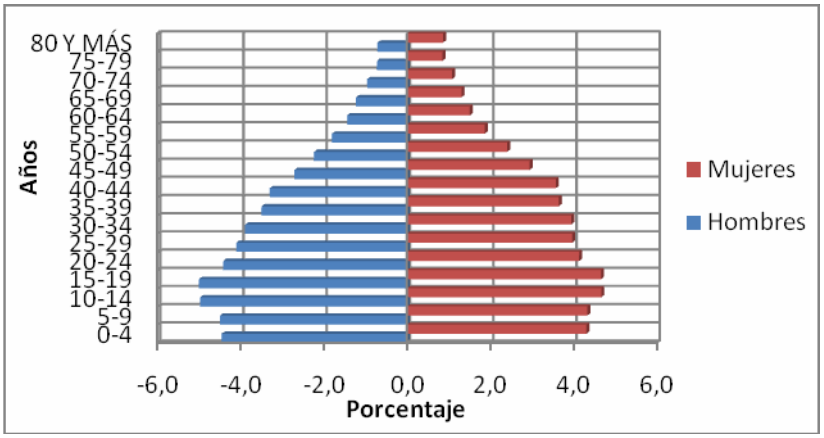
Córdoba, ocupa el puesto 31 de los 64 Municipios que hay en el Departamento de Nariño, y representa un 0,8754 % de la población total de este.
A nivel nacional Córdoba ocupa el puesto 524 de los 1.119 Municipios que hay en Colombia, y representa un 0,0315 % de la población del país.

Lo anterior refleja que el crecimiento de la población es inestable y mínimo probablemente por causas, como la falta de condiciones para trabajar, la situación de orden público, la falta de garantías para el trabajo en el campo que es la mayor actividad económica de ocupación de la población Cordobeña.

PIRAMIDE POBLACIONAL

De acuerdo a las gráficas, Córdoba concentra su población en el rango de edad que va de 0 a 19 años, que representa a su vez el 36.9 % del total de población es decir 5.056 habitantes. En este rango de edad se observan dos elementos importantes a resaltar: el primero es que la población que está en el rango de edad de 0 a 4 años no es mayoritaria y en segundo lugar se observa que en la distribución por género para este rango,





- ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

CAUSAS DE MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA

AÑO 2009

	< de un Año		1 a 4 años		5 a 9 años		10 a 14 años		15 a 44 años		45 a 59 años		60 y mas		TOTAL		
NOMBRE DE LA PATOLOGIA	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	GRAL
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	1	0	1	0	0	0	7	17	34	110	241	455	284	582	866
PARASITOSIS INTESTINAL. SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	97	84	94	115	78	116	63	128	7	16	10	14	349	473	822
INFLUENZA CON OTRAS MANIFESTAC RESPIRATORIAS. VIRUS NO IDENTIFICADO	17	30	52	63	43	32	13	23	21	89	4	24	11	19	161	280	441
INFECCION DE VIAS URINARIAS. SITIO NO ESPECIFICADO	2	0	3	7	0	8	3	8	18	131	4	38	24	32	54	224	278
GASTRITIS. NO ESPECIFICADA	0	0	1	1	0	3	3	9	35	119	18	40	9	38	66	210	276
VAGINITIS AGUDA	0	0	0	2	0	4	0	5	0	233	0	32	0	0	0	276	276
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	2	1	43	72	24	32	31	23	100	128	228
FARINGITIS AGUDA. NO ESPECIFICADA	18	12	32	26	21	18	6	8	15	20	4	3	4	7	100	94	194
NEURALGIA Y NEURITIS. NO ESPECIFICADAS	0	0	0	0	0	0	1	1	24	59	7	37	18	29	50	126	176
CARIES DE LA DENTINA	0	0	20	21	15	18	7	5	38	37	8	3	1	2	89	86	175

AÑO 2010

	< de un Año		1 a 4 años		5 a 9 años		10 a 14 años		15 a 44 años		45 a 59 años		60 y mas		TOTAL		
NOMBRE DE LA PATOLOGIA	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	GRAL
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	0	0	0	4	16	14	81	182	284	200	381	581
PARASITOSIS INTESTINAL. SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	44	50	45	58	41	59	40	80	3	8	3	4	176	259	435
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	35	30	49	65	35	33	12	26	23	54	5	10	10	9	169	227	396
CARIES DE LA DENTINA	2	0	39	43	30	44	10	23	53	74	6	9	2	1	142	194	336
VAGINITIS AGUDA	0	0	0	0	0	0	0	6	0	262	0	37	0	6	0	311	311
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	3	2	2	57	102	16	42	40	22	115	171	286
INFECCION DE VIAS URINARIAS. SITIO NO ESPECIFICADO	0	1	8	11	5	3	0	11	15	140	10	30	12	21	50	217	267
GASTRITIS. NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	1	5	41	78	9	24	17	31	68	138	206
CEFALEA	0	0	0	2	4	8	8	16	21	78	5	19	6	14	44	137	181
AMIGDALITIS AGUDA. NO ESPECIFICADA	1	3	16	20	14	22	4	13	15	43	3	14	4	6	57	121	178

AÑO 2011

	< de un Año		1 a 4 años		5 a 9 años		10 a 14 años		15 a 44 años		45 a 59 años		60 y mas		60 y mas		
NOMBRE DE LA PATOLOGIA	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	GRAL
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	0	0	0	17	11	14	94	209	274	240	379	619
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	25	18	54	43	32	35	10	27	39	59	12	12	6	7	178	201	379
PARASITOSIS INTESTINAL. SIN OTRA ESPECIFICACION	0	1	33	45	33	48	32	50	38	44	3	7	4	6	143	201	344
INFECCION DE VIAS URINARIAS. SITIO NO ESPECIFICADO	1	2	6	11	2	12	1	18	13	148	6	47	5	26	34	264	298

VAGINITIS AGUDA	0	0	0	3	0	5	0	3	0	187	0	19	0	3	0	220	220
GASTRITIS. NO ESPECIFICADA	0	1	0	0	0	0	2	4	25	73	12	25	17	20	56	123	179
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	7	8	34	28	9	16	7	7	14	22	4	13	3	6	78	100	178
INFLUENZA CON OTRAS MANIFESTAC RESPIRATORIAS. VIRUS NO IDENTIFICADO	18	5	14	25	10	18	0	7	12	25	0	9	5	3	59	92	151
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	1	0	21	41	4	24	9	21	35	87	122
HIPERCOLESTEROLEMIA PURA	0	0	0	0	0	0	0	0	8	21	15	27	20	22	43	70	113

De acuerdo con los datos entregados por la oficina de estadística del Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E. en los años 2009, 2010 y 2011, la Hipertensión Arterial fue el evento más consultado por medicina general con mayor incidencia en el año 2009 con un total de 619 pacientes; en segundo lugar se encuentra Rinofaringitis Aguda más conocido como resfriado común con un total de 379 consultas; Seguido de Parasitosis Intestinal con 344 consultas; Infección de vías Urinarias con 298 pacientes; Vaginitis aguda, Diarrea y gastroenteritis , Lumbago no especificado, Hipercolesteronemia todas las anteriores patologías más frecuentes en mujeres que en hombres.

Como se puede observar algunas de ellas generadas por malos hábitos alimenticios, sedentarismo, estrés y también los cambios climáticos que son constantes en el municipio. Respecto a estas patologías se debe aunar esfuerzos en fomento de estilos de vida saludable, alimentación balanceada y demás actividades que nos permitan sensibilizar a la población ya que de no controlar los factores de riesgo a estos pacientes se nos pueden convertir en Crónicos y convirtiéndose así en un problema de salud Pública.

CAUSAS DE MORBILIDAD POR URGENCIAS

AÑO 2009

	< de un Año		b. de 1 a 4 años		c. de 5 a 9 años		d. de 10 a 14 años		e. de 15 a 44 años		f. de 45 a 59 años		g. de 60 y mas		total		
NOMBRE DE LA PATOLOGIA	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	GRAL
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	13	17	61	48	18	14	7	18	23	28	2	14	14	15	138	154	292
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	0	3	1	4	7	8	9	16	29	82	9	21	13	30	68	164	232
INFLUENZA CON OTRAS MANIFESTAC RESPIRATORIAS. VIRUS NO IDENTIFICADO	8	12	18	22	26	17	6	8	12	15	4	6	6	5	80	85	165
FIEBRE. NO ESPECIFICADA	8	8	33	32	16	14	7	9	10	11	0	2	2	2	76	78	154
AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA	0	3	9	3	13	17	4	6	15	29	4	7	2	1	47	66	113
AMIGDALITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS	3	0	8	10	11	8	5	10	10	18	1	3	0	3	38	52	90
INFECCION DE VIAS URINARIAS. SITIO NO ESPECIFICADO	0	2	2	9	2	13	1	8	2	27	1	6	1	16	9	81	90
OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE SITIOS MULTIPLES DE VIAS RESPIRATORIAS SUP	4	4	8	10	13	11	4	7	7	16	0	1	1	0	37	49	86
PULPITIS	0	0	7	6	7	7	4	5	14	26	4	1	1	3	37	48	85
AMIGDALITIS AGUDA. NO ESPECIFICADA	1	2	9	9	9	16	5	4	6	13	1	3	1	0	32	47	79

AÑO 2010

	< 1 Año		1 a 4 años		5 a 9 años		10 a 14 años		15 a 44 años		45 a 59 años		60 y mas		TOTAL		
NOMBRE DE LA PATOLOGIA	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	GRAL
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	6	12	29	23	8	9	6	5	15	15	3	13	4	10	71	87	158
FIEBRE. NO ESPECIFICADA	7	1	19	14	15	13	10	7	15	10	3	1	0	2	69	48	117
AMIGDALITIS AGUDA. NO ESPECIFICADA	3	3	3	17	17	10	9	11	13	23	0	5	2	0	47	69	116
INFECCION DE VIAS URINARIAS. SITIO NO ESPECIFICADO	0	4	1	8	1	7	0	10	6	49	1	7	3	8	12	93	105
NEUMONIA. NO ESPECIFICADA	11	7	22	16	1	1	1	2	5	2	0	0	1	2	41	30	71

FARINGITIS AGUDA. NO ESPECIFICADA	4	3	10	11	7	5	6	3	6	7	0	2	0	3	33	34	67
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	7	11	14	14	5	5	1	2	2	3	0	1	1	0	30	36	66
BRONCONEUMONIA. NO ESPECIFICADA	8	5	13	13	7	2	0	2	3	1	2	0	1	3	34	26	60
AMIGDALITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS	0	2	4	5	3	5	2	7	10	8	0	1	0	0	19	28	47
PULPITIS	0	0	2	1	4	2	0	3	7	19	0	6	0	3	13	34	47

AÑO 2011

	< un Año		1 a 4 años		5 a 9 años		10 a 14 años		15 a 44 años		45 a 59 años		60 y mas		total
NOMBRE DE LA PATOLOGIA	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	GRAL
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	12	6	28	29	11	16	3	8	19	37	2	10	85	123	208
INFECCION DE VIAS URINARIAS. SITIO NO ESPECIFICADO	0	4	4	11	1	12	1	7	5	44	0	8	14	106	120
NEUMONIA. NO ESPECIFICADA	15	15	27	16	2	3	1	3	3	2	0	3	51	47	98
AMIGDALITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS	0	0	4	3	4	6	3	5	8	11	0	1	20	27	47
AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA	0	0	3	3	12	7	1	4	3	8	0	0	19	22	41
OTRAS GASTRITIS AGUDAS	0	0	0	0	0	0	0	1	8	13	5	2	19	20	39
INFLUENZA CON OTRAS MANIFESTAC RESPIRATORIAS. VIRUS NO IDENTIFICADO	4	0	9	5	4	6	2	1	1	2	0	0	20	15	35
ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	0	0	2	1	4	11	2	0	5	4	2	2	16	18	34
ABSCESO PERIAPICAL CON FISTULA	0	0	5	1	6	7	2	4	0	2	0	0	14	15	29
NEUMONIA BACTERIANA. NO ESPECIFICADA	4	5	3	7	0	1	0	1	0	2	0	0	8	16	24

De acuerdo con los datos entregados por la oficina de estadística del Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E. en los años 2009, 2010 y 2011, la Enfermedad Diarreica Aguda fue el evento más consultado por el servicio de urgencias con mayor incidencia en el año 2011 con un total de 208 pacientes y más representativo en la población infantil menor de 10 años; en segundo lugar se encuentran Enfermedades respiratorias Aguda (Amigdalitis, Faringoamigdalitis) con un total de 165 consultas con mayor afectación a la población infantil esto

debido a los cambios climáticos; Seguido de Infección de vías Urinarias con un total de consultas de 120 para el año 2011 y con menor consultas para los años 20010 y 2009.

Como se puede observar las patologías anteriormente mencionadas son muy frecuentes y afecta a la población infantil en su gran mayoría, por diferentes factores tales como el clima, agua no potable, deficiencia en prácticas de aseo e higiene en el hogar entre otras.

CAUSAS DE MORBILIDAD POR ODONTOLOGIA

Año 2011

NOMBRE DE LA PATOLOGIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
CARIES DE LA DENTINA	1550	1380	2930
PULPITIS	95	102	197
ALTERACIONES EN LA ERUPCION DENTARIA	80	50	130
ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	480	260	740
ABSCESO PERIAPICAL CON FISTULA	140	150	290
PERIODONTITIS APICAL CRONICA	15	8	23
PERIODONTITIS AGUDA	12	13	25
RAIZ DENTAL RETENIDA	78	59	137
CARIES DEL ESMALT	20	10	30
PERIODONTITIS APICAL CRONICA	30	18	48
GINGIVITIS AGUDA	89	78	167
OTRAS CARIES DENTALES	17	15	32

Teniendo en cuenta el cuadro anterior se puede identificar que la primera causa que afecte a la población es la caries dental con un total de 2930 consultas con mayor afectación de la población menor de 10 años; seguido como segunda causa

la pulpitis con un total de 197 consultas debido a la afectación de los nervios de los dientes; como tercera causa se tiene alteraciones de la erupción dentaria con un total de 130 el cual es más frecuente en menores de 2 años, como cuarta causa se encuentra los abscesos periapicales con un total 740 el cual es debido a afectación endodontico y/o periodontal.

Las alteraciones anteriormente mencionadas son debidas a falta de una correcta salud bucal como son cepillado correcto y uso de ceda dental.

CUADRO DE PRODUCCION 2011

La economía del municipio es de tipo agropecuario seguida por el transporte, el comercio y la manufactura, la agricultura se basa en el cultivo de papa (*Solanum tuberosum*), arveja(*Pisumsativum*), cebolla junca (*Allium fistulosum* L), maíz (*Zea Mays* L), frijol (*Phaseolus vulgaris)*, haba (*Vicia faba*), zanahoria (*Daucos carota*), ajo (*Allium sativum*), y frutales y hortalizas, en su mayoría, se cultivan mediante sistemas tradicionales, como el arado con tracción animal, o con labor manual en todo el proceso, desde la siembra hasta la cosecha. Los excedentes de la producción agrícola abastecen el mercado de Ipiales, Pasto y el interior del país.

Principales actividades económicas en la economía local

La actividad más generadora de ocupación es la agropecuaria seguida por el transporte, el comercio y la manufactura. Existen, aproximadamente 11 organizaciones las cuales se dedican a diversas actividades, como la crianza de especies menores, cerdos, pollos, granjas integrales, comercialización de productos agrícolas, y construcción de vivienda de interés social. En la actualidad el cultivo de la papa es el más representativo; en orden de importancia le sigue la arveja, el maíz y la cebolla. La actividad ganadera y la cría de especies menores generan ingresos complementarios a la actividad agrícola que sigue siendo la fundamental. El Subsector minero, lo componen los pozos de petróleo en la zona baja de la región oriental y las minas de cobre.

OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO

La ESE es el orden Municipal por lo tanto depende de sí mismo, posee autonomía administrativa financiera, la vinculación del Personal y nombramiento del mismo depende de Gerencia.

En la cabecera Municipal, se encuentran habilitadas de dos instituciones prestadoras de servicios de salud, una es el centro de salud san Bartolomé de Cordoba E.S.E., La IPS Cemsain y La IPS Sagrado Corazón De Jesús.

PORTAFOLIO DE SERVICIO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION

Se anexa el portafolio de servicios de salud de primer nivel de conformidad de los registrados y habilitados ante el IDSN.

TALENTO HUMANO

La E.S.E. cuenta en la actualidad con un talento humano comprometido, idóneo y eficiente, tanto asistencial como administrativo así:

CARGO	NUMERO
Gerente	1
Subdirector Administrativo y Financiero	1
Subdirectora Científica	1
Tesorero	1
Contador	1
Auxiliar Financiera	1
Coordinadora Atención al Usuario	1
Auxiliar Atención al Usuario	1
Almacenista	1
Auxiliar Archivo Central	1
Auxiliares Archivo Historias Clínicas	2
Disector	1
Médicos	4
Regente Farmacia	1
Auxiliar Farmacia	1
Auxiliar de Enfermería	5
Facturador	1
Auxiliar de Facturación	1
Odontólogo	2
Bacterióloga	1
Auxiliar de Laboratorio	1
Psicólogo	1
Enfermeras Jefes	2
Higienista Oral	2
Secretario	1
Conductores	3
Servicios Generales Aseo	2
Vigilantes	2
Promotores	8
Auxiliar de Consultorio Odontologico	1

MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD SAN BARTOLOME DE CORDOBA E.S.E.

Durante los últimos años, la conceptualización sobre la salud, ha sufrido un proceso de transformación en respuesta a los cambios que vive el mundo en el ámbito político, social, económico y técnico. Cabe anotar que el concepto de salud ha superado la tendencia que lo reducía a la ausencia de enfermedad, para involucrar elementos tales como la promoción de la salud, su contribución con el desarrollo sostenible, el bienestar y la armonía del hombre con su entorno físico y social.

Conscientes de la necesidad de desarrollo y mejoramiento del talento humano en salud vinculado a la empresa se viene realizando un fortalecimiento institucional de las diferentes áreas al igual que brindando capacitación continua en ellos como estrategia de mejoramiento en la prestación de los servicios

Conforme a la responsabilidad asignada en la normatividad vigente, a la problemática detectada, a las recomendaciones y sugerencias, se formula el **MODELO DE ATENCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**, que determina los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los Servicios de Salud en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.

PROPOSITO

El propósito del **MODELO DE ATENCION** en la Prestación de Servicios de Salud es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población, apuntándole a la satisfacción del cliente.

Principios Orientadores del MODELO DE ATENCION EN SALUD:

El principal objetivo del Sistema es mejorar la salud de la población con enfoque de atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad enmarcados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cumpliendo con la normatividad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

El Centro de salud reconoce la heterogeneidad de los usuarios, esto constituye un desafío para la E.S.E que obliga la búsqueda de esquemas flexibles que den cuenta de las diferencias y que responda a las realidades epidemiológicas, sociales y culturales de la población.

El Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E. presta todos sus servicios en el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud dando respuesta a las

necesidades y condiciones particulares de la población, en especial a la que se encuentra en situación de vulnerabilidad.

La institución fortalece todas las posibilidades que tienen las comunidades de organizarse para solucionar sus problemas de salud y garantiza la participación y educación de sus usuarios a través de la asociación de usuarios.

El Modelo de Atención en Salud se enmarca en tres ejes estratégicos:

ACCESIBILIDAD

Accesibilidad a los servicios de salud, entendida como la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud con el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.

En el acceso se pueden identificar tres factores:

1. El que corresponde a la capacidad de los usuarios para buscar y obtener atención.

2. El que corresponde al tipo y forma de organización de los servicios de la E.S.E., para garantizar la atención a los ciudadanos de manera oportuna e integral.

3. El de las relaciones que se establecen entre la población, los aseguradores, las entidades territoriales y el Centro de Salud.

La institución presta sus servicios teniendo en cuenta la determinación de patologías prevalentes por régimen, edad, sexo, elaboración, revisión, adopción o adaptación de normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública para lo cual hace uso de las instalaciones principales, los puestos de salud, al igual que se han implementado estrategias de atención extramural donde se desarrolla como pilar fundamental, la Estrategia de Atención Primaria en Salud.

El personal de salud está capacitado en la intervención y manejo de los eventos de interés en salud pública y de las patologías prevalentes.

Se promueve la intersectorialidad con sectores como la educación, la alcaldía municipal para tener mayor impacto en las acciones desarrolladas en el municipio.

El Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E. dispone de personal profesional y asistencial multidisciplinario para la realización de brigadas y salidas

extramurales quienes son los directos encargados de la aplicación de atención primaria que consolida el desarrollo y fortalecimiento de la red de servicios prioritarios.

CALIDAD

La calidad de la atención de salud se entiende como la provisión de servicios accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

El eje de calidad en el MODELO DE ATENCION de prestación de servicios de salud se concibe como un elemento estratégico que se basa en dos principios fundamentales: el mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario.

El Centro de Salud está comprometido con la implementación y monitorización de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

Para lograr este objetivo se ha priorizado el manejo continuo del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad.

EFICIENCIA

En esencia, el eje de eficiencia se refiere a la obtención de los mayores y mejores resultados, empleando la menor cantidad posible de recursos para lo cual la E.S.E. ha reorganizado, rediseñado y modernizado la red de prestación de servicios de salud institucionales (programas, consulta externa, ambulatoria, urgencias, partos, odontología, etc.) y la prestación de servicios se realiza a través de la organización de red de Servicios de Salud.

MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS.

En esta propuesta de trabajo se reafirma el interés del Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E. por fortalecer la prestación de los servicios de salud bajo la premisa de lograr una efectiva y digna atención en salud para la población Cordobeña, fin último y primordial del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ESTRATEGIA DE "ATENCION PRIMARIA EN SALUD" (APS).

En Colombia, de acuerdo con la concepción del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad están incorporadas en la esfera de la prestación de servicios, es

decir, en las acciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), en complementariedad con el Plan Nacional de Salud Publica, donde se estimula la Participación Social y se comprometen los diferentes sectores, cimentado todo en la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

La implementación de la Estrategia implica la ampliación de la cobertura de los servicios de salud lo que a su vez tiene que ver con mejorar el acceso y la utilización de los servicios y aumentar la disponibilidad de los recursos. Las características de universalidad, equidad y continuidad que están inmersas en el concepto de APS, son de igual forma principios fundamentales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Un aspecto fundamental que caracteriza la Estrategia de APS, es la relación entre la comunidad y la institución prestadora de los servicios. Los individuos no son solo objetos de la atención, sino que son participantes en la toma de decisiones sobre su propia salud.

La Estrategia involucra todo el personal vinculado a la empresa, personal médico, odontólogos, enfermeras, auxiliares, técnicos, y promotores de salud y entrañan ante todo el auto cuidado y la auto responsabilidad, la participación de la comunidad y la coordinación intersectorial para promover la salud y reducir los riesgos que la amenazan.
La Estrategia de Atención Primaria en Salud forma, entonces, parte integrante del sistema de salud, representando el primer nivel de contacto con los individuos, la familia, la comunidad y se constituye a su vez en el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

La Vigilancia en Salud Pública en estas condiciones deberá caracterizarse por la simplicidad y oportunidad de operación, la búsqueda activa de información y la participación de la población objeto. La información debe tener origen en la comunidad, convirtiéndose esta en la Unidad Notificadora Básica.

La Estrategia de Atención Primaria en Salud esta fundamenta en la creación y fortalecimiento de las Unidades de Atención Básica (Puestos de Salud), con la participación activa de los promotores de salud.

Por tal razón, se hace necesario considerar los elementos críticos que determinan la “receptividad social” de la Estrategia de APS.

- Desarrollo de la infraestructura para los servicios de salud
- Captación de recursos financieros
- Adecuado funcionamiento de los sistemas de apoyo
- Participación social
- Disponibilidad de recurso humano apropiado

Este último aspecto podría ser el punto más crítico para el éxito de la estrategia, donde no hay mucho tiempo para captar y capacitar el talento humano quien debe interiorizar las bases conceptuales y operativas de la estrategia.

La Estrategia de "Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario" (APSEFYC) está orientada a alcanzar una mejoría y estabilización del estado de salud y bienestar de la población del Municipio de Cordoba con énfasis en los grupos más vulnerables.

La Declaración de Alma Ata – 1978 – Rusia definió "La **Atención Primaria en Salud (APS)** es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y los países pueden soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, impregnado de un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación".

Entendemos ESTRATEGIA aquellas acciones a ejecutar según las condiciones locales, dependiendo del contexto de Desarrollo Económico, Cultural, Social y Político del Municipio de Córdoba. Es PRIMARIA entendida como esencial, primordial y/o necesaria, más no porque exista una Estrategia Secundaria o Terciaria; y de SALUD, no solo como concepto de Ausencia de Enfermedad sino como un juego armónico y dinámico de diferentes variables que producen o no BIENESTAR al hombre. Comprende por lo mismo los diferentes componentes y condicionantes del bienestar.

La Estrategia Primaria de Atención en Salud comprende como consecuencia de lo anterior los tres niveles de prevención esquematizados de la siguiente manera:

NIVELES DE PREVENCIÓN.

NIVEL DE PREVENCIÓN PRIMARIA O NIVEL DEL MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

El Objetivo es mantener sanos a los Individuos y familias de la comunidad y comprende:

Promoción de la Salud: En esta fase se sensibilizara y se realizaran acciones en cuanto a Higiene, componentes y condicionantes del Bienestar Como aspecto importante dentro de la Higiene en general se halla lo concerniente a la higiene de las Relaciones Humanas que se establecen en el Hogar, al interior del mismo, entre las familias del barrio, vereda o región, en el trabajo y en el sitio de estudio.

Protección de la Salud: En esta fase se debe sensibilizar, informar, educar y motivar a los individuos y familias de las comunidades para realizar acciones que conlleven a detectar riesgos de tipo biológico, psicológico y sociocultural, al evaluar los factores de riesgo. Se hace siguiendo el Ciclo Vital Individual y Ciclo Vital Familiar, diferenciándolo por sexo. Una vez detectados los riesgos se buscaran alternativas de solución para lograr modificarlos favorablemente disminuyendo de esta manera la posibilidad de Enfermar y/o morir.

NIVEL DE PREVENCIÓN SECUNDARIA O CURACIÓN.

Se enseñara a la propia comunidad a tratar adecuadamente (Autocuidado) las enfermedades más frecuentes según Ciclo Vital Individual, así como, adonde, cuando y con quien asistir oportunamente a los servicios de salud; comprende los planes de Diagnostico Precoz, Tratamiento oportuno, Seguimiento Adecuado y Educación Especifica.

NIVEL DE PREVENCIÓN TERCIARIA O REHABILITACIÓN.

Se llega a este nivel cuando el problema ya ha afectado severamente la salud de la persona y se pretende detener el daño, evitar secuelas y habilitar la función.
El adecuado funcionamiento del Primer Nivel de Atención y el desarrollo integral de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, permitirán la utilización racional de los recursos de los otros niveles de atención y el mejor cumplimiento del régimen de referencia y contrareferencia, complemento indispensable para que la atención Primaria no se quede en una “medicina para pobres”

La APS comprende las siguientes actividades:

- Educación sobre los principales problemas de salud y sobretodo los métodos de prevención.
- Promoción de una nutrición apropiada
- Abastecimiento de agua potable y saneamiento básico.
- Asistencia materna infantil, con inclusión de la planificación de familia
- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas
- Prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales.
- Tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes
- Suministro de medicamentos esenciales.
- Participación de la Comunidad: En todas y cada una de las fases de Planeación e implementación de las soluciones a los problemas hallados.
- Formación de Grupos organizados de la Comunidad (Maternas, Adolescentes, Hipertensos, Tercera Edad, etc.) con énfasis en el Auto cuidado y la Autogestión.

CONFORMACIÓN.

La estructura organizacional se basa en Equipos Extramurales de penetración a comunidades.

Dentro de la Penetración para población los equipos tendrán como objetivos:

1. Caracterización de Población y Factores de Riesgo.
2. Canalización de población Hacia Programas de Promoción y Prevención.
3. Realización de Actividades Extramurales de P y P.

a. Búsqueda Activa.
b. Estrategias IEC hacia formación de Hábitos Saludables.
c. Intervención en AIEPI Comunitario.
d. Administración de Medicamentos de acuerdo a los casos extramurales contemplados.
e. Propiciación, conformación y apoyo a redes de agentes de salud comunitarios.

Inicialmente se pretende la caracterización de la población. Una vez consolidada esta información se podrá caracterizar a la población y levantar líneas de base con enfoque individual, familiar y comunitario.

Estas acciones permitirán identificar riesgos con los cuales el médico, la enfermera y el profesional de la salud, realizaran intervenciones individuales y familiares y programarán acciones colectivas orientadas a fortalecer estilos de vida saludables, intervenir factores negativos y favorecer actitudes sanas con espíritu de auto cuidado, auto responsabilidad y autogestión.

En este punto es importante resaltar que el Sector Salud aisladamente no puede incidir efectivamente en el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad. Para acercarse a este objetivo debe involucrar otros sectores como el educativo, la iglesia, los grupos voluntarios, el sector privado, entidades descentralizadas como el ICBF, organismos de seguridad, entre otros, para lo cual debe contarse con el apoyo permanente de la administración Municipal con sus Equipos de Gobierno.

Cada contacto del individuo, la familia y la comunidad con el equipo de salud debe potencializarse en una oportunidad para educar, sensibilizar, orientar, atender necesidades y proponer soluciones técnicamente factibles y con costos razonables.

La Estrategia de Atención Primaría en Salud es transversal a los Niveles de Atención y Complejidad.

La intervención quirúrgica más sofisticada no tendría resultados positivos en salud si no se cumpliera con la premisa anterior. La intervención a través de equipos interdisciplinarios, la información, educación del paciente sobre su problema de salud, la participación activa del paciente y de su familia en el auto cuidado, la posibilidad de acceder a servicios integrales y continuos son requisitos mínimos a tener en cuenta en cualquier intervención que se realice en salud.

El Modelo de Salud que el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E. ofrece a la Comunidad incluye servicios de Baja complejidad en el marco de la Estrategia de Atención primaria con servicios centrados en el usuario, continuos hasta donde la normatividad no lo permite y seguros.