

Investigación Científica

Fortalecimiento de la estrategia de atención primaria en salud en territorios del municipio de Cali, 2014

Primary care strategy in territories of the municipality of Cali, Colombia, 2014

LUIS FERNANDO RENDÓN CAMPO*

Resumen

Introducción: La ciudad de Cali, Colombia, se caracteriza por un desarrollo urbanístico asimétrico donde alternan zonas de pobreza y riqueza extremas, con sus variaciones en el perfil de morbilidad. La Secretaría de Salud Municipal ha desarrollado un proyecto de fortalecimiento de la atención primaria en salud en 11 territorios seleccionados por sus condiciones de riesgo y ha desplegado un trabajo de campo para caracterizar las familias en sus riesgos individuales, familiares y comunitarios. **Materiales y métodos:** La información se recolectó a partir de la sistematización de una ficha familiar que contiene información sobre características de la vivienda, datos demográficos de las familias, la presencia de riesgos en salud y la asistencia a programas de promoción y protección específica. Se establecieron las prevalencias para los factores de riesgo y sus intervalos de confianza. **Resultados:** Se recolectó información de 7.419 familias en el año 2013 y 2.065 en el 2014 que agrupan a cerca de 36.000 personas. Las prevalencias más significativas se encontraron para la inasistencia a los programas de crecimiento y desarrollo (26%), mujeres sin asistencia al programa de planificación familiar (52%), sobrepeso (38%) y personas con glucometrías alteradas (33%). En relación con los riesgos del hábitat se encontró un promedio de 13% de viviendas en malas condiciones estructurales y de higiene y un hacinamiento del 8,3%. A través de estos indicadores se establece un perfil de

riesgos en las familias para la intervención por parte de la red de servicios.

Palabras clave: Atención primaria en salud, Equipos extramurales de APS, Intersectorialidad, Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, Red de servicios.

Abstract

Introduction: Cali Colombia is characterized by an asymmetric urban development of alternating areas of poverty and extreme wealth, an epidemiological profile that varies alternately from the high prevalence of infectious diseases in underserved areas, trauma and chronic in most developed economical areas. Municipal Secretary of Health has developed a project to strengthen primary health care in 11 areas selected for their unsafe and has deployed a field to characterize families in their individual, family and community risks. **Materials and methods:** Information was collected from the systematization of a family record that contains data of housing characteristics, demographics and the presence of hazards in health and assistance to health promotion programs and specific protection. Databases of visits made in 2013 and 2014. Frequencies for qualitative variables, measures of central tendency and variability for quantitative were obtained and the prevalence of risk factors is set with their respective confidence intervals.

* Profesor asociado, Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Médico, Universidad del Valle, Magister en Salud Pública, Especialista en Epidemiología, Universidad del Valle. e-mail: luis.rendon@correounivalle.edu.co

Como citar: Rendón-Campo LF. Fortalecimiento de la estrategia de atención primaria en salud en territorios del municipio de Cali, 2014. *Rev Colomb Salud Libre*, 2015; 10 (2): 103-108.

Results: 7419 families information was collected in 2013 and 2065 in 2014 bringing together about 36,000 people. The most significant prevalence were found for failure to attend programs for children (26.1%), Women without assistance to family planning program (52%), overweight (37.6%) and persons with compromised glucometrías (33%). With regard to the risks of habitat an average of 13% of homes in poor structural conditions and hygiene and overcrowding of 8.3% was found. A risk classification of homes and families as guidance scheme for visits and referral services network and community and multi disciplinary approach was performed.

Keywords: *Delivery integrated health services, Health promotion, Health services extramural, Primary health care.*

La ciudad de Cali ubicada en el sur occidente colombiano en el departamento del Valle del Cauca, cuenta con cerca de dos y medio millones de habitantes, presenta un desarrollo urbanístico asimétrico caracterizado por áreas con gran desarrollo social y económico y otras con extrema pobreza y marginalidad¹. De forma similar, el perfil de la salud de sus habitantes representa un mosaico de problemas que va desde las enfermedades infecciosas, las enfermedades crónicas y las causas violentas o traumáticas. La Secretaría de Salud Municipal (SSM) se ha perfilado como un ente integrador y de abogacía hacia la promoción de la salud y el enfoque intersectorial plasmados en su plan de desarrollo² y de promoción de la salud donde el proyecto de fortalecimiento de la estrategia tiene un lugar prioritario.

En el año 2013 se continuó con el proyecto de fortalecimiento de la estrategia de atención primaria en salud (APS) donde se visitaron cerca de 7000 viviendas en 11 zonas o territorios elegidos por presentar grandes problemas de orden social, económico y de concentración de problemas de salud. Para el año 2014 se visitaron 2.000 viviendas más ubicadas en los mismos territorios y se actualizó la información del año anterior. En la realización del trabajo de caracterización se constituyeron equipos

de salud multidisciplinarios y se recolectó información de cerca de 9.400 familias residentes en estos territorios. La caracterización tuvo como objetivo encontrar las prevalencias de factores de riesgo en las viviendas, describir los riesgos de los integrantes de las familias y establecer una escala de riesgo que permitiera orientar el trabajo de los grupos extramurales y la conexión de estos con la red de servicios de salud y demás sectores de la administración municipal.

Materiales y métodos

La información recolectada contiene variables relacionadas con las características de las viviendas (estado de pisos, techos, paredes, ventilación, conexiones de agua potable, instalaciones sanitarias, disposición de excretas, basuras, estado de la cocina, condiciones de higiene y la presencia de hacinamiento), información sociodemográficas de las personas, afiliación a la seguridad social, ocupación, asistencia a programas de protección específica según ciclo vital y algunas características clínicas como los niveles de glucometría, tensión arterial, peso, talla y perímetro abdominal. La información fue revisada por el equipo de estadísticos de la SSM vinculados al programa y se analizó mediante la construcción de frecuencias, intervalos de confianza para las prevalencias de factores de riesgo y consolidación de riesgos por vivienda. Igualmente, se estableció la concordancia entre los problemas de las viviendas y los problemas de las personas.

Resultados

Se recolectó información de 7.419 familias en el año 2013 y 2.065 en 2014 que agrupan a cerca de 36.000 personas con una mediana de edad de 30 años, ($p_{25}=16$ y $p_{75}=50$ años); 10% de la población se encuentra por encima de los 64 años; 54,4% pertenecen al género femenino.

Del total, 81% residen en las comunas 14 (29%), 6 (25%), 7 (14%) y 18 (12,5%). Solo 8,3% no

Tabla 1. Riesgos priorizados. Personas entrevistadas. APS, Cali, 2013-2014

Variable	Población (n)*	Prevalencia (%) (IC 95%)
Vivienda con personas mayores a 65 años	35.339	10,0 (9,7-10,4)
Niños sin crecimiento y desarrollo	2.767	26,1 (24,5-27,8)
Mujeres en edad reproductiva sin planificación familiar	14.563	52,0 (51,2-52,8)
Embarazadas sin control	248	10,9 (7,3-15,4)
Mujeres sin citología vaginal	13.694	17,0 (16,3-17,6)
Personas con glucometría alterada	3.241	33,3 (31,6-34,9)
Personas con tensión arterial media alterada	6.799	7,1 (6,5-7,7)
Personas con sobrepeso	1.089	37,6 (34,7-40,5)
Personas en condición de desplazamiento	35.339	2,9 (2,7-3,1)

*La columna "Población (n)" corresponde al total de personas sobre las cuales se realizó la medición. Los intervalos de confianza se calcularon mediante distribución binomial para 95% de confianza. Fuente: Base de datos Secretaría de Salud Municipal de Cali.

tienen afiliación a la seguridad social, el resto está distribuido entre los regímenes subsidiado (43%) y contributivo (46%). La población indígena correspondió a 3.331 personas, la mayor parte residentes de la zona de ladera de la ciudad (comunas 1, 3, 18, 20 y 21). Los riesgos encontrados en las visitas se muestran en la siguiente Tabla 1.

Los riesgos encontrados se agruparon por viviendas (8.258 viviendas) y se realizó una clasificación de riesgo: si en una vivienda hay cuatro o más personas con algún factor de riesgo se categorizó como alto, dos a cuatro factores, riesgo medio y menos de dos factores riesgo bajo (Tabla 2).

Tabla 2. Riesgo de las familias según comuna de residencia. APS, Cali, 2013-2014

Riesgo en la vivienda	Frecuencia	%
Alto	1.123	13,6
Medio	3.268	39,6
Bajo	3.867	46,8
Total	8.258	100

Del total de familias 13,6% (relación familia/vivienda=1,2) se encuentran en alto riesgo (cuatro o más factores de riesgo en la vivienda), la mayor parte de estas familias están ubicadas en la

comuna 14 (35%), 18 (22%), 6 (19%) y la comuna 1 (7%). En forma similar se ubicaron las familias según barrio de residencia encontrando que la mayor cantidad de familias en riesgo vivían en Las Orquídeas, Manuela Beltrán, Floraria y el sector Alto Jordán.

Riesgos en el hábitat. Las prevalencia de factores de riesgo asociados con las condiciones de las viviendas se aparecen en la Tabla 3.

De igual forma que para los riesgos en las personas se clasificaron las viviendas según la presencia de estos factores. Cuando en una vivienda coexisten más de cuatro factores de los mencionados antes se clasificó como de alto riesgo; de dos a cuatro factores el riesgo se consideró como medio; y menos de dos factores, como bajo. De las 1.974 viviendas evaluadas en el año 2014 se encontró que 196 (10%) tienen un alto riesgo por condiciones del hábitat, 316 (16%) están en riesgo medio y 1.462 (74%) en riesgo bajo. Las comunas con mayores viviendas a riesgo fueron la comuna 14, la 1 y la 18, estas dos últimas son terrenos de ladera dentro del perímetro urbano.

Para las familias visitadas en el 2014 (n=2.065) se comparó la información sobre riesgos en personas y riesgos por condiciones del hábitat

Tabla 3. Riesgos en el hábitat

Variable	Observaciones (n)	Prevalencia (%) (IC 95%)
Cocina inadecuada	1.906	10,0 (8,7-11,4)
Material abandonado en la vivienda	1.907	5,7 (4,7-6,8)
Ventilación inadecuada	1.907	7,3 (6,2-8,6)
Hacinamiento	1.907	8,3 (7,1-9,7)
Pisos inadecuados	1.906	18,6 (16,9-20,4)
Paredes inadecuadas	1.904	16,1 (14,4-17,8)
Techos inadecuados	1.907	13,3 (11,8-14,9)
Conexiones agua inadecuadas	1.907	12,6 (11,2-14,2)
Higiene inadecuada en la vivienda	1.904	9,4 (8,1-10,8)
Carece de agua potable	1.911	6,0 (4,9-7,1)
Carece suministro de agua	1.910	3,2 (2,5-4,1)
Instalaciones sanitarias inadecuadas	1.908	4,4 (3,5-5,4)
Sin conexión a agua residual	1.906	0,1 (0,01-0,4)
Recipiente inadecuado basuras	1.910	11,2 (9,8-12,7)

La columna "Observaciones (n)" corresponde al total de viviendas sobre las cuales se realizó la medición. Los intervalos de confianza se calcularon mediante distribución binomial para 95% de confianza.

Fuente: Base de datos Secretaria de Salud Municipal de Cali.

encontrando que en 42 viviendas (familias) se presentaron altos riesgos en las personas y al mismo tiempo riesgos elevados por las condiciones de las mismas. Esta característica hace que sean consideradas como prioridad para las intervenciones diseñadas por el proyecto de APS. También, llama la atención la proporción de viviendas en hacinamiento que alcanzó la cifra de 8,3% más alto que el reportado para la ciudad (5,3%).

Discusión

Nuevos modelos de atención se están implementando en América Latina³, todos ellos buscan dos objetivos fundamentales: una mejor cobertura de la población en cuanto a sus problemas de salud y una mayor eficiencia al lograr la mejor relación costo-beneficio en las intervenciones. Los enfoques integrados e integrales orientados a la familia, comunidad y medio ambiente y que promuevan la participación social elevan la eficacia global del sistema de salud y en ellos los equipos básicos de atención extramural juegan un rol fundamental para la caracterización de riesgos y como puerta

de entrada al sistema de salud, entendiendo este, no como el sistema de servicios de salud sino como la integración del mismo con otros sectores del desarrollo y la participación activa de las comunidades.

El proyecto adelantado por la SSM estableció la conformación de 11 grupos extramurales (EBAPS) y los ubicó en barrios que por sus condiciones sociales y económicas se clasificaron como en riesgo social. Durante el año 2014 los EBAPS realizaron cerca de 6.499 visitas familiares llegando a cerca de 24.334 personas.

Los EBAPS detectaron una serie de riesgos en las familias y en las viviendas. Llama la atención la alta proporción de niños sin asistencia de crecimiento y desarrollo (26%), las mujeres sin control de planificación familiar (56%), sin citología en el último año (17%), la alta prevalencia de sobrepeso (38%) y la gran proporción de glucometrías alteradas (33%). Estas prevalencias muestran el desafío que tiene la red de servicios tanto del régimen subsidiado como del contributivo para realizar captación activa de estas personas. Es importante resaltar

que las mediciones realizadas corresponden a procesos de tamización y como tal requerirán de un enfoque integral de diagnóstico e intervención al interior de los servicios de salud.

Los EBAPS detectaron cerca de 193 mujeres embarazadas de las cuales 161 se encontraban en control prenatal (83%), el resto de mujeres fueron remitidas a los centros de atención de primer nivel de las empresas sociales del estado cuando pertenecen al régimen subsidiado o a la red de prestadores del régimen contributivo. Otro aspecto importante fue la detección de sintomáticos respiratorios; durante las visitas efectuadas en el 2014 se detectaron 148 personas y 23 de ellas con diagnóstico de tuberculosis de los cuales solo 57% se encuentra en tratamiento activo. En relación con el riesgo cardiovascular 347 personas resultaron con parámetros anormales de IMC, tensión arterial, perímetro abdominal y glucometría alterados; estas personas fueron clasificadas como de alto riesgo y remitidas a la red pública o privada según el caso.

Durante el desarrollo del proyecto se estableció un canal de comunicación con el centro o puesto de salud cercano al área de intervención con el fin de establecer un mecanismo de referencia de pacientes en riesgo, también la información sobre riesgos y prevalencia se presentó ante los equipos operativos de las cuatro principales EPS responsables de la afiliación de las personas visitadas. Cada una de estas empresas remitió la información al área de promoción y prevención para coordinar esfuerzos de captación o demanda inducida.

La Ley 1438 en su Artículo 12 adopta la estrategia de APS⁴ basada en tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. Igualmente, el Artículo 14 establece la política de fortalecimiento de los servicios de baja complejidad para mejorar su

capacidad resolutoria. En este orden de ideas los EBAPS realizan una función transcendental al realizar el diagnóstico familiar, la detección de riesgo individual, familiar y comunitario, la promoción de la afiliación al sistema y la inducción de la demanda. De esta manera, la información que generan los EBAPS⁵ debe “gestionarse” al interior del sector salud para promover la atención de los más necesitados pero igualmente, a otros sectores para la resolución de problemas ambientales, sociales o comunitarios, en otras palabras, son los sectores de gobierno de la administración municipal los principales usuarios de la información.

Un aspecto fundamental de la estrategia es la participación de las personas y los grupos organizados de la comunidad en el conocimiento y la búsqueda de soluciones a sus propios problemas de salud. De la interacción de los EBAPS⁶⁻⁸ con las familias sale un primer nivel de participación que es la comunicación que se establece entre las personas y los agentes de salud, porque se intercambian orientaciones y consejos para mejorar la salud a nivel de la vivienda y las personas. Sin embargo, este primer nivel debe trascender hacia la organización de proyectos de interés comunitario no solo en aspectos educativos sino de inversión social.

El alcance actual del proyecto de la SSM de Cali ha llegado a nivel del diagnóstico y caracterización de las familias ubicadas en los territorios seleccionados, la integración de la información con las propias dependencias de la Secretaría, la integración con las empresas sociales del estado (red de prestadores públicos) y las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado. Se pretende la conformación de comités intersectoriales en cada uno de los territorios intervenidos, que las organizaciones comunitarias se involucren en los temas prioritarios para la salud y el desarrollo de un sistema de información que permita la toma de decisiones por parte del gobierno municipal.

Agradecimientos

El autor reconoce el aporte del personal operativo del proyecto de fortalecimiento de la APS de la Secretaría de Municipal de Salud de Cali quienes con esmero recolectaron la información de las fichas familiares. Igualmente, el personal de estadística encargado de la sistematización de la información y las contribuciones del personal directivo y asesor del proyecto en especial las doctoras Nelsy Patricia Villa y Nhora Lucía Arias, Estadístico William Sánchez y el doctor Alberto Alzate, quienes con sus aportes enriquecieron la experiencia del proyecto.

Conflicto de interés

El autor no tiene conflictos de interés.

Referencias

1. Buitrago Gómez P. Marginalidad. Revista científica Guillermo de Ockham. [revista en línea] 2004 [acceso: noviembre 12 de 2014]; 7 (1). Disponible en: http://investigaciones.usbcali.edu.co/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=16&Itemid=26
2. Alcaldía de Santiago de Cali. Plan territorial de salud de Cali. 2012-2015. [acceso: junio 1 2014]; Disponible en: http://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/plan_territorial_de_salud_20122015_pub
3. Macincko J, Montenegro H, Adell Nebot C, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2007; 21 (2/3): 73-84.
4. Presidencia de la República de Colombia. Ley 1438 del 19 enero de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de Colombia.
5. OPS. Renovación de la APS en las Américas. Agosto de 2005 [acceso: marzo 1 de 2014]. Disponible: http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/14021/mod_resource/content/0/CPS/modulo1/m1lecturasprincipales/Renovacion_de_la_APS_1-16_.pdf
6. OPS. Sistemas basados en la atención primaria en salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. [acceso: marzo 1 de 2014] Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf
7. Vargas González W. Atención primaria en salud. Su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica. 2006 [acceso: septiembre 3 de 2014]. Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/libros/atencionprimaria.pdf>
8. Granados Rodaños R. Tendencias de la reforma del sector salud de América Latina. OPS/OMS. 2008 [acceso: enero 2015]. Disponible en <http://www.sld,apsdiapos/atencionprimaria.pdf>