

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM
PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN
PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE
SOACHA



NATHALI MONTOYA CASTILLO

Director de Trabajo de Grado
María Teresa Domínguez, MD, MPH

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
Bogotá, D.C

Marzo 02 de 2018

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM
PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN
PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE
SOACHA

DEDICATORIA

El símbolo de la madre y el padre para mi están representados en una única persona, mi mamá. Esta persona es quien me ha enseñado que el significado de ser hija única tiene un deber moral y ético, que fundó en mí un carácter solidario, amigable e integral. Por esta razón este trabajo es dedicado a la persona que más amo en la vida: Esperanza Montoya Castillo, quien con su apoyo moral, espiritual y económico, me permitió culminar mi maestría en Administración en Salud.

AGRADECIMIENTOS

- ✚ Quiero agradecer a Dios por guiarme y bendecirme para llegar hasta donde he llegado, y permitirme hacer realidad un sueño anhelado.
- ✚ A mi madre, me encantaría agradecerle por su amor sincero, su apoyo moral y económico, su confianza en mí, sus consejos y compañía incondicional en los momentos alegres y difíciles. Logrando darme la fortaleza para terminar con otra meta propuesta.
- ✚ A mi Directora de Trabajo de Grado, la Dra. María Teresa Domínguez por su esfuerzo y dedicación, quien con su conocimiento, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado construir en mí unas bases fuertes para mi vida profesional.
- ✚ A mi prima Juana Gabriela Montoya, por su profesionalismo, por su visión crítica, por sus consejos y sugerencias en el área estadística.
- ✚ Al Dr. Román Vega quien con su conocimiento y experiencia aportó en la etapa inicial del Trabajo de Grado.
- ✚ A la Dra. Naydu Acosta quien facilitó el modelo RE-AIM y sugerencias para el diligenciamiento de los formularios.
- ✚ A la Secretaria de Salud de Soacha y especialmente al Dr. Reyes Murillo y la Dra. Luz Gelys Palacios, por confiar en mí, por brindarme el apoyo y los recursos necesarios para la ejecución del Trabajo de Grado.
- ✚ A la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana por concederme la oportunidad de pertenecer a la Institución y formarme como una profesional integral.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM
PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN
PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE
SOACHA

1. Tabla de contenido

2.	INTRODUCCIÓN	7
3.	ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
4.	MARCO CONCEPTUAL	20
4.1.	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	20
4.2.	EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	23
4.3.	PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE SOACHA. 26	
4.3.1.	Población blanco caracterizada	26
4.3.2.	Distribución de las comunas por cuadrantes	27
5.	OBJETIVOS	29
5.1.	Objetivo General	29
5.2.	Objetivos Específicos	29
6.	JUSTIFICACION Y PROPÓSITO	30
7.	METODOLOGÍA	32
7.1.	DISEÑO DEL ESTUDIO.....	32
7.2.	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO MUNICIPAL DE LOS ATRIBUTOS DE LA APS: Integralidad, Acceso y Orientación Comunitaria.....	32
7.2.1.	ATRIBUTOS DE APS SELECCIONADOS	32
7.2.2.	MODELO UTILIZADO: MARCO RE-AIM	34
7.2.3.	RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA	35
7.2.4.	PROPUESTA DEL TAMAÑO MUESTRAL PLANEADA PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE APS UNA VEZ FINALIZADO EL PERIODO DE IMPLEMENTACIÓN	37
7.3.	SELECCIÓN DE PERSONAL PARA EL DESARROLLO DE LA PRUEBA PILOTO.....	38
7.4.	PERIODO DE APRESTAMIENTO	38
7.5.	METODOLOGIA PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	40
7.5.1.	Etapa 1	40
7.5.2.	Etapa 2	40
7.5.3.	Etapa 3	41
7.6.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	41

7.7. CONSIDERACIONES LEGALES E INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	42
7.8. CONSIDERACIONES DE PROPIEDAD INTELECTUAL SOBRE LOS CONTENIDOS .	42
8. RESULTADOS	43
8.1. Etapa 1. Caracterización del tamaño de la muestra poblacional	43
8.1.1. Usuarios de la comunidad.....	43
8.1.2. Profesionales en Salud	54
8.2. Etapa 2.....	56
8.1. Etapa 3.....	61
8.1.1. Subetapa 1	61
8.1.2. Subetapa 2	64
8.2. Presupuesto.....	67
9. ANÁLISIS DE LA INFORMACION	68
9.1. LIMITACIONES.....	78
10. CONCLUSIONES	80
11. RECOMENDACIONES	81
12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	82
13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	83
14. ANEXOS	90

Índice de tablas

Tabla 1.	13
Tabla 2.....	16
Tabla 3.....	28
Tabla 4.	35
Tabla 5.	36
Tabla 6.....	38
Tabla 7.....	43
Tabla 8.	47
Tabla 9.	48
Tabla 10.....	56
Tabla 11.	58
Tabla 12.	60
Tabla 13.	61
Tabla 14.....	62
Tabla 15.	63

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM
PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN
PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE
SOACHA

Tabla 16.....	64
Tabla 17.....	65
Tabla 18.....	66
Tabla 19.....	67

Índice de figuras

Figura 1.....	44
Figura 2.....	44
Figura 3.....	45
Figura 4.....	45
Figura 5.....	46
Figura 6.....	46
Figura 7.....	47
Figura 8.....	48
Figura 9.....	49
Figura 10.....	50
Figura 11.....	51
Figura 12.....	52
Figura 13.....	53
Figura 14.....	53
Figura 15.....	54
Figura 16.....	54
Figura 17.....	55
Figura 18.....	55
Figura 19.....	57
Figura 20.....	59
Figura 21.....	62
Figura 22.....	65

Anexos

ANEXO 1.....	90
ANEXO 2.....	91
ANEXO 3.....	93
ANEXO 4.....	93
ANEXO 5.....	94

2. INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria en Salud (APS) es considerada como un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario para la organización de servicios de salud, para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud, de acuerdo con lo expuesto durante la *Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud* realizada en septiembre de 1978 en Kazajistán. (International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978).

Un ejemplo de la acogida de la APS ocurrió en noviembre del 2016 en el municipio de Soacha, Cundinamarca, donde se realizó un reconocimiento de las dinámicas y necesidades sociales de la población; con el fin de brindar respuestas integrales desde las acciones individuales y colectivas en la prestación de los servicios de salud.

Este modelo, implementado en noviembre de 2016 está constituido por cuatro proyectos estratégicos: *Pacto por la salud, Fortalecimiento de la autoridad sanitaria – Juntos formando calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud; Cuadrantes saludables y Gestión del conocimiento.*

El presente trabajo de grado cobijará únicamente al proyecto de *Cuadrantes Saludables*, el cual busca responder adecuadamente a las necesidades de la población, de forma organizada, articulada y coordinada por sectores (cuadrantes), con un enfoque de entornos saludables, que incluye vivienda, escuela y entorno laboral saludables; lo anterior, teniendo en cuenta que la Secretaria de Salud de Soacha se encuentra interesada en determinar si el programa de APS con sus cuatro proyectos estratégicos, contribuyen o no a fortalecer los entornos mencionados para lograr la reducción del riesgo de la enfermedad, la promoción de factores protectores en salud existentes en estos entornos en los cuales se desarrollan las personas habitantes del municipio de Soacha.

Se propone un modelo de evaluación RE-AIM (Reach Effectiveness Adoption Implementation Maintenance Framework) el cual adopta cinco dimensiones como criterios de evaluación: Alcance, Efectividad, Adopción, implementación y Mantenimiento; para el "Modelo integral de atención en salud bajo el enfoque de atención primaria" en el proyecto de *Cuadrantes Saludables* y la realización de una prueba piloto, a través de encuestas (físicas/virtuales) que aborden preguntas que permitan una evaluación integral de los elementos de evaluación, las cuales podrán mostrar los niveles de satisfacción de los tres actores implicados en el modelo (Comunidad, Profesionales en Salud y tomadores de decisiones) y servir en la comprensión integral de los aciertos, dificultades y lecciones aprendidas en el desarrollo de la evaluación.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

3. ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Municipio de Soacha se encuentra ubicado en la zona sur de la Sabana de Bogotá, limita al norte con los municipios de Bojacá y Mosquera, al sur con Sibaté y Pasca, al occidente con Granada y San Antonio del Tequendama y en el Oriente limita con la ciudad de Bogotá, Distrito Capital. Cuenta con una superficie total de 187 km², con una extensión urbana de 27 km² y una zona rural de 160 Km². Tiene un número aproximado de 522.442 habitantes en 2015 (Alcaldía de Soacha & Dirección municipal, 2016). La distribución de municipio está dividida en seis comunas y dos corregimientos así:

1. Compartir al Sur Occidente,
2. Centro,
3. La Despensa al noroccidente,
4. Cazuca en el centro y sur oriente
5. San Mateo al sur oriente y
6. San Humberto.

Por su parte, el primer corregimiento se encuentra conformado por Romeral, Alto de la Cabra, La Hungría, San Jorge, Fusungá, Panamá, Chácua Primavera y Villanueva y el segundo corregimiento, está conformado por El Charquito, Alto de la cruz, San Francisco, Cascajal, Canoas y Bosatana (Alcaldía de Soacha, 2016).

Con el fin de determinar las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades dentro de un enfoque de APS y cumpliendo con el Plan Decenal de Salud Pública, el Gobierno Municipal de Soacha construye el ASIS 2016 (Análisis de Situación de Salud), permitiendo explicar el proceso de salud-enfermedad teniendo en cuenta sus factores de riesgo y determinantes (Alcaldía de Soacha & Dirección municipal, 2016).

Al realizar una comparación entre la población estimada por el DANE para el municipio de Soacha en el año 2005 (401.996 habitantes) con respecto al 2016 (522.442 habitantes) se evidencia un incremento poblacional de 120.446 habitantes correspondientes a un 30% en un periodo de diez años (DANE, 2015).

Cabe mencionar que, si bien el dato anterior es teniendo en cuenta el censo poblacional vigente, actualmente la alcaldía de Soacha identifica la necesidad de contar con un nuevo censo que permita disponer de información reciente frente al total de la población. De esta forma, viene realizando gestiones ante el Departamento Nacional de Planeación (DNP) debido a que la población de Soacha actualmente cuenta con alrededor de 1.200.000 personas, teniendo en cuenta la migración de población hacia el municipio, y esta resulta siendo una problemática

ya que los recursos presupuestales asignados anualmente no dan cobertura suficiente a la población real en el municipio.

Una de las principales razones del incremento poblacional se debe a la cercanía que tiene el municipio con Bogotá, muchos de los habitantes de Soacha deciden mantener su puesto laboral en la capital, e instaurar sus hogares en el municipio el cual cuenta con un menor costo de vida; así, la dinámica poblacional de Soacha se encuentra condicionada por la conducta de la población de Bogotá. Sin embargo, existen otros aspectos como, el desplazamiento forzoso, las migraciones por violencia de Comunidades campesinas e indígenas al interior del país, el aumento en la tasa de fecundidad, aumento de embarazos adolescenciales, que contribuyen también al incremento significativo del tamaño poblacional.

Ejemplo de esto ocurre en el año 2012, donde la Tasa de Fecundidad Global (TFG) para el municipio de Soacha correspondió a 1.6 nacidos vivos por mujer hasta la edad de 49 años, con tendencia al incremento; mientras que, para el año 2015 ocurrió un incremento de 1.9 nacidos vivos por mujer hasta la edad de 49 años en Bogotá. Por su parte, la tasa de fecundidad por cada 1000 mujeres en edad fértil para el municipio de Soacha para el año 2012 fue de 51,1 nacimientos y aumento a 60,8 en 2015 (DANE, 2015); este hecho, ayuda a soportar la razón de que el número de nacidos vivos por mujer es una de las causas de sobrepoblación para el municipio.

La superpoblación en el municipio tiene además otras causas; Soacha ocupa el primer lugar en Cundinamarca como municipio receptor de personas y hogares según el informe 004 -11 de Sistema de Alertas de la Defensoría del Pueblo (Defensoría delegada para la evaluación de riesgos de la población civil como consecuencia del conflicto armado, 2011). La razón principal de esta recepción en el municipio se relaciona con los procesos migratorios forzosos y/o voluntarios; en el caso de la migración forzosa, los hechos violentos originan el desplazamiento de personas entre los 20 y 40 años (personas productivas económicamente), y este proceso influye en el aumento de la pobreza y del hacinamiento; por ejemplo en 2015, 23.150 hogares se encontraron con esta dificultad lo que representaba un 22% de la población total del municipio. Así, la manera de encontrar supervivencia por parte de la población es mediante la vinculación de actividades informales como los empleos domésticos, vendedores ambulantes, servicios generales, construcción, etc. En el caso del desplazamiento voluntario, la población decide migrar de su ciudad natal con el fin de encontrar nuevas oportunidades de vida, por ejemplo en el campo laboral y/o académico en Bogotá, dado que Soacha es un municipio muy cercano a la capital y las personas pueden desplazarse fácilmente viviendo en el municipio y laborando en Bogotá; además, Soacha cuenta con estratos económicos 1 y 2, éstas personas buscan economía en servicios públicos, vivienda, transporte al momento de trasladarse.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

Dentro de las problemas sociales mayormente identificados en todas las comunas con mayor incidencia y con mayor frecuencia presentes en la comuna dos, se encuentra el consumo y venta de sustancias psicoactivas y el pandillismo, ambas afectando principalmente a los jóvenes y adolescentes; esto relacionado con el manejo inadecuado del tiempo libre, situación presentada especialmente en parques, colegios y viviendas alrededor de los barrios, incrementando cada vez más la inseguridad en los barrios.

La situación anterior se ve reflejada en las tasas de mortalidad, entre los años 2005 y 2013, se registró en hombres entre los 18 y 60 años, una tasa de mortalidad de 4810 hombres por cada 100.000 habitantes, valor superior con respecto al de las mujeres 4692 mujeres por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, cabe resaltar que durante estos mismos años, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la principal causa de mortalidad observando un incremento entre 2011 y 2013 con tasas de 486 muertes y 474 muertes por cada 100.000 habitantes respectivamente. Las enfermedades del sistema circulatorio tuvieron menores tasas de mortalidad en el sexo femenino que en el masculino, debido a que para estos años murieron 63,29 mujeres por cada 100.000 habitantes por enfermedades del sistema circulatorio y 93,50 hombres por cada 100.000 habitantes (Alcaldía de Soacha & Dirección municipal, 2016).

Un segundo problema acentuado en todas las comunas del municipio de Soacha corresponde a las deficientes prácticas de autocuidado, no hay protección en salud individual ni tampoco a nivel comunitario, esto se relaciona por ejemplo con la tasa de fecundidad global elevada (60,8 nacimientos por cada 1000 mujeres en el 2015) y con el hecho de que las enfermedades respiratorias son las enfermedades transmisibles de mayor importancia en el municipio. En el 2005, la tasa ajustada de mortalidad por enfermedad respiratoria fue de 19,23 por cada 100.000 habitantes, mientras que para el año 2014 la tasa ajustada de mortalidad correspondió a 23,6 por cada 100.000 habitantes. El valor correspondiente a las tasas de mortalidad respiratoria se relaciona directamente con la falta de cultura de autocuidado en la cual se ha venido trabajando con el fin de disminuir la mortalidad y con factores de contaminación ambiental (industrias, vehículos, humedales y ríos con focos de contaminación).

De hecho, respecto a los problemas de contaminación predominantes en salud en el municipio, y debido a la ubicación del municipio de Soacha en el extremo más bajo de la cuenca alta del río Bogotá, Soacha recibe toda la afectación ambiental del recurso hídrico, éste se encuentra contaminado por basuras y desechos agrícolas, recibe la descarga directa de piel defectuosa no procesada, trozos de cuero procesados y otros, los cuales contienen metales y productos químicos que incluyen cromo, titanio y otros correspondientes a 189 industrias de tratamiento de cueros y

curtiembres situadas entre Villapinzón y Chocontá; además de recibir las descargas industriales de Zipaquirá, Tocancipá, Cajicá, y finalmente los residuos orgánicos de Bogotá. Este problema se evidencia principalmente en la comuna 6, San Humberto en y en el segundo corregimiento.

Sin embargo, se evidencia una reducción en las tasas de mortalidad por razones como: manejo de mejor información por parte del cuidador para identificar signos que orientan a una consulta a una institución de salud, menor frecuencia de casos en que identificando algún signo que justificara la consulta, los individuos resolvieron no consultar, disminución en las situaciones relacionadas con problemas de Accesos a la atención, con sistema de aseguración o traslado de pacientes entre instituciones, o menores fallas en la calidad de la atención, resultado de los programas o estrategias ofrecidos por Secretaria de Salud del municipio, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, Secretaria de Educación, los cuales tuvieron un impacto positivo en la educación de los cuidadores y en el sistema de salud.

La inseguridad alimentaria y nutricional en sus dimensiones (disponibilidad, Acceso, consumo, aprovechamiento biológico e inocuidad), se encuentra como problema estructurado en cada una de las comunas y corregimientos del municipio. Se encuentra, por ejemplo en la comuna 6 en los sectores de Altos de la Florida, Cristalina, Divino niño, Panorama y Cagua, como se ve afectado el Acceso, ya que los ingresos económicos de las familias no suplen las necesidades de alimentación; así los alimentos que consume la población no son suficientes ni adecuados para cumplir con los requerimientos nutricionales según la edad, por lo cual se evidencian los grupos etarios (niños, niñas, adultos mayores y gestantes) especialmente malnutridos con tendencia a la desnutrición aguda y/o crónica o a la anemia.

En 2014, al analizar las cifras del porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, se encuentra que, Soacha tiene un 13,67% más alto en comparación con el 11.32% de todo el Departamento de Cundinamarca, lo cual es significativo teniendo en cuenta que el Departamento incluye otros municipios con alta densidad poblacional como Fusungá, Facatativá y Zipaquirá. Este mismo efecto ocurrió en los años 2006, 2007, 2012. Por otro lado, la tasa de mortalidad por 100.000 menores de cinco años para el municipio de Soacha fue de 4,24 %, siendo 3% mayor con respecto al Departamento de Cundinamarca en el mismo año.

La malnutrición, tanto por déficit como por exceso se encuentra presente. En comunas como la 2 y la 5, se identifica ingesta de alimentos ricos en carbohidratos simples y grasas, esto debido a que la población no tiene una educación alimentaria y nutricional adecuada, dejando a un lado el consumo de frutas y verduras y aumentando el consumo de carbohidratos simples y grasas saturadas en alimentos como productos empaquetados, repostería y panadería; generando incremento en el número de habitantes en sobrepeso y/o obesidad y también el riesgo de enfermedades crónicas cardiovasculares y diabetes. Aunque se esperaría que estas comunas tuvieran mejor ingesta de alimentos porque tienen mayor Acceso en cuanto a recursos económicos para la compra de alimentos y disponibilidad de

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

alimentos en cuanto a la cercanía y variabilidad con respecto a las demás, por el nivel de estratificación social perteneciente (2 y 3 principalmente) no es así, ya que, las personas no cuentan con una educación nutricional adecuada para que la compra y consumo de éstos alimentos, sean ricos en vitaminas y minerales como por ejemplo frutas y verduras.

Al comparar estas comunas con la 4 y la 6, con estratos 5 y 1 principalmente, los problemas evidentes son desnutrición, ya que no hay Acceso a los alimentos por recursos económicos, disponibilidad por las distancias para la compra de alimentos y además la población tampoco cuenta con educación alimentaria y nutricional.

El VIH-SIDA y la sífilis, constituyen también parte importante a la hora de evaluar las problemáticas municipales. Respecto al VIH/SIDA, la tasa ajustada de 3,3 muertes por cada 100.000 habitantes en 2014, y se evidencio que para el año 2010 se presentó la mayor cantidad de muertes 4,3 por cada 100.000 habitantes. Al realizar la comparación entre hombres y mujeres para esta misma enfermedad transmisible, teniendo en cuenta el ajuste de tasas, se evidencia que los hombres presentan mayores casos de mortalidad con 415 por cada 100.000 habitantes con respecto a las mujeres que presentan una tasa de 276 mujeres por cada 100.000 habitantes.

Según el diagnóstico e identificación por comunas realizado por la Secretaria de Salud de Soacha, los problemas que se evidenciaron en la mayoría de las comunas corresponden a la cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que para el año 2015 correspondía únicamente al 55,86% de la población y a las barreras de Acceso a los servicios de salud. En las comunas 3 y 6 se presentan barreras de Acceso, ya que aunque los usuarios del sistema cuentan con afiliación a Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) públicas y privadas ubicadas dentro del municipio, éstas no son suficientes para cubrir la totalidad de la población, además, algunas se encuentran ubicadas en la capital; y al ser población vulnerable por las problemáticas mencionadas previamente, el solo hecho de tener que trasladarse hasta Bogotá para asistir a una cita médica termina siendo un obstáculo en la atención porque, ni programan sus citas, ni asisten a ellas. Por ejemplo, el 20% de las mujeres gestantes del municipio no tienen adherencia a los controles prenatales en el municipio, el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal correspondió al 80,86% en el año 2014 (Secretaria de Salud de Soacha, 2016).

Con la necesidad de mejorar las limitaciones existentes en salud en el municipio descritas anteriormente, la Secretaria Municipal de Salud de Soacha, decide entonces buscar la manera de hacer un abordaje óptimo de la salud bajo los enfoques de derechos, abarcando actividades desde la prevención primaria a la terciaria en salud para toda su población. Con base en las necesidades primarias y

emergentes de salud de la población de Soacha, en noviembre de 2016 se pone en marcha el “Modelo Integral de Atención en Salud bajo el Enfoque de Atención Primaria”, con el objetivo de impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y mejorar las condiciones de salud y de calidad de vida de la población.

Para la implementación de este proyecto se tuvo en cuenta la disposición geográfica de Soacha con respecto a la división por comunas y corregimientos en el municipio previamente mencionada; estas seis comunas y estos dos corregimientos se dividieron posteriormente en cuatro cuadrantes con el fin de obtener un total de 32 cuadrantes para atender a la población total a través de cuatro grupos de trabajo: *Equipo de Respuesta Inicial (ERI)*, *Equipo de Respuesta Complementaria (ERC)*, *Equipo de Respuesta Básica (ERB)*, y *Equipo de Seguimiento Interinstitucional (ESI)* (Secretaría de Salud de Soacha, 2015).

El proceso de implementación consistió en una serie de pasos que fueron dando cuenta de las necesidades y prioridades de la población de la siguiente manera: en noviembre de 2016 el Programa de Atención en Salud bajo el Enfoque de Atención Primaria para la Equidad y el Desarrollo Humano en Soacha, en su estructura operativa municipal, establece como *Puerta de Entrada* al Equipo de Respuesta Inicial (ERI), el cual realiza las actividades en campo, tocando puertas en las casas de las familias y realizan un diagnóstico rápido de la población en riesgo por cada comuna, identifica el equipamiento social y en salud con el que se cuenta (colegios, viviendas, Instituciones Prestadoras de Servicios IPS, centros de hogares infantiles), caracterizan a la población por cada cuadrante, canalizando a los usuarios a los servicios de salud según su prioridad (gestantes, niños menores de 5 años, personas con discapacidad, personas con enfermedades crónicas, adulto mayor, y personas de estratos cero, uno, dos), fundamentados además en la identificación del riesgo medio u alto.

En la tabla 1 se puede observar el número de profesionales que se encuentran trabajando en el *Programa de Atención en Salud bajo el Enfoque de Atención Primaria para la Equidad y el Desarrollo Humano*, según los grupos de trabajo.

Tabla 1. *Programa de Atención en Salud bajo el Enfoque de Atención Primaria para la Equidad y el Desarrollo Humano Equipo de estrategia de APS en Soacha – Proyecto Cuadrantes saludables. Fuente: Elaboración propia tomado de (Secretaría de Salud de Soacha, 2015).*

GRUPO DE TRABAJO	TIPO DE PROFESIONAL	NUMERO DE PROFESIONALES
Equipo de Respuesta Inicial (ERI)	Enfermeros	16
	Psicólogos	8
	Fisioterapeuta	6
	Trabajadores sociales	8
	Auxiliares de enfermería	32
	Higienistas Orales	8

**RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM
PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN
PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE
SOACHA**

	Técnicos de saneamiento ambiental	8	
	Educador Físico	2	
	TOTAL	88	
Equipo de Respuesta Complementaria (ERC).	Coordinador	1	
	Enfermeros jefes	4	
	Psicólogos	4	
	Trabajadores sociales	4	
	Geólogos	1	
	Sociólogos	1	
	Epidemiólogos	3	
	Odontólogos	4	
	Fisioterapeutas	4	
		TOTAL	26
Equipo de Seguimiento Intersectorial (ESI)	Trabajadores sociales	4	
	Epidemiólogos	3	
	TOTAL	7	
Equipo de Respuesta Básica (ERB)	Personal (médicos, enfermeras y especialistas) perteneciente a los hospitales vinculados, que no son propiamente del programa de APS.	Otros Hospitales (Pacto por la Salud)	
		H. Mario Gaitán Yanguas	E.S.E. Municipal
	Médicos	4	2
	Personal (médicos, enfermeras y especialistas) perteneciente a los dos hospitales vinculados por la estrategia, que no son propiamente del proyecto cuadrantes saludables.		
	TOTAL	4	2

El ERI realiza un plan familiar, por medio de un formato que identifica y valora las condiciones de vida y salud de la familia, para determinar el grado de vulnerabilidad y definir a partir de acuerdos con las familias un plan de acción en máximo 72 horas, que será la base para el trabajo del siguiente equipo de trabajo: el Equipo de Respuesta Complementaria (ERC). Lo anterior con base en la población identificada con riesgo alto, entre estas:

- Gestantes menores de 19 años y mayores de 40 años
- Gestantes que no han iniciado controles prenatales
- Gestantes con antecedentes de enfermedades transmisibles o crónicas
- Mujeres con citologías positivas sin tratamiento
- Niños menores de cinco años sin vacunación, recién nacidos (primeros 30 días) Mujer en puerperio temprano (primer mes)
- Niños con antecedentes de bajo peso al nacer, prematuridad, malnutrición, infección congénita, enfermedad crónica o transmisible

Autora. Nathali Montoya Castillo

- Familias o personas víctimas del conflicto armado sin Acceso o personas con abuso sexual.

Por su parte, el mismo equipo debe dar respuesta máxima en 30 días para aquellas familias cuya prioridad haya sido clasificada como media, entre éstas:

- Personas mayores de 60 años
- Personas pertenecientes a grupos étnicos
- Personas en ejercicio de prostitución
- Eventos de muerte súbita
- Adolescentes y adultos no usuarios de métodos de planificación familiar
- Mujeres entre 25 y 69 años o menores de 25 años que no han iniciado su vida sexual sin citología cérvico vaginal
- Menores de 50 años sin examen clínico de seno
- Mujeres mayores de 50 años sin mamografía
- Hombres mayores de 45 años sin examen de próstata, con enfermedades crónicas o transmisibles
- Familias con hacinamiento o población vulnerable con enfoque diferencial.

El ERC, conformado por un total de 26 profesionales ilustrados en la tabla 1, con la caracterización previamente realizada deben efectuar el seguimiento al 100 % de las familias que se encuentren en prioridad alta y media. Este seguimiento se caracteriza por tener un enfoque profesional específico dependiendo de las necesidades de cada familia y las personas con prioridad alta, es realizado en campo, con un formato de valoración teniendo en cuenta el tipo de profesional que requieran a nivel individual; este grupo debe realizar seguimiento inicial y control posterior. El ERC también se encarga de realizar remisiones pertinentes a los servicios de salud y/o sociales que requiera la familia, y desde el Equipo de Seguimiento Intersectorial (ESI), conformado por los mismos trabajadores sociales y epidemiólogos del equipo anterior, se realiza la gestión pertinente para el Acceso y efectividad de esa canalización. Así, estos dos equipos ejecutan las actividades iniciales de prevención y promoción en la salud de la población por comunas.

Por su parte, el Equipo de Respuesta Básica (ERB), conformado por los médicos correspondientes a los hospitales Mario Gaitán Yanguas de segundo nivel de complejidad el cual cuenta con 6 puntos distribuidos en el municipio y al Hospital de la E.S.E. municipal de primer nivel de complejidad, el cual cuenta con cinco puestos de salud distribuidos en el municipio, no son propiamente del proyecto de cuadrantes saludables, pero si pertenecen a la estrategia de APS y realizan intervenciones en el tratamiento de la enfermedad en cada uno de sus puntos, efectuado además, un trabajo en conjunto con los mismos profesionales del equipo ERI. Éste último equipo interviene en actividades del tratamiento y rehabilitación de la atención primaria con el 100% de la población previamente identificada y dependiendo de sus necesidades.

**RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM
PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN
PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE
SOACHA**

El personal se encuentra distribuido por cada dos comunas: la comuna 1 y 5; comuna 6 y corregimiento 1; comuna 2 y comuna 3; comuna 4 y corregimiento 2. Por ejemplo, el Equipo de Respuesta Inicial, tiene una totalidad de 88 profesionales y 8 de éstos son enfermeros es decir que cada dos comunas cuentan con dos enfermeros En tabla 2, se ilustra específicamente la distribución del personal por comunas:

Tabla 2. *Equipo de estrategia de APS en Soacha – Proyecto Cuadrantes saludables, distribuidos por comunas. Fuente: Elaboración propia tomado de (Secretaría de Salud de Soacha, 2015).*

GRUPO DE TRABAJO	COMUNA 1 Y COMUNA 5	COMUNA 6 Y CORREGIMIENTO 1	COMUNA 2 Y COMUNA 3	COMUNA 4 Y CORREGIMIENTO 2	TOTAL POR EQUIPO
Equipo de Respuesta Inicial (ERI)	2 Enfermeros	2 Enfermeros	2 Enfermeros	2 Enfermeros	88
	2 Psicólogos	2 Psicólogos	2 Psicólogos	2 Psicólogos	
	3 Fisioterapeutas		3 Fisioterapeutas		
	2 Trabajadores sociales	2 Trabajadores sociales	2 Trabajadores sociales	2 Trabajadores sociales	
	8 Auxiliares de enfermería	8 Auxiliares de enfermería	8 Auxiliares de enfermería	8 Auxiliares de enfermería	
	2 Higienistas Orales	2 Higienistas Orales	2 Higienistas Orales	2 Higienistas Orales	
	2 Técnicos de saneamiento ambiental	2 Técnicos de saneamiento ambiental	2 Técnicos de saneamiento ambiental	2 Técnicos de saneamiento ambiental	
	1 Educador Físico		1 Educador Físico		
Equipo de Respuesta Complementaria (ERC)	1 Coordinador				26
	2 Enfermeros jefes		2 Enfermeros jefes		
	2 Psicólogos		2 Psicólogos		
	2 Trabajadores sociales		2 Trabajadores sociales		
	1 Geólogos				
	1 Sociólogos				
	3 Epidemiólogos				
	2 Odontólogos		2 Odontólogos		
	2 Fisioterapeutas		2 Fisioterapeutas		
Equipo de Seguimiento Intersectorial (ESI)	2 Trabajadores sociales		2 Trabajadores sociales		7
	3 Epidemiólogos				
Equipo de Respuesta Básica (ERB)	Hospital Mario Gaitán Yanguas		E.S.E.* Municipal		6
	Médicos	4	Médicos	2	
	Personal (médicos, enfermeras y especialistas) pertenecientes a los otros hospitales vinculados por Pacto por la salud que no son propiamente del programa de APS.				

Autora. Nathali Montoya Castillo

	Personal (médicos, enfermeras y especialistas) perteneciente a los dos hospitales vinculados por la estrategia, que no son propiamente del proyecto cuadrantes saludables.	
--	--	--

*E.S.E. Empresa Social del Estado.

Lo anterior, debido a que la Secretaría de Salud municipal realizó un "Pacto por la Salud", el cual es un acuerdo de colaboración suscrito entre el municipio de Soacha, entidades administradoras de planes de beneficios, empresas sociales del Estado, Instituciones Prestadoras de Salud IPS privadas, asociaciones de usuarios, autoridades municipales y departamentales, que busca unir esfuerzos para respetar el derecho fundamental a la salud, eliminando barreras de Acceso, entregando fácilmente a la población del municipio la atención de los servicios de salud con los que se cuenta actualmente para evitar desplazamientos innecesarios. En este convenio, las IPS, EPS, hospitales, y centros de salud, contribuyen en el mejoramiento en la atención al usuario (Alcaldía de Soacha, 2016), dando prioridad al mejoramiento de la cobertura.

Finalmente, el Equipo de Respuesta Inicial (ERI) realiza un segundo seguimiento dos meses después de la caracterización inicial de las familias, las cuales pudieron haber sido remitidas y atendidas en los hospitales o atendidas en campo por el equipo de ERB, para controlar si la intervención completa se llevó a cabo.

Esto, debido a que los recursos con que cuenta el programa de APS, están destinados únicamente hacia la población registrada en el ASIS, sin tener en cuenta que son muchas más las personas que se encuentran actualmente habitando en el municipio; debido a esto, la solicitud anteriormente mencionada respecto a contar con un nuevo censo que permita disponer de información reciente frente al total de la población, realizando gestiones ante el Departamento Nacional de Planeación (DNP) por parte de la Secretaria de Salud hacia el Departamento Nacional de Planeación es de gran importancia.

El programa de APS entonces, con cada uno de sus proyectos estratégicos, pretende contribuir en la reducción de las problemáticas en salud de la población. Sin embargo, debido a que el proyecto tiene un tiempo de implementación a la fecha menor a los doce meses, no se ha descrito actualmente la forma de poder evaluar si el proyecto está generando resultados positivos en la población, por lo tanto, resulta necesario instaurar el método de evaluación del proyecto para que ser utilizado o replicado en los demás proyectos de APS en Soacha.

Dentro de los marcos de evaluación en Salud Pública, el RE-AIM (por sus siglas en inglés, *Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation y Maintenance*) se destaca en la última década como un modelo integral que responde a la necesidad de conocer el resultado de las intervenciones en las condiciones y lugares complejos del mundo real, en contraposición a las evaluaciones tradicionales de eficacia en condiciones óptimas (Villamizar, L. A. R., Rodríguez, M. R., & Ramírez, N. A, 2016). El marco RE-AIM comprende cinco dimensiones que combinan elementos de evaluación: Cobertura, Efectividad, Adopción, Implementación y Mantenimiento (Glasgow, R. E., Vogt, T.M., & Boles, S.M, 1999).

En relación con el método de evaluación RE-AIM, en el año 2015 se realizó la evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander – Colombia, utilizando este método de evaluación por medio de sus cinco dimensiones, permitió la evaluación integral del “mapis” (programa de APS en Santander - Colombia) más allá de las evaluaciones convencionales centradas en indicadores de cobertura y eficacia o efectividad; además facilitó la identificación, descripción y comprensión de los aciertos y desaciertos de tipo organizacional que afectaron el desempeño del modelo, como por ejemplo el referido a la falta de formalización del programa desde lo político y administrativo por parte de las autoridades municipales, lo cual constituyó uno de los principales obstáculos para la implementación y la sostenibilidad a mediano y largo plazo del modelo (Villamizar, L. A. R., Rodríguez, M. R., & Ramírez, N. A., 2016).

La Secretaria de Salud del municipio de Soacha, por medio de la APS en su “Modelo integral de atención en salud bajo el enfoque de atención primaria”, busca solucionar los principales problemas como la sobrepoblación, consumo, venta de sustancias psicoactivas y el pandillismo, deficientes prácticas de autocuidado que conllevan a aumentar las tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias y las tasas de fecundidad global, desnutrición, enfermedades transmisibles como VIH/SIDA y sífilis.

Los recursos con los que cuenta el programa son de aproximadamente \$ 3.800.000, provienen específicamente del Sistema General de Participaciones de la Gobernación de Cundinamarca, los recursos para el programa de APS son exclusivamente públicos, y se prevé que serán el presupuesto disponible para los próximos cuatro años (2016 -2020). Por su parte, en el acuerdo de colaboración suscrito entre el municipio de Soacha, entidades administradoras de planes de beneficios, empresas sociales del Estado, Instituciones Prestadoras de Salud IPS privadas, asociaciones de usuarios, autoridades municipales y departamentales “Pacto por la Salud” , se establece que las EPS en las que se encuentran afiliados los usuarios deben subsidiar a las IPS en las cuales son atendidos los pacientes con prioridad alta designados por el ERI para intervenciones de tratamiento y rehabilitación, así se obtienen recursos privados que no son propiamente del proyecto cuadrantes saludables pero si pertenecen al programa de Atención Primaria en Salud.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

El 12 de septiembre de 1978 en la *Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud* (International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 septiembre 1978), se expresó la necesidad de efectuar acciones para proteger y promover la salud en la población mundial, en la cual estuvieron comprometidos todos los gobiernos, los Profesionales en Salud y habitantes de los países participantes. En esta conferencia, se definió la Atención Primaria en Salud (APS) como un "conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud" (O. M. S., 1978).

La APS se encuentra conformada por cuatro principios básicos, accesibilidad y cobertura universal en función de las necesidades en salud; compromiso, participación y auto sostenimiento individual y comunitario; acción intersectorial por la salud y costo-eficacia, tecnología apropiada en función de los recursos disponibles (Delgado Yepes, 2006).

La APS es acogida como estrategia para el logro de sistemas de salud donde existe la justicia social y donde se correlacionan la salud individual y la poblacional, para obtener una atención integral, continua y permanente, en donde participe la Comunidad (Cano Gaviria, 2002), ésta también cuenta con un ámbito sanitario de especial importancia en el entorno de un Sistema Nacional de Salud, por ejemplo en España, donde se busca mejorar la viabilidad y la eficiencia del sistema disponiendo la APS como punto de partida para armonizar el funcionamiento del resto del sistema (Villalbí, J.M. & Farrés, J., 2005), basados bajo el modelo teórico de Starfield que incluyen características como: primer contacto, continuidad, extensión y coordinación en ámbitos de enfoque familiar, Orientación Comunitaria y competencia cultural (Starfield, B., & Aspachs, J. P., 2001).

El enfoque de APS integral proyectado en Alma-Ata se ha sostenido y desarrollado en algunos países como Cuba donde hoy es visto de nuevo como alternativa para la transformación de los sistemas de salud que garanticen el derecho a la salud y la equidad en salud.

Cuba es un país ejemplo en el desarrollo y progreso de la APS. Desde 1959 con la creación del Departamento de Asistencia Técnica, Material y Cultural al Campesino del Ejército Rebelde, como estrategia para dar soluciones de asistencia médica, educación y desnutrición en los campesinos y más adelante en 1960 con la aparición del Servicio Médico Social Rural (MSR) (Rojas Ochoa, 2003), el cual ofrecía a todos

los recién graduados de medicina un contrato laboral con un buen salario con un "Puesto de Médico Rural" donde se empezó a llevar la APS con actividades como: la asistencia médica, la vigilancia epidemiológica, la vacunación, la inspección sanitaria, la educación sanitaria y las actuaciones forenses, con el objetivo de tener una atención en salud con alta cobertura para la población campesina; así el Servicio Médico Rural fue el primer programa de impacto respecto a APS y a la salud pública en general.

Posteriormente se crearon las Unidades Sanitarias en las pequeñas ciudades del país, haciendo semejanza con SMSR, estas realizaban funciones como: atención ambulatoria a pacientes bajo control de los programas contra enfermedades infecciosas, embarazadas, diarreas agudas infantiles y niños desnutridos, ejecutaban los planes de vacunación, administraban los servicios de disposición de residuales sólidos y líquidos, y ejercían la inspección sanitaria. Para el año 1964 se pensaba ya en actividades de promoción, prevención y recuperación en la salud en el ámbito familiar por lo cual se creó el Policlínico Integral en donde se prestaban los servicios de salud sobre la población de un área geográfica determinada.

Sin duda alguna, Cuba logró un Sistema Nacional de Salud eficiente con funciones claras que aseguran la sostenibilidad, basado en la igualdad en salud y dando como prioridad la APS y sus acciones de promoción y prevención, dentro de las principales fortalezas del sistema de salud cubano. Para enfrentar las situaciones en salud se encuentran la Integralidad en las acciones de intervención y el alcance de los servicios, accesibilidad universal y gratuita a toda la población; evaluación sistemática y participación activa de la Comunidad y las organizaciones sociales (Jardines Méndez, 1995): Cuba es un ejemplo demostrable que las condiciones de salud de una población pueden ser cada vez mejor incluso con condiciones económicas adversas (Franco, M., Kennelly, J. F., Cooper, R. S., & Ordúñez-García, P., 2007).

La Atención Primaria en Salud, ejerce un papel fundamental para el buen funcionamiento de un sistema de salud, debido a que permite ofrecer una atención más eficiente y equitativa de acuerdo a las necesidades propias de una población. En Colombia, la APS se desarrolló por una acción intersectorial dada por la colaboración de otras Instituciones del Gobierno, por ejemplo el Programa Sectorial de Ampliación de Coberturas de Salud, el Plan de Alimentación y Nutrición (PAN), y el Programa de Atención Integral de la Familia, los cuales fueron aplicados por los Gobiernos de Cesar Gaviria, Ernesto Samper y Álvaro Uribe Vélez entre los años 1996 y 2005 como componentes de políticas sociales.

La APS en el país inicia con las Unidades Primarias de Atención (UPA), participación comunitaria y programas sectoriales de intervención colectivos (Vega Romero, R., Acosta Ramirez, N., Mosquera Méndez, P. A., & Restrepo Velez, O., 2009). Las UPA llevan a cabo actividades como: la asistencia médica con promotoras y personal auxiliar de salud, el suministro de medicamentos formulados por médicos, la

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

educación nutricional, la vacunación y la vigilancia epidemiológica, la promoción de la construcción de sistemas de abastecimiento de agua e instalación de filtros caseros, la educación para la disposición de basuras, el control de zoonosis y el mejoramiento de la vivienda.

Originalmente, la APS fue fundamentalmente selectiva, dirigida principalmente a población vulnerable en cuanto a la ampliación de coberturas, simultáneamente con actividades para la prevención de enfermedades de la infancia y relacionadas con enfermedades infecciosas la maternidad, dejando a un lado la Atención Primaria en Salud Integral (APSI) y la articulación médica y hospitalaria orientadas a las actividades comunitarias (Vega Romero, R., Acosta Ramirez, N., Mosquera Méndez, P. A., & Restrepo Velez, O., 2009).

En 2004, en Bogotá, se aplica bajo la autoridad de la Secretaria de Salud de Bogotá, la estrategia "Salud en el hogar", con enfoque de APSI, en torno a la participación familiar y comunitaria, basada en las necesidades de la población de seis localidades de la ciudad de Bogotá, teniendo como prioridad el derecho a la salud equitativo, solidario y la autonomía ciudadana. La APSI se ejecutó dentro de la red de instalaciones de atención en salud de primer nivel y con especial prioridad en población vulnerable de estratos 1, 2 y 3 (Mosquera, P. A., Hernández, J., Vega, R., Martínez, J., & San Sebastián, M., 2013). Este programa logro efectividad en estratos 1 y 2, teniendo en cuenta que seis años después, la cobertura total era del 40,36% para un total de 1.497.750 personas, con 358 equipos básicos de atención que contribuían a mejorar las necesidades poblacionales.

4.2. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

La evaluación de la APS es considerada como instrumento clave para la mejora continua de la calidad de la atención y posibilita que una toma de decisiones se realice basada en la evidencia. En ésta evaluación se deben valorar aspectos como la capacidad asistencial o estructura, la práctica o proceso, y el producto o resultados de la atención (Villalbí, J. R., Pasarín, M., Montaner, I., Cabezas, C., & Starfield, B., 2003).

Una de las tareas importantes en la evaluación de la APS, consiste en alinear las preguntas al modelo del sistema de salud del país (Haggerty, J., & Martin, C. M., 2005). Por ejemplo, en Canadá se realizó la evaluación de la APS, identificando preguntas teniendo en cuenta la política Nacional de Canadá, que sirvieran como método de recolección de información acerca de las actividades, resultados de la atención de todo el sistema de APS.

Las preguntas identificadas en la anterior evaluación fueron presentadas ante un grupo de expertos en APS quienes hicieron claridad de los objetivos de APS y determinaron cuáles preguntas eran claves teniendo en cuenta los indicadores a evaluar. En esta evaluación, se plantearon siete objetivos correlacionando la APS y el modelo de salud Canadiense. Así se determinaron trece áreas de evaluación, correspondientes a los siete objetivos planteados, con 19 preguntas claves correspondientes a cada objetivo.

La renovación de la APS en Canadá, sirvió para el desarrollo de un marco de evaluación para determinar y comparar el desempeño de la APS en Latinoamérica. En 2009, Haggerty, J. L., Yavich, N., et al, analizaron la relevancia y pertinencia de la aplicación de dicho modelo en escenarios latinoamericanos donde por medio del método Delphi, se buscaba encontrar un consenso entre expertos en la evaluación de la APS, dichos expertos reformularon la estrategia de evaluación canadiense con el argumento de que ésta fue desarrollada a la medida de un sistema único y público (Canadiense), frente a la existencia de sistemas de salud segmentados y se adecuó para la aplicación en subsistemas públicos (Latinoamericanos). Nuevamente es de resaltar que la información, indicadores e instrumentos de recolección de evaluación deben ser adecuados y aplicados dependiendo de los contextos a evaluar (Haggerty, J. L., Yavich, N., & Báscolo, E. P., 2009).

Se han desarrollado distintos modelos para la evaluación de la APS, para facilitar el análisis de los resultados de un programa o intervención, algunos de estos se han utilizado única y exclusivamente para una evaluación, mientras que otros son diseñados tanto para guiar el desarrollo de una intervención como para evaluar sus resultados.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

Un ejemplo de este tipo de modelos fue el implementado en éste trabajo de grado, el RE-AIM, el cual tuvo su primera publicación en el año 1999 en la Revista Americana de Salud Pública y fue desarrollado para evaluar condiciones cotidianas del mundo real, que posterior a varias revisiones sigue siendo considerado el "estándar de oro" para la toma de decisiones y lineamientos (Glasgow, R. E., Vogt, T.M., & Boles, S.M, 1999).

El marco RE-AIM (Glasgow, Vogt, & Boles, 1999) fue concebido como una herramienta de traducción para evaluar el impacto de la promoción de la salud pública mediante la identificación de cinco elementos básicos de evaluación (alcance, eficacia o efectividad, adopción, implementación y mantenimiento). El uso de RE-AIM se ha utilizado también como orientación para la planificación, implementación, mantenimiento de programas por proveedores comunitarios (Cano Gaviria, 2002). Dado que las dimensiones anteriores son esenciales para abordar la APS de manera integral buscando responder de manera adecuada a las necesidades poblacionales, se decidió implementar este modelo para la prueba piloto del trabajo de grado.

En cuanto al marco RE-AIM, Ory MG, et al, realizaron en 2009, un estudio de caso descriptivo de la implementación del marco RE-AIM en la promoción de los programas para adultos mayores en 27 estados de Estados Unidos, en donde se realizaron encuestas a los proveedores de servicios. Como resultados se obtuvieron que el 75% de los participantes estuvieron de acuerdo en que los diferentes elementos RE-AIM eran fáciles de entender y 32,5% consideraron que era difícil medir la aplicación exitosa de los elementos del RE-AIM, además, cuando se indago sobre la supervisión de elementos RE-AIM, el 35% considero que centrarse en uno o dos elementos era más útil, en comparación con el 57,5% que considero que es mejor hacer un seguimiento de todos los elementos del marco de evaluación. El marco RE-AIM proporciona orientación para describir, medir y evaluar la ejecución de un programa.

El modelo RE-AIM, ha sugerido unos tiempos mínimos para la evaluación de la APS, por ejemplo para evaluar la dimensión de "implementación", debe haber sido ejecutado el programa entre 6 meses a un año y ésta dimensión relacionada con la eficacia para determinar la efectividad (una de las medidas para medir la implementación de un programa es la adherencia que tienen los beneficiarios al mismo); mientras tanto para la dimensión "mantenimiento" determinada como, hasta qué punto una política o programa se convierte en rutina y parte de la cultura cotidiana, sugieren dos o más años (Glasgow, R. E., Vogt, T.M., & Boles, S.M, 1999). Los autores recomiendan entonces, realizar investigaciones posteriores que permitan definir los tiempos óptimos de implementación de un programa para evaluar las distintas dimensiones de la APS.

El anterior estudio coincide con lo analizado en 2003, por Villalbí et al., en donde se afirma que la evaluación debe tener una visión integral, dado que si se realiza parcial o separadamente de aspectos específicos, no permitirá comprender completamente el significado de los hallazgos y por tanto no servirá para mejorar. La metodología empleada en ambos casos ha demostrado ser un método fácil, rápido y accesible para evaluar y supervisar el desempeño de la estrategia de APS.

Según Villalbí et al., en 2003, una de las diversas fuentes de información más importante es la opinión de los usuarios. Por ejemplo, en Santander se realizó la evaluación del programa de APS "MAPIS", en donde se eligieron tres municipios con mayor desarrollo del programa y otros tres con un menor desarrollo, para un total de seis municipios. En este estudio, se tuvo en cuenta la perspectiva de los usuarios por medio del uso de herramientas de investigación cualitativa, por medio de observación participativa con grupos focales de la Comunidad; además, fueron incluidos los funcionarios en salud, no solo con cargos administrativos sino también con cargos operativos.

Una de las ventajas del modelo RE-AIM, es que puede ser aplicado en la toma de decisiones de modo comparativo, porque tiene en cuenta el alcance propuesto, además al tener en cuenta las cinco dimensiones puede ser aplicado en intervenciones ambientales generando un valor añadido al participar con impacto anticipadamente, abordando consecuencias adversas e inesperadas (King, D. K., Glasgow, R. E., & Leeman-Castillo, B., 2010).

No obstante, existen otros modelos para la evaluación de la APS, por ejemplo el modelo PCAT (Primary Care Assessment Tool), una de las herramientas de evaluación de APS es la diseñada por Starfield: Primary Care Assessment Tool (PCAT), compuesta de preguntas útiles para medir las funciones esenciales de primer contacto: continuidad, coordinación e Integralidad y las funciones secundarias de enfoque familiar: Orientación Comunitaria y competencia cultural.

El instrumento tiene como ventaja la obtención de información similar desde diferentes perspectivas y el hecho de que pueda ser respondida por: usuarios de servicios de APS, proveedores en salud, administradores de centros de salud o expertos en sistemas sanitarios (Starfield, B., & Shi, L., 2002). Además, éste tipo de cuestionarios se componen de preguntas para medir las funciones esenciales de primer contacto, continuidad, coordinación e integralidad, así como las funciones secundarias de enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural, descritas por Bárbara Starfield (Starfield, B., & Shi, L., 2002).

En general, la estimación de expertos con respecto a éste tipo de modelo (PCAT), ha demostrado la adecuada y significativa confiabilidad de los tests, de hecho han confirmado su validez factorial (Berra, S., Rocha, KB., Rodríguez-Sanz, M., Pasarín, MI., Rajmil, L., Borrell, C., et al, ; Rocha, KB., Rodríguez-Sanz, M., Pasarín, MI.,

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

Berra, S., Gotsens, M., Borrell, C., 2011). Sin embargo, para lograr obtener este tipo de resultados, es indispensable, que las versiones que se adaptan en cada país mantengan la calidad de las originales en cuanto a su validez y fiabilidad, pero a su vez que logren adecuarse al contexto cultural donde serán utilizadas.

En Argentina, se implementó el modelo PCAT en personas adultas, en donde se obtuvieron en total 104 ítems, 91 correspondientes a la versión original del instrumento y 13 ítems propuestos durante la adaptación al país. Como conclusión importe acerca de la propuesta de PCAT en versión argentina, se logró validez y fiabilidad adecuadas, debido a una comprobación de las propiedades métricas del instrumento que ofreció garantía en la calidad de la medición. (Berra, S., Hauser, L., Audisio, Y., Mántaras, J., Nicora, V., Oliveira, M. M. C. D., & Harzheim, E., 2013)

En 2004, en Bogotá, Mosquera P.A., et al, evaluaron mediante un estudio transversal el desempeño de seis dimensiones de la estrategia de APS (primer contacto, accesibilidad, longitudinalidad, amplitud, coordinación, enfoque familiar y con Orientación Comunitaria), en los usuarios (adultos, adultos cuidadores de niños, adultos mayores y personas con discapacidad) y la dimensión de la distribución de los recursos financieros evaluada únicamente en los administradores de salud, en seis localidades, mediante la herramienta (PCAT). Dentro de los resultados, los usuarios calificaron la accesibilidad en una puntuación intermedia y percibieron que las dimensiones más débiles correspondieron al enfoque familiar y orientación de la Comunidad; y los administradores de salud calificaron como débil a la distribución de recursos financieros (Mosquera, P. A., Hernández, J., Vega, R., Martínez, J., & San Sebastián, M., 2013).

4.3. PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE SOACHA.

4.3.1. Población blanco caracterizada

En el municipio de Soacha para el año 2016, se reporta una población de 522.442 habitantes (Alcaldía de Soacha & Dirección municipal, 2016). Sin embargo, la alcaldía de Soacha identifica la necesidad de contar con un nuevo censo actualizado que permita disponer de información más reciente frente al total de la población. De esta forma, viene realizando gestiones ante el Departamento Nacional de Planeación (DNP), debido a que la población de Soacha cuenta verdaderamente con alrededor de 1.200.000 personas actualmente; de las cuales, el estrato 1 prevalece con un 61% y el estrato dos con 27%; la anterior estimación realizada por la Secretaria municipal de Soacha, a partir de la identificación del establecimiento de proyectos de vivienda que el municipio ha llevado a cabo a partir del año 2014, y la

caracterización de familias que el programa de APS ha ejecutado, 4.443 entre diciembre de 2016 a marzo 31 de 2017, (que corresponden a 14.516 habitantes aproximadamente. Del total de la población real estimada para el municipio (1.200.000 personas), el 72% de la población se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), régimen contributivo y el 28% al régimen subsidiado.

Teniendo en cuenta la poblacional aproximada de 1.200.000 habitantes, la Secretaria de Salud de Soacha proyecta la implementación del Programa de Atención en Salud bajo el Enfoque de Atención Primaria para la Equidad y el Desarrollo Humano de 2016 a 2020, para lograr la atención de aproximadamente 77.044 familias, de 4,5 personas en promedio, que corresponden a 347.000 habitantes, es decir, aproximadamente al 30% de los 1.200.000 habitantes.

4.3.2. Distribución de las comunas por cuadrantes

El programa de APS dirigido por la Secretaria de Salud de Soacha, realizó un contrato inicial con la Red Pública coordinada por la Gobernación de Cundinamarca, para caracterizar a 11.288 familias con corte al 31 de mayo de 2017 y a 77.403 familias durante los siguientes cuatro años de implementación del proyecto (2016 a 2020), por medio de la implementación del Programa de Atención en Salud bajo el Enfoque de Atención Primaria para la Equidad y el Desarrollo Humano con la caracterización de las familias por "cuadrantes". Lo anterior es sustancial, ya que no existe información fidedigna del tamaño poblacional real de Soacha, por tanto, la población de las seis comunas y dos corregimientos por cuadrantes para este proyecto, se logró obtener a partir de la caracterización realizada hasta el 31 de marzo de 2017.

COMUNAS Y/O CORREGIMIENTOS	CORREGIMIENTOS	Cantidad de familias caracterizadas por cuadrante	Cantidad familias caracterizadas por comuna	Cantidad de individuos caracterizadas por cuadrante	Cantidad individuos caracterizadas por comuna
1. Compartir	1	121	859	288	2472
	2	215		611	
	3	314		949	
	4	209		624	
2. Soacha Central	1	348	422	1351	1719
	2	12		57	
	3	12		37	
	4	50		274	
3. La despensa	1	466	566	2084	2408
	2	3		21	
	3	1		0	
	4	96		303	
4. Cazucá y Ciudadela Sucre	1	1	1196	0	4054
	2	8		31	
	3	71		160	
	4	1116		3863	
5. San Mateo	1	95	443	266	1341
	2	34		95	
	3	262		832	
	4	52		148	
6. San Humberto	1	279	512	839	1421
	2	101		233	
	3	26		68	
	4	106		281	
Corregimiento 1	1	182	362	475	852
	2	107		218	
	3	39		96	
	4	34		63	
Corregimiento 2	1	10	83	37	249
	2	-		-	
	3	70		180	
	4	3		32	
TOTAL		4443		14516	

Tabla 3. Población caracterizada según la distribución de las comunas por cuadrantes para estrategia de APS en el municipio de Soacha con corte al 31 de marzo de 2017. Fuente: Elaboración propia tomado de (Secretaría de Salud de Soacha, 2015).

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Evaluar los atributos Integralidad, Acceso y Orientación a la comunidad de la APS, por medio de la implementación del modelo de evaluación RE-AIM, en el programa de Atención Primaria en Salud de la Secretaria de Salud del municipio de Soacha "Modelo integral de atención en salud bajo el enfoque de atención primaria".

5.2. Objetivos Específicos

- Implementar un modelo de evaluación para el "Modelo integral de atención en salud bajo el enfoque de atención primaria" aplicado únicamente al proyecto de *Cuadrantes Saludables*.
- Elaborar y aplicar una prueba piloto para la evaluación de tres atributos: Integralidad, Acceso, y Orientación Comunitaria del "Modelo integral de atención en salud bajo el enfoque de atención primaria".

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

6. JUSTIFICACION Y PROPÓSITO

La APS es considerada como un servicio de cuidado en salud fundamental que aplica metodología sencilla y que se soporta científicamente, es aceptada por la Comunidad, beneficia a todos sin discriminación alguna, y logra involucrar a la Comunidad en su desarrollo, a un costo razonable (Vega Romero, R., Acosta Ramirez, N., Mosquera Méndez, P. A., & Restrepo Velez, O., 2009).

Según (Delgado Yepes, 2006), "la APS aplica los resultados pertinentes de investigaciones relacionadas con poblaciones, servicios de salud, biomédicas, en salud pública, para que a partir de dicho conocimiento se genere una praxis transformadora", así, ha venido cumpliendo un papel fundamental para el logro eficiente de sistemas de salud, debido a que ofrece atención equitativa y objetiva teniendo en cuenta las necesidades de la población, buscando integrar a la Comunidad y al personal de salud, intentando subsanar las limitaciones del personal en salud, privilegiando la medicina ambulatoria y apartándose un poco del modelo habitual hospitalario.

Son muchas las razones que justifican el hecho de que la APS deba retormarse, por ejemplo, (Cano Gaviria, 2002) explica la importancia desde la perspectiva de equidad en algunos países, demostrando que con un valioso compromiso político es viable forjar mayor Acceso equitativo en términos de oportunidades igualitarias, a partir de la identificación de las distintas condiciones de vida que posee la población (Cano Gaviria, 2002).

Por otra parte, por medio de la educación en salud, la APS realiza un énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, generando a corto y mediano plazo una reducción marcada en la demanda por complicaciones generadas al no realizar una oportuna detección de las distintas patologías teniendo en cuenta también aspectos de racionalidad y eficiencia en los recursos con los cuales se cuenta (Delgado Yepes, 2006).

Cuba y Costa Rica implementaron la APS, demostrando que es una propuesta incluyente, con mayor movilización de recursos, mayor proyección comunitaria y sinérgica con el sector educativo (Ordóñez C., 1995). La experiencia particular de Cuba logra impactar de manera positiva la accesibilidad. Según (Delgado Yepes, 2006) "*La adecuada coordinación de los diferentes niveles de atención desde una filosofía incluyente permitirá que el diálogo Comunidad – instituciones resuelva los problemas demandados*". En Colombia, no es novedoso el hecho de que en el SGSSS, la calidad en la atención, sigue siendo un inconveniente. Así, el impacto en la calidad de los servicios de salud por medio de la APS, se determina al trabajar con

aspectos como la legitimidad, la aceptabilidad, la participación activa de la Comunidad y la seguridad de los servicios.

El "Modelo integral de atención en salud bajo el enfoque de atención primaria" en el municipio de Soacha, tiene relevancia al contribuir con la política de salud municipal y departamental; sin embargo, y dado que, con tan solo un año de haberse implementado este modelo, resulta entonces fundamental realizar una evaluación integral, que incluya aspectos como la cobertura, la efectividad, la adopción, la implementación y el mantenimiento según el modelo enunciado de Glasgow et al.

Según Villalbi et al, la evaluación es considerada como instrumento clave para la mejora continua de la calidad de la atención y posibilita que una toma de decisiones se realice basada en la evidencia (Villalbí, J. R., Pasarín, M., Montaner, I., Cabezas, C., & Starfield, B., 2003).

Se propone un modelo de evaluación del "Modelo Integral de Atención en Salud bajo el Enfoque de Atención Primaria" aplicado únicamente al proyecto de *Cuadrantes Saludables* y la realización de una prueba piloto, a través de encuestas (físicas) que aborden preguntas que permitan una evaluación integral de los tres atributos de APS: Integralidad, Acceso, y Orientación Comunitaria por medio del modelo RE AIM, las cuales podrán mostrar los niveles de satisfacción de los Profesionales en Salud, la Comunidad y los tomadores de decisiones para así servir en la comprensión integral de los aciertos, dificultades y lecciones aprendidas en el desarrollo de la evaluación.

Se espera que con los resultados alcanzados por medio de la realización de este trabajo de grado, existan dos beneficiarios: 1. La Subsecretaria de Planeación y Gestión Integral de la Secretaria Municipal de Salud de Soacha, para el fortalecimiento de aquellos resultados positivos y/o corrección de los "potenciales" errores encontrados en los atributos seleccionados y evaluados, para mejorar la calidad del Programa implementado en Soacha, y que esta evaluación pueda ser replicada de alguna forma en los otros tres proyectos del "Modelo Integral de Atención en Salud bajo el Enfoque de Atención Primaria" y 2. La autora del trabajo de grado, para la formación en la elaboración de este y en cumplimiento del requisito para la obtención del título de la maestría en Administración en Salud de la Pontificia Universidad Javeriana.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

7. METODOLOGÍA

7.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

El diseño del estudio correspondió a un estudio descriptivo de corte transversal, utilizando variables cualitativas y cuantitativas.

7.2. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO MUNICIPAL DE LOS ATRIBUTOS DE LA APS: Integralidad, Acceso y Orientación Comunitaria.

Dado que la APS tiene varios atributos: Acceso, puerta de entrada, vínculo, Integralidad, coordinación, enfoque familiar, orientación a la Comunidad y enfoque familiar (Starfield, B., & Shi, L., 2002), se eligieron tres atributos de ésta para la ejecución de la prueba piloto en la implementación del modelo de evaluación seleccionado RE –AIM en el programa de “Atención en salud bajo el enfoque de atención primaria para la equidad y el desarrollo humano en el municipio de Soacha”: Integralidad, Acceso, y Orientación Comunitaria. La elección de los atributos se efectuó teniendo en cuenta la reciente implementación del programa de APS (menor a un año), lo que dificultó la medición del total de los atributos, además, esta elección se realizó con base en las problemáticas presentadas en el municipio como por ejemplo: el autocuidado deficiente relacionado con las altas tasas de fecundidad en adolescentes, las enfermedades transmisibles como el VIH-SIDA y la sífilis; la desnutrición como resultado del problema de inseguridad alimentaria y nutricional, el déficit en los controles prenatales en mujeres embarazadas, la superpoblación, y demás problemas mencionados anteriormente, además. A continuación, se presentan los atributos de APS seleccionados, con la explicación de su importancia en la evaluación de la Atención Primaria en Salud.

7.2.1. ATRIBUTOS DE APS SELECCIONADOS

7.2.1.1. Integralidad

Corresponde a la identificación de las necesidades de salud de los pacientes y de respuesta del sistema de salud a éstas. Evalúa los servicios disponibles dirigidos a dar respuesta a las necesidades y problemáticas de salud de la población usuaria, cubriendo los diversos componentes de la atención en salud: promoción, prevención, curación, rehabilitación (Mosquera, P. A., Hernández, J., Vega, R., Martínez, J., & San Sebastián, M., 2013). La Integralidad cubre todas las necesidades de salud (orgánico, psíquico y social). Ofrece servicios preventivos y curativos, refiriéndolos cuando sea necesario (Starfield, B., & Shi, L., 2002). Este atributo en el Programa

de atención en salud bajo el enfoque de atención primaria para la equidad y el desarrollo humano en el municipio de Soacha, presenta las siguientes ventajas:

- Asegura que los servicios se ajusten a las necesidades de salud de la población.
- Determina los métodos de prevención centrados en la población y los separa de aquellos que son centrados a grupos poblacionales específicos (Rosas Prieto, A. M., Narciso Zarate, V., & Cuba Fuentes, M. S., 2013).
- Permite dar una mirada más amplia acerca de la relación existente entre los servicios preventivos y curativos que aporta el programa a la población.

7.2.1.2. Acceso

Dado que en el municipio de Soacha se evidencian barreras geográficas y económicas para acceder a los servicios de salud, se decide evaluar el Acceso como la capacidad de utilización de los servicios, dados por la ausencia de barreras económicas, geográficas, organizacionales y culturales (Mosquera, P. A., Hernández, J., Vega, R., Martínez, J., & San Sebastián, M., 2013). La accesibilidad está relacionada con la puerta de entrada o punto de primer contacto. Según (Starfield, B., & Shi, L., 2002), la accesibilidad es definida como la puerta de entrada al sistema de salud; punto de inicio de la atención y filtro para acceder a los servicios especializados. Debe ser el centro de atención primaria, donde se deben resolver la mayoría de los problemas de salud y donde los médicos decidirán si el problema es lo suficientemente grave, como para requerir de la atención especializada. A continuación se presentan las ventajas de evaluar éste atributo de la APS.

- El acceso fácil a la atención médica disminuye la mortalidad y morbilidad.
- Al mejorar el acceso a la atención primaria, se mejora la identificación y resolución de los problemas de los pacientes.
- Se asocia a una mejor continuidad asistencial con el médico.
- Al realizar un buen "filtro", se va a conseguir un menor uso de especialistas y de los servicios de urgencias.
- Se obtiene un menor porcentaje en costos globales en salud.
- Se logra un menor uso de pruebas diagnósticas ya que se ha demostrado que el uso de éstas en pacientes con bajo riesgo de enfermarse, presentan resultados no concluyentes y en muchos casos pueden originar la solicitud de otras pruebas diagnósticas o tratamientos innecesarios (Rosas Prieto, A. M., Narciso Zarate, V., & Cuba Fuentes, M. S., 2013).

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

7.2.1.3. Orientación Comunitaria

Teniendo en cuenta las necesidades de salud del entorno, se fomenta la participación comunitaria en la definición de necesidades y alternativas de intervención. La Organización Mundial de la Salud ha identificado la Orientación Comunitaria como base para una estrategia integral de APS, debido a la estrecha relación de esta dimensión con las posibilidades de reforzar la acción intersectorial y la participación de la Comunidad (OMS/OPS, 2008). Además, permite que la APS actúe sobre los determinantes sociales (Vega Romero, R., Acosta Ramirez, N., Mosquera Méndez, P. A., & Restrepo Velez, O., 2009).

7.2.2. MODELO UTILIZADO: MARCO RE-AIM

El modelo de evaluación RE-AIM, corresponde a un cuestionario el cual consta de una serie de preguntas específicas cerradas, aplicado a tres actores; *Usuarios, Profesionales de la salud y Tomadores de decisiones*. La información recolectada busca establecer el desempeño organizacional de los servicios de APS que son: acceso; puerta de entrada; vínculo; portafolio de servicios, coordinación, enfoque familiar, formación profesional.

Este modelo, se tradujo del portugués al español, dado que su versión original se encuentra en este idioma; posteriormente adaptado a la población colombiana y previamente validado por expertos. Esto se debió a que éste modelo fue implementado en la *evaluación* de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia y permitió la evaluación integral del programa de APS en Santander (MAPIS) más allá de las evaluaciones convencionales centradas en indicadores de cobertura y eficacia o efectividad (Villamizar, L. A. R., Rodríguez, M. R., & Ramírez, N. A., 2016).

La obtención del instrumento (para fines académicos del trabajo de grado), se logró a través de un proyecto de análisis de las experiencias de implementación de la APS en Bogotá y Santander en el año 2012, realizado en alianza con la Universidad Javeriana, financiado por Colciencias, la Secretaría de Salud de Santander y la Universidad Industrial de Santander (Villamizar, L. A. R., Rodríguez, M. R., & Ramírez, N. A., 2016). Se contactó vía correo electrónico a su co-investigadora, la Dra. Naidu Acosta quien facilito el instrumento validado en español.

Ahora bien, respecto a la prueba piloto realizada en la comuna 4 (Cazucá) al nororiente del municipio de Soacha, del instrumento, se eligieron *únicamente* las secciones relacionadas específicamente con los tres atributos de APS a evaluar: *Integralidad, Acceso y Orientación comunitaria*, estas fueron respondidas por los tres actores involucrados. Todos los formularios contaron con información general de identificación del actor evaluado: Usuario pertenecientes a la comunidad,

Tomadores de decisiones y Profesionales en salud. Cabe resaltar, que para el grupo de los usuarios de la comunidad, se incluyeron datos socio-demográficos específicos antes de realizar las preguntas relacionadas con cada uno de los atributos a evaluar, así como datos sobre los servicios con los que contaba la población, o grado de satisfacción de la salud del usuario. Los formularios aplicados en cada actor se encuentran disponibles en el Anexo 1.

Así, para la los usuarios en la *Comunidad*, en relación a la evaluación de los atributos de APS, se seleccionaron 39 preguntas cerradas, de las cuales 14 preguntas correspondieron a los atributos de Acceso y de Puerta de entrada, 19 preguntas evaluaron la Integralidad (portafolio de servicios) y 6 preguntas se relacionaron con la Orientación Comunitaria. Para el grupo de tomadores de decisiones, se seleccionaron 40 preguntas, de las cuales 11 preguntas correspondieron a los atributos de acceso y de puerta de entrada; 22 preguntas evaluaron la integralidad (portafolio de servicios) y 7 preguntas evaluaron la orientación comunitaria.

Finalmente, en el grupo de *Profesionales en salud*, 11 preguntas fueron seleccionadas sobre el acceso y puerta de entrada; 21 preguntas evaluaron la integralidad (portafolio de servicios) y 7 preguntas evaluaron la orientación comunitaria, para un total de 39 preguntas. Lo anterior se evidencia en la tabla 4.

Tabla 4. *Numero de preguntas elegidas para cada formulario de evaluación según el modelo RE-AIM, sobre las dimensiones de APS evaluadas. Fuente: Elaboración propia.*

DIMENSIÓN O ATRIBUTO DE APS	ACTOR EVALUADO		
	Preguntas para usuarios de la comunidad	Preguntas para Tomadores de decisiones	Preguntas para Profesionales en salud
Acceso	14	11	11
Integralidad	19	22	21
Orientación Comunitaria	6	7	7
TOTAL	39	40	39

7.2.3. RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA

Se realizó la evaluación con los tres actores involucrados en un programa de APS (profesionales en salud, usuarios de la comunidad y tomadores de decisiones), dado que en estudios como el de Santander, en donde se realizó la evaluación del programa de APS "MAPIS" se tuvo en cuenta la perspectiva de los usuarios y funcionarios de salud con cargos administrativos y operativos (Villalbí, J. R., Pasarín, M., Montaner, I., Cabezas, C., & Starfield, B., 2003), o como en el caso de Bogotá en donde se evaluó mediante un estudio de corte transversal, el desempeño de seis

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

dimensiones de la estrategia de APS, bajo la perspectiva de los usuarios, gerentes y profesionales en salud (Mosquera, P. A., Hernández, J., Vega, R., Martínez, J., & San Sebastián, M., 2013), lo cual ha demostrado que al incluir en la evaluación a los tres actores, se permite una visión más amplia de los resultados (Starfield, B., & Shi, L., 2002).

7.2.3.1. Muestra de Comunidad

La comuna 4 (Cazucá), fue elegida teniendo en cuenta la cobertura en la caracterización de la estrategia de APS y representatividad poblacional, es decir; ésta fue la comuna con mayor cantidad de habitantes caracterizados (4054 usuarios) desde diciembre de 2016 hasta la fecha de corte del 31 de marzo de 2017. Acogiendo la experiencia previa sobre la evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud (Romero, R. V., Collantes, J. M., & Ramírez, N. A.,), se calculó el tamaño de muestra significativa de la población correspondiente a la comuna 4 mediante la fórmula que permite detectar el tamaño significativo de la población de estudio. Para los parámetros de confiabilidad, poder del estudio, desviación estándar y diferencias entre los índices agregados se obtuvieron los resultados previamente descritos en la tabla 4.

$$\alpha = 0.05, \beta = 0.15, \delta = 0,5 \text{ y } \sigma = 0.9$$

Así, se tuvo en cuenta para el cálculo de la muestra, un error α de 0,05; diferencia esperada entre cuadrantes de 0,5; con una desviación estándar de 0,90; y una potencia del 15%, obteniendo los siguientes tamaños de muestra:

Tabla 5. Cantidad de habitantes elegidos en la comuna 4. Fuente: Elaboración propia tomado de (Secretaría de Salud de Soacha, 2015).

COMUNA O CORREGIMIENTO	CANTIDAD DE HABITANTES CARACTERIZADAS POR COMUNA	MUESTRA SIGNIFICATIVA HABITANTES POR COMUNA	CANTIDAD DE HABITANTES SELECCIONADOS
4	4.054 H*	118	150

* Número de habitantes caracterizados

7.2.3.2. Muestra de Profesionales en Salud

Del conjunto total de profesionales (120), se tomaron en total 50 Profesionales en Salud que corresponden a la sumatoria de todos aquellos profesionales en salud que han tenido algún tipo de intervención con las personas de la comuna 4, de los cuales 9 son correspondientes al Equipo de Respuesta Inicial (ERI); 20 del Equipo de Respuesta Complementaria (ERC) y 13 correspondientes al Equipo de Respuesta

Básica (ERB). Dado que no es una elección probabilística, el criterio de elección de los profesionales en salud consistió en que los resultados correspondientes a la comuna 4, fueran más fidedignos si se obtenía la información de los profesionales en salud que han realizado intervención en esta comuna.

7.2.3.3. Muestra de tomadores de decisiones o gestores

El grupo de tomadores de decisiones incluye 8 personas: Director de la Secretaría Municipal, 2 directoras de aseguramiento y salud pública, 2 gerentes de los hospitales, 2 subgerentes de hospitales y el coordinador del proyecto. El formulario se aplicó a todo el grupo, dado el pequeño tamaño de la muestra.

Cabe resaltar que, los tamaños de muestra por actores fueron modificados a lo largo de la planeación metodológica inicial, específicamente para los usuarios de la comunidad y para los profesionales en salud. Entre las razones por las cuales se modificó el tamaño de muestra de los actores se encuentran:

- Dado que el trabajo de grado pretende plantear la propuesta para la evaluación del programa de APS del municipio de Soacha, el análisis por medio de una prueba piloto en una sola comuna, consigue representar los resultados de la percepción del programa de APS en cada uno de los actores.
- Se eligió la comuna con mayor número de habitantes caracterizados con corte a marzo 31 del 2017, porque los resultados obtenidos sobre la percepción del programa de APS en la Comuna 4 (una de las más vulnerables en el municipio), pueden reproducirse a las demás comunas, exceptuando, aquellas comunas menos vulnerables donde los resultados obtenidos no podrán ser reproducibles.
- Existe mayor validez externa al incluir a todos los profesionales en salud que han realizado algún tipo de intervención en los individuos de una comuna que ya han tenido algún tipo de tratamiento o rehabilitación, teniendo en cuenta que éstos profesionales intervienen desde los cuatro equipos de trabajo de APS en cuadrantes saludables (ERI, ERC, ERB y ESI), en lugar de escoger una muestra significativa del total de profesionales en todas las comunas.
- Dado que el tiempo de implementación del Programa de atención en salud bajo el enfoque de Atención Primaria para la equidad y el desarrollo humano en el municipio de Soacha, es menor a un año, los resultados que se obtengan de la evaluación en las otras comunas del municipio de Soacha podrán ser representativos en un periodo mayor de tiempo posterior a su implementación.

7.2.4. PROPUESTA DEL TAMAÑO MUESTRAL PLANEADA PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE APS UNA VEZ FINALIZADO EL PERIODO DE IMPLEMENTACIÓN

A pesar que se realizó la modificación en el tamaño de muestra para el presente trabajo de grado, se efectuó el cálculo de la población para cada una de las comunas

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

y cuadrantes como parte de la metodología; este puede tomarse como referencia futura para cuando el Programa lleve un mayor tiempo de implementación. La propuesta del tamaño muestral planeada para la evaluación del programa de APS, una vez finalizado el periodo de implementación correspondiente a cuatro años (2016 – 2020) se describe en el Anexo 2.

7.3. SELECCIÓN DE PERSONAL PARA EL DESARROLLO DE LA PRUEBA PILOTO

El personal operativo que colaboró en el trabajo de campo (encuestadores, digitador), fueron seleccionados por funcionarios de la gerencia y dirección de la Secretaria de Salud de Soacha, teniendo en cuenta como criterios de elegibilidad, la experiencia de al menos 6 meses en el proceso de recolección de datos y aplicación de encuestas en los hogares objeto de estudio del programa de APS en el municipio de Soacha.

Tabla 6. Selección del personal elegido para el desarrollo de la prueba piloto. Fuente: Elaboración propia.

CARGO O ACTIVIDAD	No. de PARTICIPANTES
Coordinadora operativa general (autora)	1
Coordinadora encargada de Proyecto Cuadrantes Saludables	1
Encuestadores	18
Digitador	1
TOTAL	21

7.4. PERIODO DE APRESTAMIENTO

Al personal seleccionado, se le realizó una capacitación inicial en el mes de agosto de 2017. Esta capacitación estuvo a cargo de la autora del trabajo de grado, se realizó en el auditorio de la Secretaria de Salud de Soacha. Inicialmente, se contextualizó a los participantes sobre el proyecto (trabajo de grado), sus objetivos y la metodología a seguir. Se capacito sobre la estructura y conformación del modelo RE-AIM, y se dio a conocer el instrumento del modelo de evaluación RE-AIM de los tres atributos seleccionados, y los lineamientos generales en cuanto a contenido de cada uno de los formularios, el tipo de preguntas, valoración de las mismas, el tipo de respuestas, metodología del proceso operativo para las encuestas de los usuarios,

entrega y manejo de material tanto físico como en cuanto a la recolección de los resultados en la base de datos, realizada por la autora del Trabajo de Grado.

Por medio de la esta capacitación sobre la aplicación del instrumento, se garantizó la estandarización en las respuestas a las preguntas contenidas en cada formulario y el cumplimiento de la metodología, disminuyendo así las fuentes de error en la aplicación de las mismas.

Además, se realizaron tres reuniones de seguimiento con el personal encuestador entre septiembre y noviembre de 2017, a cargo de la autora del Trabajo de Grado, junto con la Directora del proyecto de Cuadrantes Saludables de la Estrategia de APS en Soacha. En la primera reunión, se recibió retroalimentación de la experiencia del primer grupo de colaboradores que realizaron las encuestas en la Comunidad, en la segunda se obtuvieron referencias primarias acerca de la ejecución de las encuestas, es decir, las personas encuestadoras expresaron las opiniones con respecto a sus visitas y encuestas realizadas y se evidenció que algunos formularios no contaban con la información completa, lo anterior, por razones directamente relacionadas con información que los usuarios no querían mencionar (ver sección de análisis de la información). La tercera y última reunión fue teórico práctica, para tener un mayor control al realizar la recolección de la información. Así, la autora del proyecto se dirigió junto con sus colaboradores a la comuna 4 de Soacha a realizar un número de encuestas específicamente a los usuarios de la Comunidad.

Tanto las encuestas realizadas a los profesionales en salud de las diferentes entidades, como a los tomadores de decisiones, fueron realizadas por personal colaborativo junto con la autora del trabajo de grado, por lo cual no fue necesario capacitar previamente al este personal para la aplicación de estas encuestas.

Posterior a la recolección de la muestra, se sistematizaron las respuestas en una base de datos en Microsoft Excel realizando también una capacitación al digitador sobre cómo debía ser diligenciada. Se realizaron tres sesiones para verificación de la información en la base de datos, durante éstas tres sesiones se tomaron 10 formularios al azar y se verifico que los datos de las respuestas coincidieran con lo digitalizado en la base de datos, para asegurar la confiabilidad de la información.

Además, con el fin de obtener una calidad en la información recolectada, se diseñaron dos formatos para entrega y comprobación de la recolección de la información:

- Formato de entrega de material a personal de trabajo de campo, diligenciado y firmado por la autora del proyecto y por la encargada del grupo de recolección (Anexo 3).

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

- Formato de entrega de material recolectado, diligenciado y firmado por la encargada del grupo de recolección y por la autora del trabajo de grado (Anexo 4).

Finalmente y con el fin de aportar en la construcción del informe anual del programa de APS en el municipio de Soacha, por medio de la ejecución de la prueba piloto y de los resultados que se obtuvieron, se realizó una reunión final, con los directivos de la organización, con el fin de presentar los resultados obtenidos, y dar cuenta de la importancia que tiene la evaluación de la APS con sus diferentes dimensiones.

7.5. METODOLOGIA PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

7.5.1. Etapa 1

Inicialmente, se realizó una caracterización del tamaño de la muestra, por actor, describiendo la cantidad de usuarios, de los tomadores de decisiones y de los profesionales en salud encuestados, y por medio de la información general en cada formulario se analizó la información demográfica para correlacionarla entre los diferentes actores.

7.5.2. Etapa 2

Se estimó el Índice de Desempeño Global (IDG) de APS, definido como una medida de resumen del desempeño de un proyecto, este corresponde a una variable cuantitativa que permite verificar los cambios generados por una intervención pública (Armijo M & Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), 2011).

Para el análisis de la información del desempeño municipal de los tres atributos de la APS (integralidad, acceso, y orientación comunitaria), se obtuvo la distribución de medias, desviación estándar por atributo y por actor. Lo anterior, se realizó calculando el índice de tendencia central con el promedio aritmético de los puntajes (escala de 1 a 6), asignados en la encuesta para cada actor (Profesionales en salud, Usuarios de la comunidad y Tomadores de decisiones) para cada atributo evaluado y, para mejorar su interpretación se transformaron en porcentajes, bajo la escala porcentual asignada en los formularios RE-AIM: nunca (0%); casi nunca (1-20%); algunas veces (21-40%); muchas veces (41-60%); casi siempre (61-80%); siempre (81-100%); siendo los puntajes más altos aquellos con mejores indicadores de desempeño. (Rodríguez, L., Ruiz, M., Acosta, N., 2016; Rodríguez-Villamizar, L. A.,

Acosta-Ramírez, N., & Ruiz-Rodríguez, M., 2013). Para los cálculos anteriores se utilizó el Software R versión 3.4.2.

Por medio del anterior análisis estadístico, se determinó si existe diferencia entre la percepción que tiene cada uno de los tres actores respecto a los tres atributos de la APS seleccionados para su evaluación.

Con el fin de corroborar la diferencia entre la percepción de cada uno de los actores, se realizó una prueba de hipótesis de diferencia de varianzas entre los actores (dos a dos), bajo la prueba estadística Fisher (F), la cual consistió en la comparación de las varianzas entre dos actores según la dimensión específica, con el objetivo final de rechazar o no el hecho de que las varianzas sean iguales, es decir, determinar una variación de la percepción entre dos actores.

7.5.3. Etapa 3

Consta de dos subetapas, en las cuales se puntualizará aspectos relevantes de cada uno de los tres actores.

- *Análisis descriptivo de los tres tipos de profesionales, pertenecientes al Programa de APS en Soacha (ERI, ERC y ERB):*

A partir de los indicadores de tendencia central de los resultados de los tres tipos de profesionales y utilizando la prueba estadística F, se realizó una comparación descriptiva y una "prueba de hipótesis referente a la varianzas e dos poblaciones" enfocada en la percepción de los tres atributos de la APS con relación a los tres tipos de profesionales.

- *Análisis descriptivo de los tomadores de Decisiones, según su lugar de operación.*

Se realizó una comparación descriptiva a partir de las medidas de tendencia central de los resultados de los tomadores de decisiones según el lugar de operación laboral: Secretaria de Salud de Soacha, Hospital Mario Gaitán Yanguas y E.S.E. Municipal, con el fin de observar la articulación entre el tipo de institución al que pertenecen y los resultados obtenidos con respecto a los tres atributos.

Las anteriores etapas permitieron obtener una visión completa y con validez en los resultados del programa de APS en el municipio de Soacha, dada la importancia de los diferentes actores involucrados.

7.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

Se solicitó aprobación al Comité de Ética de la Secretaría de Salud de Soacha. Una vez aprobado el protocolo por el comité se inició el periodo de recolección de la información, previo consentimiento informado por parte de los participantes del estudio (Anexo 5). Este estudio cumple con los principios establecidos según la declaración del Helsinki del 2013 y según "Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud" establecidas en la Resolución No. 008430 Artículo 11 de 1993 del Ministerio de Salud. No presenta riesgos para la salud y la integridad de los actores a evaluar (Ministerio de Salud, 1993). Este trabajo de grado realizó una recolección y análisis de información mediante el instrumento de encuesta (Formulario RE-AIM) dirigido a los actores involucrados en la implementación del programa de APS (profesionales en salud, comunidad y tomadores de decisiones).

7.7. CONSIDERACIONES LEGALES E INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Los destinatarios y receptores de la presente Trabajo de Grado, reconocen y aceptan que toda la información presentada, metodologías, modelo, el plan técnico y su desarrollo, la descripción del trabajo a realizar, la información, tienen el carácter de confidencialidad, y por lo tanto la empresa, compañía, entidad, o institución receptora; así como todas y cada una de las personas en la calidad de subordinados, empleados o dependientes y que tengan acceso a la información con ocasión del presente Trabajo de Grado; se comprometen a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelarla a terceros, todas las informaciones y datos suministrados en la misma (Comisión de la Comunidad Andina, 2000). La cláusula de confidencialidad se regirá por la reglamentación sobre informaciones confidenciales y secretos industriales de que tratan los artículos 260 a 266 de la decisión 486 de la comisión del acuerdo de Cartagena.

7.8. CONSIDERACIONES DE PROPIEDAD INTELECTUAL SOBRE LOS CONTENIDOS

Los destinatarios y receptores del presente trabajo de grado, reconocen y aceptan que el contenido de la misma contiene material, productos o procedimientos, contenidos e información protegida por las normas nacionales y extranjeras vigentes sobre propiedad intelectual. Por lo tanto, cualquier utilización, reproducción, comunicación pública, transformación, distribución, alquiler, préstamo público e importación, total o parcial, en todo o en parte, en formato impreso o digital se encuentran prohibidos, y solo serán lícitos en la medida en que se cuente con la autorización previa y expresa por escrito de la Pontificia Universidad Javeriana.

Todo lo anterior de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente en Propiedad Intelectual, particularmente con lo establecido en el convenio de Berna, el convenio de París; la ley 23 de 1982, ley 44 de 1993, la decisión Andina 351 de 1993, la decisión Andina 345 de 1993, la decisión Andina 486 de 2000, y en general los convenios internacionales sobre la materia de los cuales Colombia es miembro; y demás normas concordantes que las modifiquen o adicionen (Comisión de la Comunidad Andina, 2000; Ministerio de Salud, 1993; Organización Mundial de la Propiedad Intelectual, 1883).

8. RESULTADOS

8.1. Etapa 1. Caracterización del tamaño de la muestra poblacional

A continuación se presenta el análisis de la información general para cada actor utilizando STATA 14.0 y Microsoft Office, Excel 2013.

8.1.1. Usuarios de la comunidad

Características generales

Se realizaron 150 encuestas a los usuarios de la comunidad; se obtuvieron 149 cuestionarios con una tasa de respuesta del 99% (n=149). Se eliminó el formulario número 65, por ausencia de más del 50% de las respuestas. Se realizó la distribución de la muestra poblacional con base en la variable sexo, de los 149 usuarios, 107 (72%) corresponden a sexo femenino y 42 (28%) a sexo masculino.

- Sexo

Tabla 7. *Distribución porcentual del sexo, para las encuestas realizadas a la Comunidad. Fuente: Elaboración propia.*

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	42	28.19
Femenino	107	71.81
TOTAL	149	100.00

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

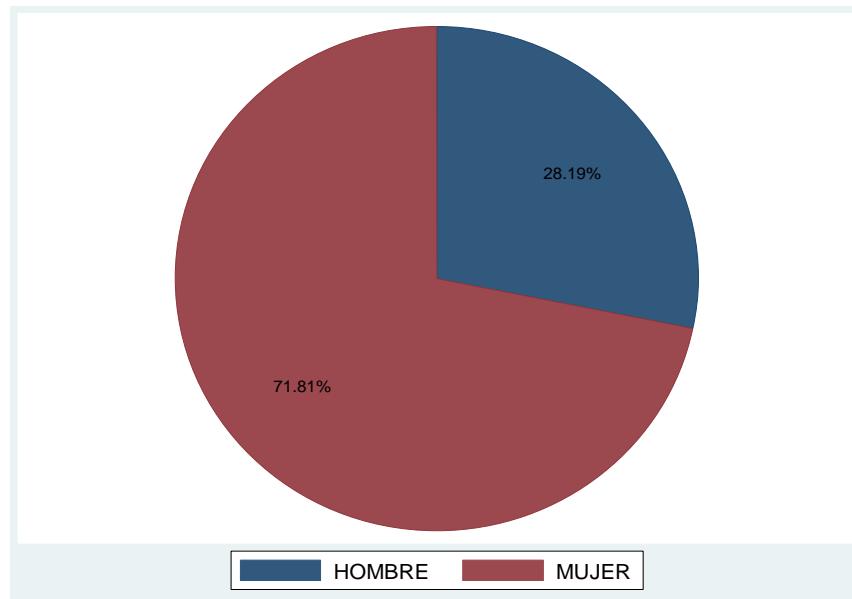


Figura 1. Distribución porcentual por sexo, para las encuestas realizadas a la Comunidad. Fuente: Elaboración propia.

- Edad

La mayor densidad poblacional, se encontró en el grupo de edad comprendido entre los 20 a 39 años. En este el grupo, se encontraron 35 personas (23,49%), seguido del grupo entre los 30 a los 39 años, 34 usuarios (22,82%). El menor grupo poblacional, se encontró entre los 70 a los 79 años de edad, con un total de 10 personas (6,71%), siendo esta última, la edad máxima para la población encuestada.

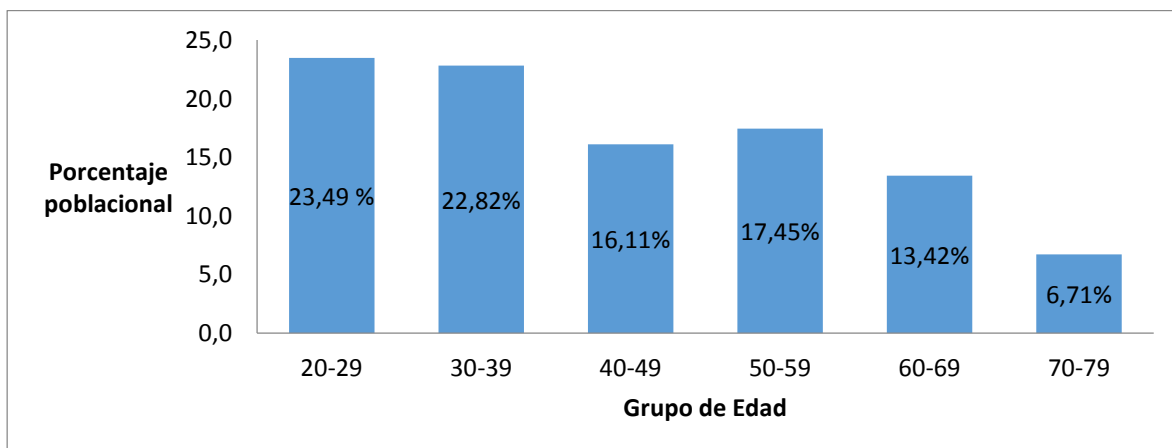


Figura 2. Comportamiento porcentual de los usuarios de la comunidad por grupos de edad. Fuente: Elaboración propia.

Al evaluar la densidad poblacional femenina, se encontró que de las 107 mujeres, 29 mujeres (27,1%) pertenecían al grupo de edad comprendido entre los 30 a los 39 años, seguidas de 28 mujeres (26,1%) en el grupo de 20 a 29 años. En el grupo de mujeres entre de 60 y 69 años se encontraron 9 mujeres (8,4%) y entre los 70 y 79 años se hallaron únicamente 6 mujeres (5,6%), por lo cual, el grupo de mujeres adultas mayores fue reducido.

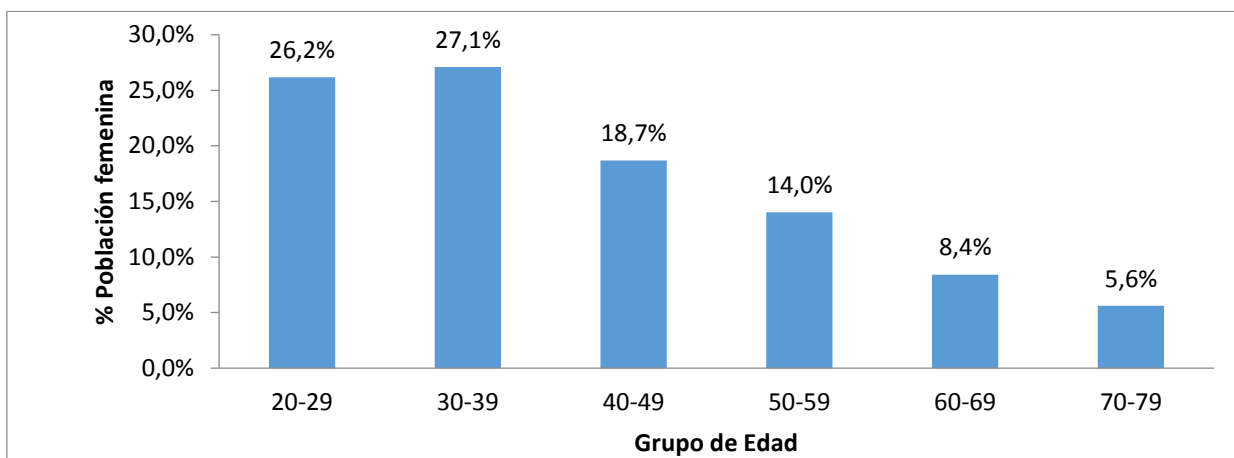


Figura 3. Comportamiento porcentual de la población femenina por rangos de edad. Fuente: Elaboración propia.

El cuanto al sexo masculino, comportamiento masculino demostró que en los rangos de edad de 60 a 69 y 50 a 59, 11 usuarios (26,2%) correspondieron a estos grupos. Mientras tanto, 4 usuarios masculinos (9,5%) corresponden a los rangos de edad de 40 a 49 y 70 a 79 años de edad.

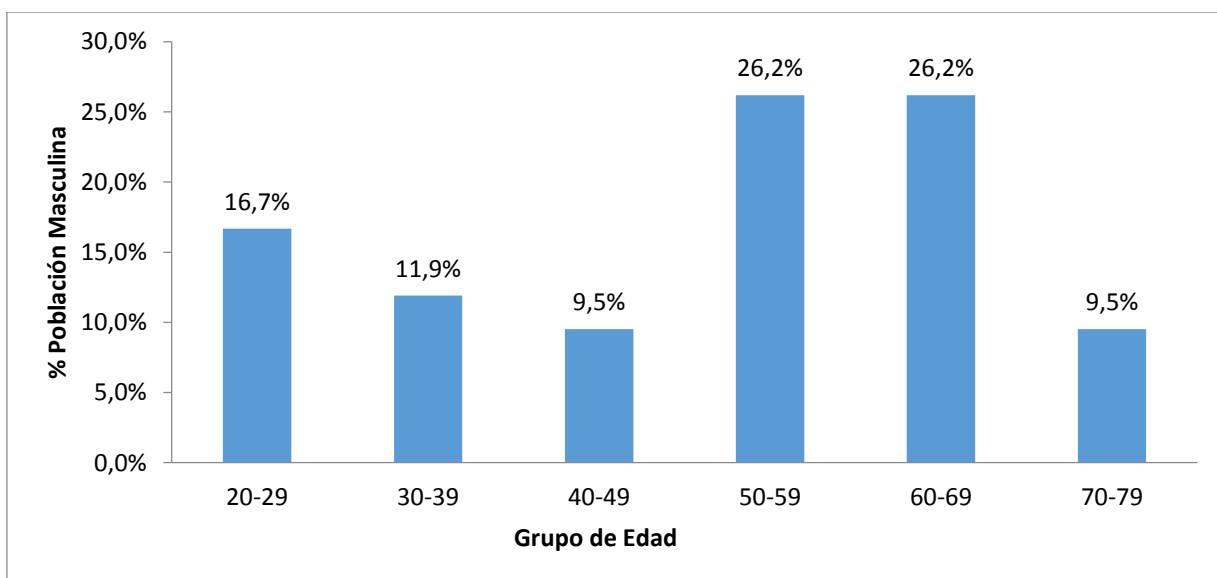


Figura 4. Comportamiento porcentual de la población masculina por rangos de edad. Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

Del total de mujeres encuestadas (n=107), 65(61%) de ellas se encontraban en edad reproductiva en el grupo entre los 15 a los 44 años.

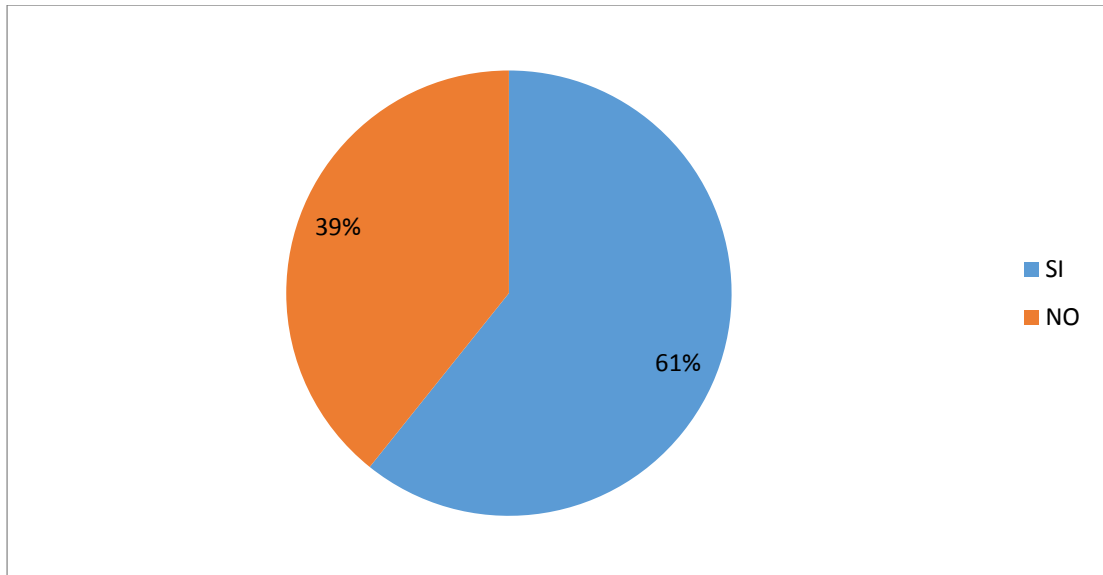


Figura 5. Distribución porcentual de mujeres en edad reproductiva y, fuera de ésta. Fuente: Elaboración propia.

Del total de usuarios evaluados (n=149), se encontraron 30 adultos mayores, 15 (50%) de sexo masculino y 15 (50%) de sexo femenino.

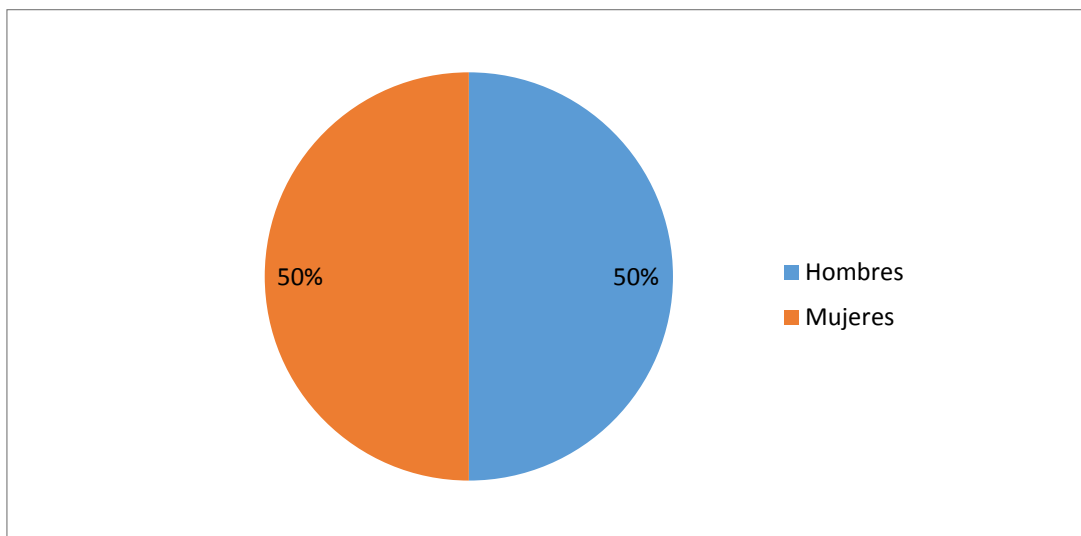


Figura 6. Distribución porcentual por sexo de los adultos mayores evaluados. Fuente: Elaboración propia.

- Servicios públicos

Dos servicios (acueducto y energía) y 7 equipos de uso doméstico fueron incluidos en la encuesta, de los cuales los usuarios podían o no contar en sus viviendas, dentro de estos se encuentran: baño dentro de la casa, nevera, radio, teléfono fijo, teléfono celular, televisor, y carro; se determinó que 8 (5,37%) personas contaban con todos los servicios y equipos de uso doméstico, no existió ninguna persona que no contará con ninguno de los servicios, sin embargo, 65 (43,62%) de los usuarios cuentan con al menos 7 de las 9 opciones de servicios y equipos de uso doméstico.

Tabla 8. Frecuencia y distribución porcentual del número de servicios con los cuales cuenta la Comunidad. Fuente: Elaboración propia.

Servicios y Equipos de uso Domestico	Frecuencia	Porcentaje
3	1	0.67
5	12	8.05
6	40	26.85
7	65	43.62
8	23	15.44
9	8	5.37
TOTAL	149	100.00

Al comparar los servicios, se evidenció que 149 usuarios (100%) de la población cuentan con energía (luz eléctrica), seguido del servicio de acueducto con 144 personas (96,64%). Con respecto a los equipos de uso doméstico 148 usuarios (99%) cuentan con baño en su casa, seguido de 142 usuarios (95%) con televisor y del total de la comunidad evaluada 127 usuarios (85%) tienen nevera en casa.

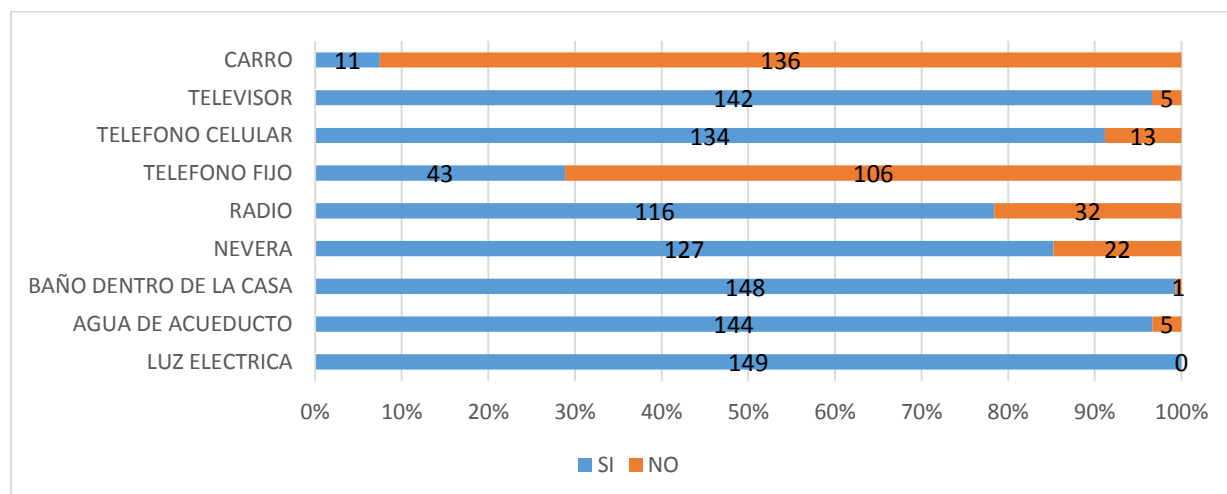


Figura 7. Distribución de los servicios y equipos de uso doméstico con los cuales cuentan los usuarios de la comunidad encuestados. Fuente: Elaboración propia.

- Autopercepción de los Usuarios:

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

Para evaluar la percepción de los usuarios de los dos sexos, respecto a su propio *estado de salud* en los últimos 30 días, se realizaron preguntas tipo Likert, que permite determinar el nivel de acuerdo o desacuerdo, dentro de las opciones de respuesta se incluyeron: muy malo, malo, regular, bueno y muy bueno. En ésta sección se evidenció que de los 149 formularios diligenciados por los usuarios, 148 estaban completos. El 45,95% (n=68) de la población considera tener un buen estado de salud, mientras que 7 (4.73%) de ellos lo perciben como estado de salud muy malo, además, el 10,14% (n=15) respondieron como 'muy bueno' a esta pregunta misma pregunta.

“Percepción de estado de salud en Usuarios encuestados en los últimos 30 días”:

Tabla 9. Frecuencia y distribución porcentual de la percepción que tiene la Comunidad acerca de su estado de salud. Fuente: Elaboración propia.

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	68	45.95
Regular	54	36.49
Muy Bueno	15	10.14
Muy malo	7	4.73
Malo	4	2.70
TOTAL	148	100.00

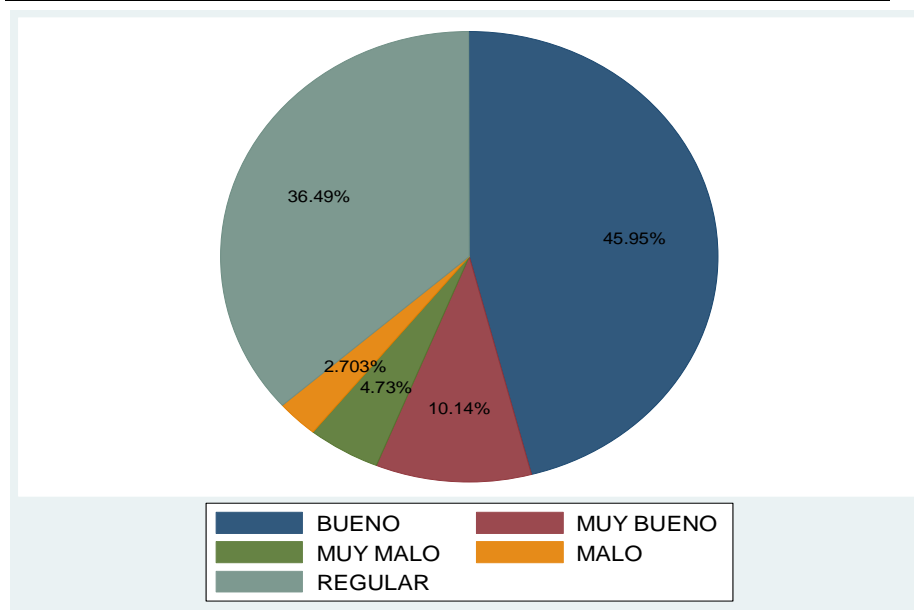


Figura 8. Distribución porcentual de la percepción que tienen los usuarios de la Comunidad acerca de su estado de salud. Fuente: Elaboración propia.

Respecto a antecedentes personales de tipo patológico, las enfermedades de la columna, representan la mayor frecuencia de padecimiento en los usuarios encuestados, seguido de la hipertensión arterial y de la artritis reumatoidea, en contraste, el cáncer es la enfermedad que menos se presentó.

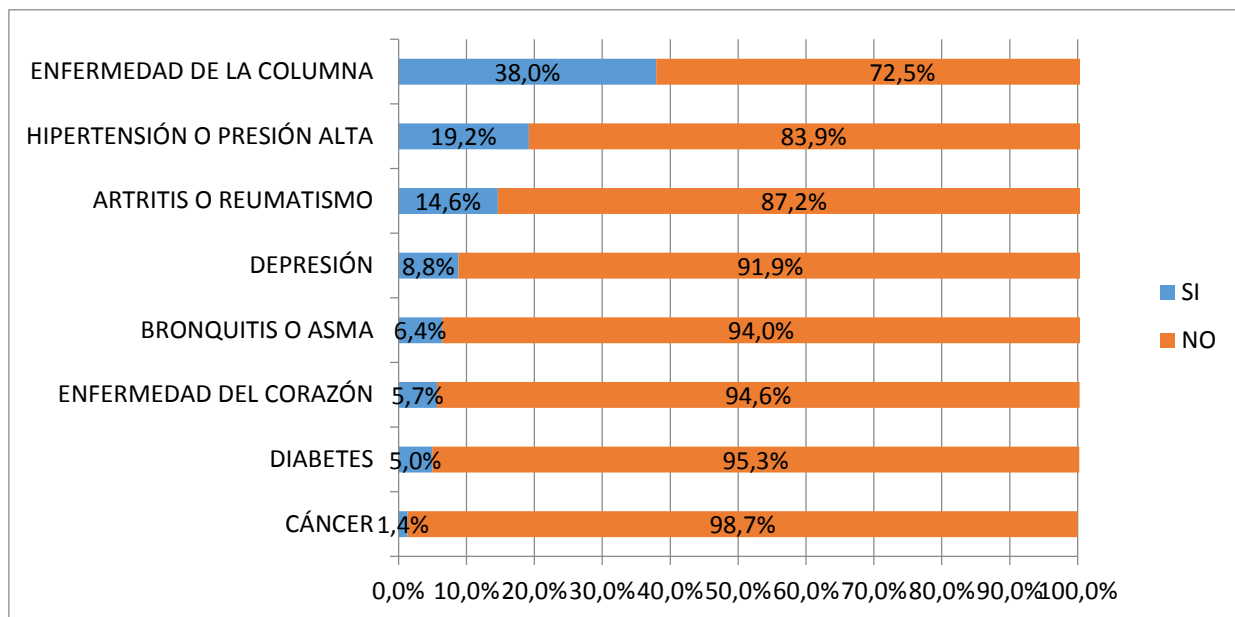


Figura 9. Distribución porcentual de la frecuencia de enfermedades en los usuarios encuestados. Fuente: Elaboración propia.

Para analizar de forma más detallada las enfermedades presentadas en los usuarios encuestados, se realizó una distribución por sexo y se encontró que para el sexo masculino, las enfermedades que se presentaron con mayor frecuencia fueron la hipertensión arterial y las enfermedades de la columna $n=7$ (17%), seguidas de la artritis, $n=6$ (14%). La distribución de las tres primeras causas de enfermedades fueron las mismas entre hombres y en mujeres, sin embargo en el grupo de usuarias mujeres, la depresión, $n= 12$ (11,2%); las enfermedades cardiovasculares ($n=8$ con 7,5%), las enfermedades respiratorias ($n=8$ con 7,5%) y la diabetes ($n=6$ con 5,6%) también son diagnosticadas con mayor frecuencia en comparación con los hombres.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

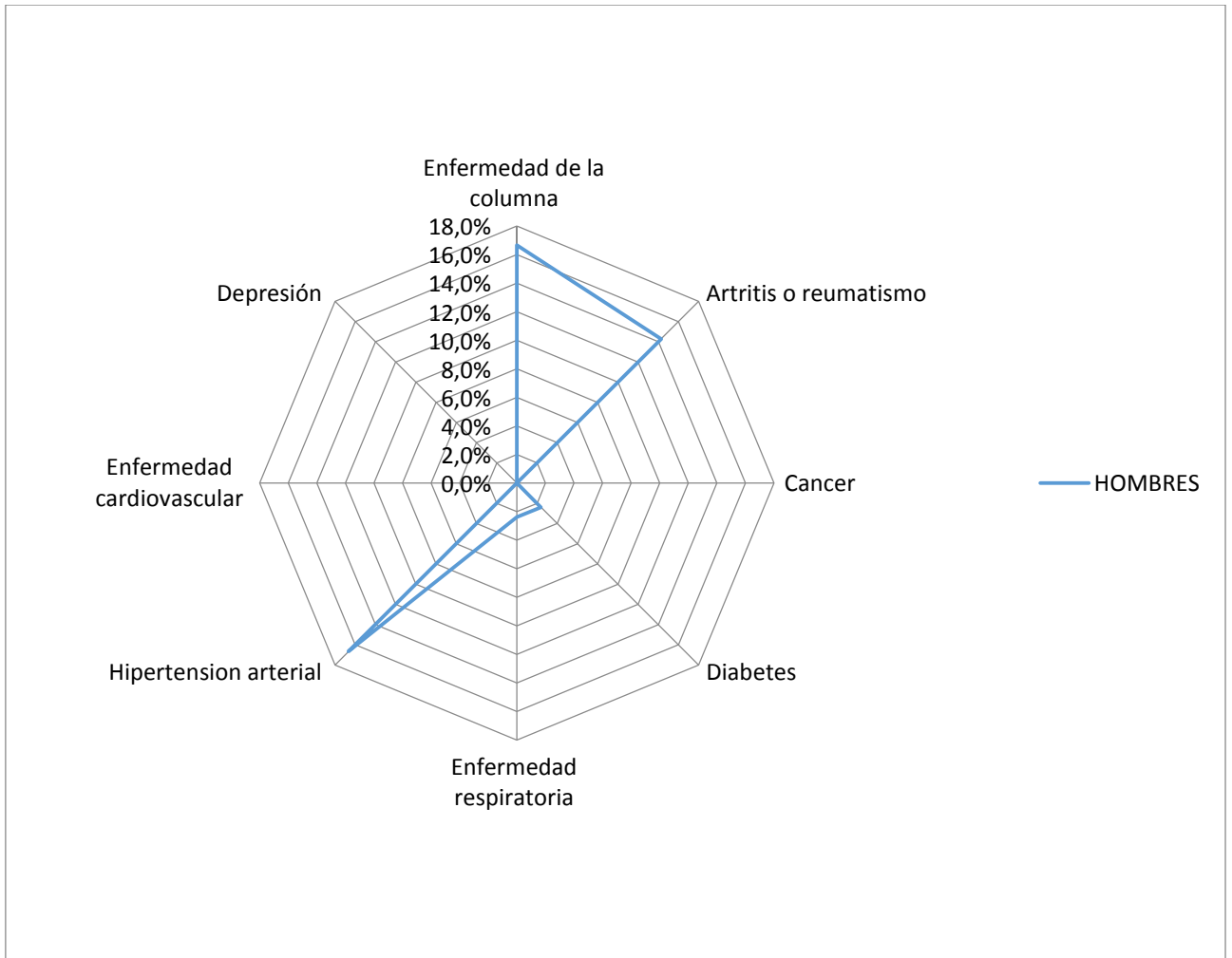


Figura 10. Distribución porcentual de las enfermedades evaluadas usuarios de sexo masculino. Fuente: Elaboración propia.

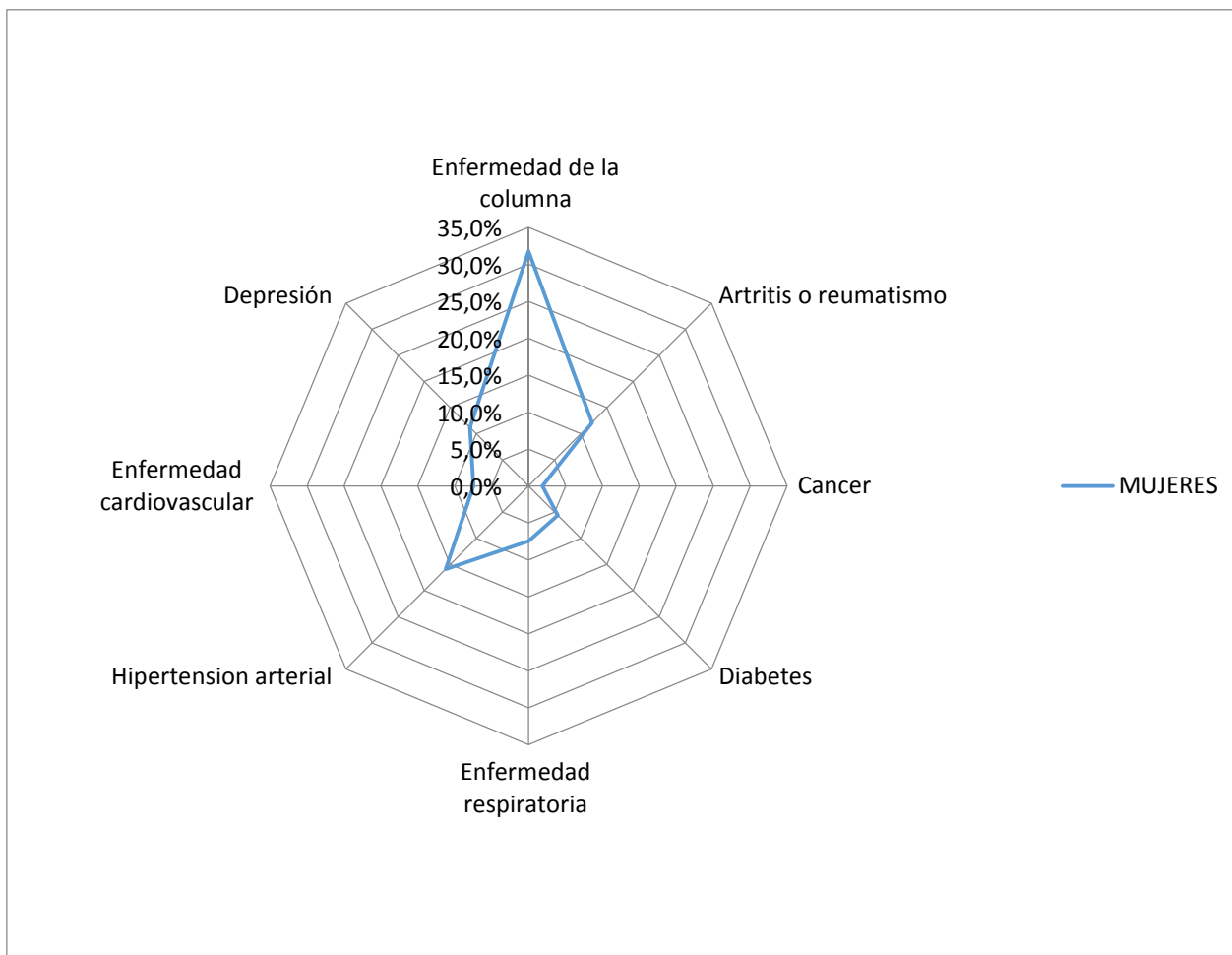


Figura 11. Distribución porcentual de las enfermedades evaluadas en usuarios de sexo femenino. Fuente: Elaboración propia.

- Nivel de escolaridad

El nivel de escolaridad es un factor importante como determinante social para la salud, debido a que algunos autores consideran que la educación hace que los individuos tengan un mejor nivel de salud (Institute of Education, University of London, 2003). 42 personas correspondientes a un 28,4% presentan en mayor proporción el nivel de escolaridad de primaria completa, seguidas de secundaria completa n= 31 con 20,9% y la primaria incompleta n=28 con 18,9%, en la figura 10 se expresa la distribución del nivel de escolaridad. Sin embargo, la educación superior completa fue el nivel de escolaridad que menos se presentó en la muestra seleccionada de la Comunidad n=7 con 4,7%.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

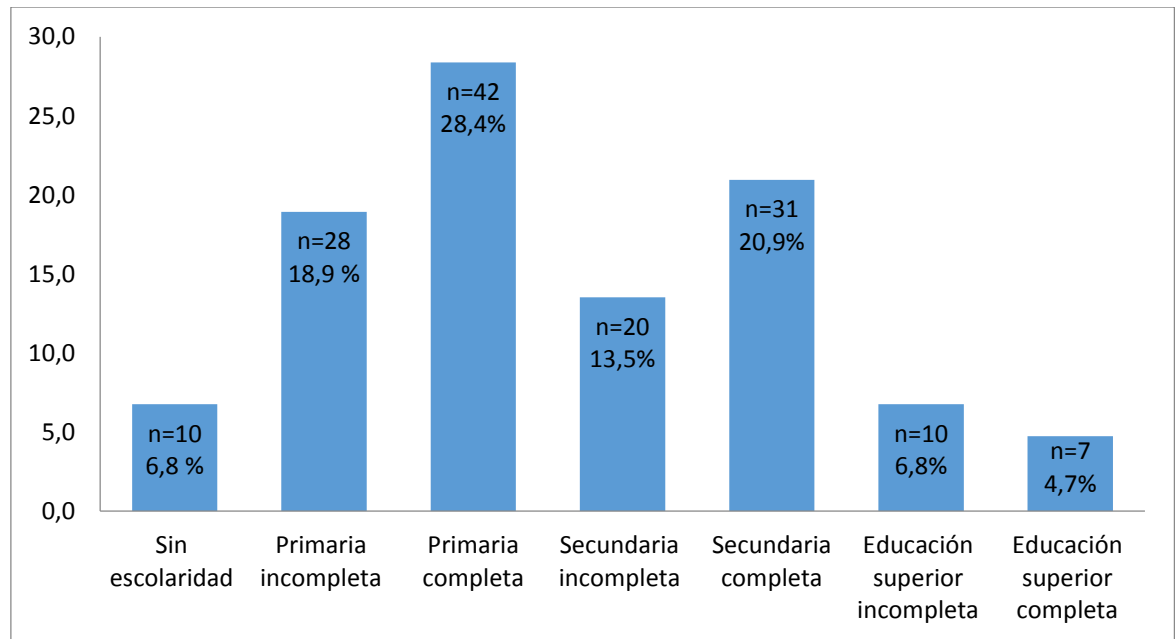


Figura 12. Nivel de escolaridad de la muestra de la comuna 4. Fuente: Elaboración propia.

*Nota – Figura 13. La pregunta sobre el nivel de escolaridad fue respondida por 148 usuarios.

7.1.1. Tomadores de decisiones en salud o gestores

Los tomadores de decisiones en salud o gestores en salud, fueron aquellos que cumplieron las actividades de administración, liderazgo, gerencia y/o subgerencia en alguna de las instituciones vinculadas con el programa de APS: Secretaria de Salud de Soacha, Hospital Mario Gaitán Yanguas o la Empresa Social del Estado (E.S.E) Municipal. Se realizaron las encuestas a 8 gestores, distribuidos así: en cada hospital, dos gerentes y dos subgerentes y de la Secretaria de Salud de Soacha, un secretario general, una directora de aseguramiento, la directora de salud pública, y la directora del programa de *Cuadrantes Saludables* (ver tabla 2) En la figura 14, se presenta la distribución de los gestores de acuerdo a su lugar de trabajo.

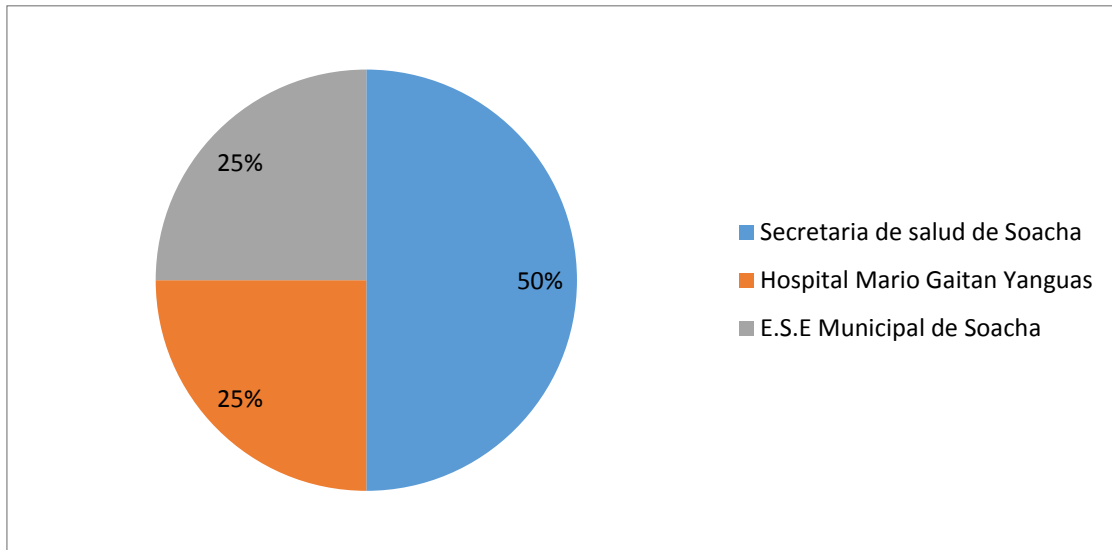


Figura 13. Distribución de las entidades en las cuales administran, gestionan o lideran los gestores encuestados, relacionados con el programa de APS en Soacha. Fuente: Elaboración propia.

El nivel de formación académica en los tomadores de decisiones encuestados (n=8) corresponde a postgrados, dentro de las profesiones se encontraron: 3 médicos cirujanos (37,5%), seguidos de 1 enfermera; 1 odontólogo; 1 fonoaudiólogo; 1 nutricionista, 1 terapeuta respiratorio, cada uno representa el 12.5%.

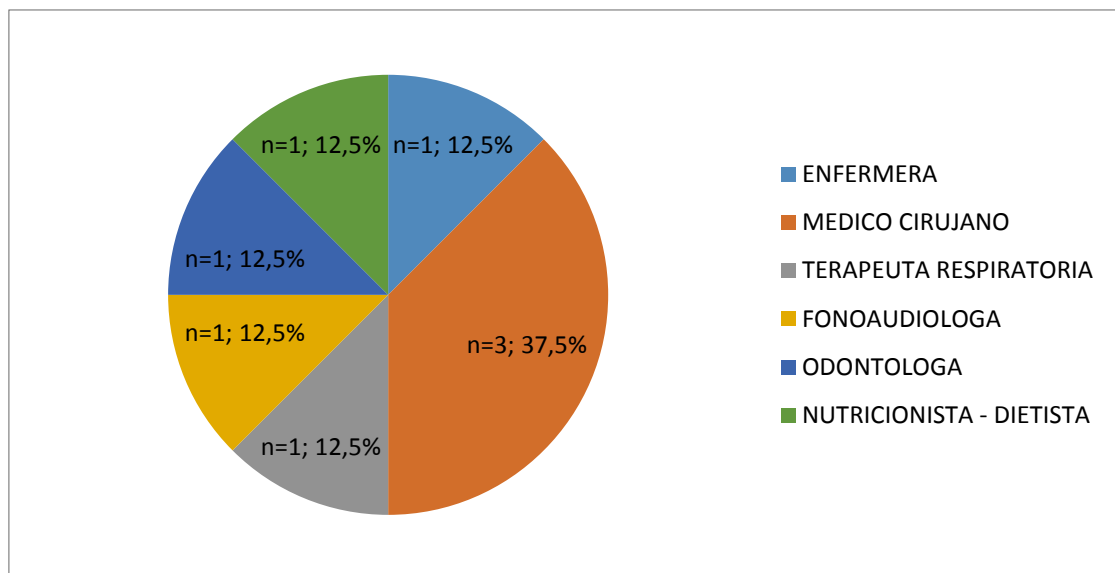


Figura 14. Formación académica de los gestores encuestados relacionados con el programa de APS en Soacha. Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

Del 100 % de los Tomadores de Decisiones, el 75% llevan más de un año desempeñando el mismo cargo, 4 de ellos (50%), lleva entre uno y dos años, mientras tanto 12,5% llevan entre 2 a 5 años y más de cinco años desempeñando el mismo cargo y únicamente 2 dos de los Tomadores de Decisiones (25%) llevan laborando desde hace menos de un año.

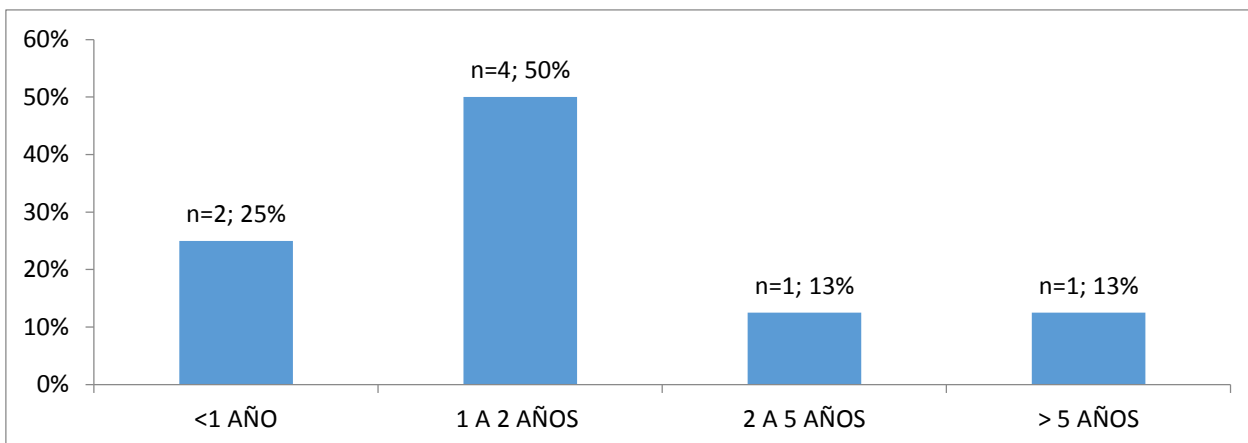


Figura 15. Periodo de tiempo de desempeño del cargo de los tomadores de decisiones encuestados relacionados con el programa de APS en Soacha. Fuente: Elaboración propia.

8.1.2. Profesionales en Salud

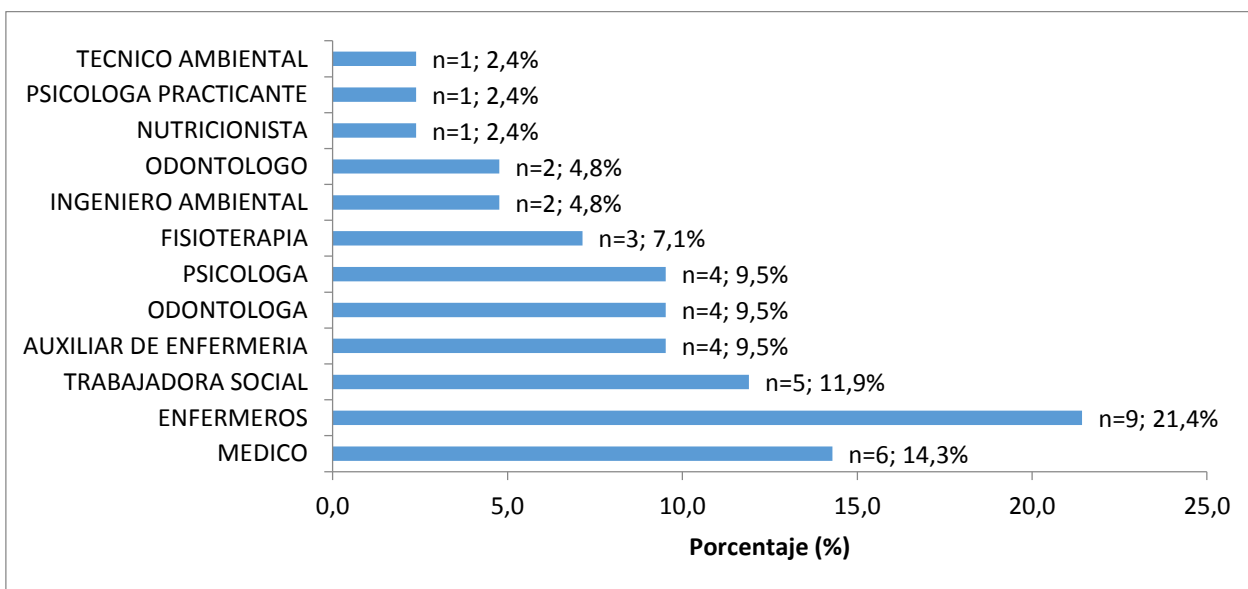


Figura 16. Profesionales en salud pertenecientes al programa de APS en Soacha. Fuente: Elaboración propia.

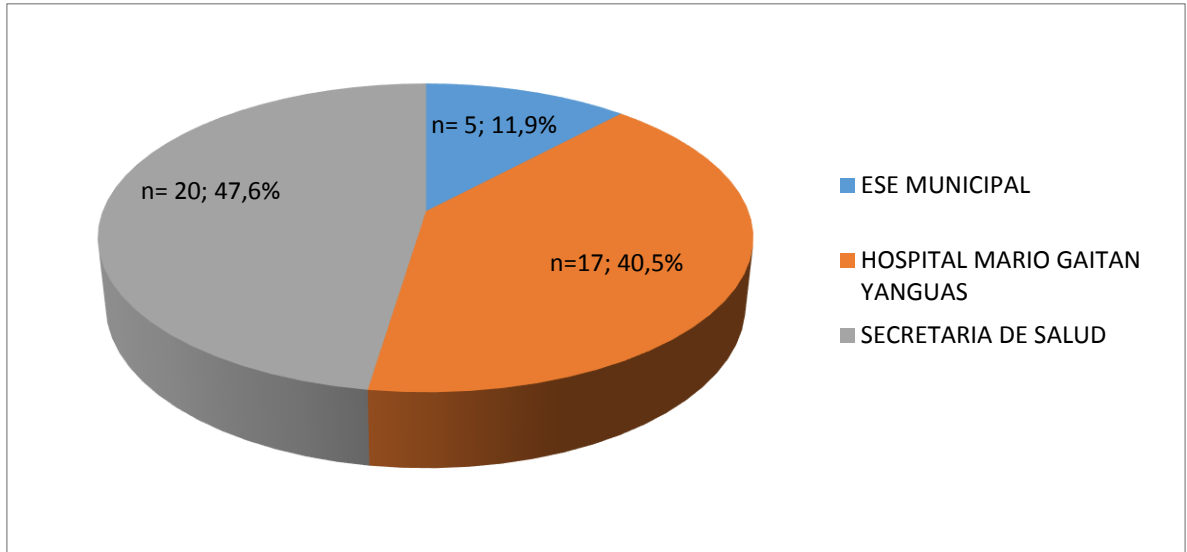


Figura 17. Distribución porcentual del sitio de operación de los Profesionales en Salud pertenecientes al programa de APS en Soacha, 2017. Fuente: Elaboración propia.

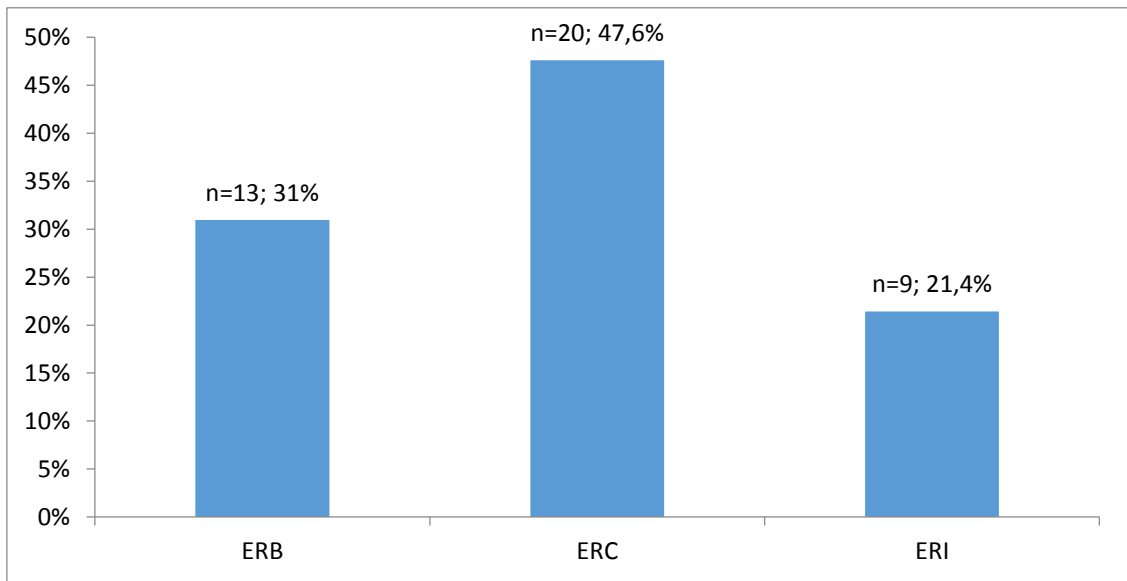


Figura 18. Distribución porcentual de los Equipos: ERI, ERC y ERB establecidos en el programa de APS en Soacha. Fuente: Elaboración propia.

8.2. Etapa 2

Se obtuvieron los Índices de Desempeño Global (IDG) para las tres dimensiones de APS incluidas en el presente trabajo de grado, diferenciándose por cada actor: profesionales en salud, comunidad y tomadores de decisiones (ver tabla 10); lo anterior se realizó al calcular el índice de tendencia central con el promedio aritmético de los puntajes (escala de 1 a 6), asignados en las encuestas aplicadas a cada actor, con las medidas de tendencia central: distribución de medias, desviación estándar e intervalos de confianza. Así, se evidenció que el valor más alto del indicador de la media total de la percepción de las tres dimensiones corresponde al actor Tomadores de Decisiones y el indicador de la media total de la percepción más bajo es el de los Usuarios. La variación en la percepción de los Usuarios es mayor con respecto a los demás actores, esto se evidencia en el valor de la desviación estándar total de los usuarios 2,1722; de los profesionales 2,0327; y de los Gestores 1,6607.

Tabla 10. *Índices de Desempeño Global (IDG) de la percepción de los tres actores sobre las dimensiones de Atención Primaria en Salud, Soacha, 2017. Fuente: Elaboración propia.*

Dimensión	Usuarios (1)			Profesionales (2)			Tomadores de Decisiones o Gestores (3)		
	Media	Desviación Estándar	IC	Media	Desviación Estándar	IC	Media	Desviación Estándar	IC
Acceso	3,2109	1,9131	2,7881 - 3,6337	2,688	1,9821	2,1717 - 3,2044	3,55	1,7639	3,0905 - 4,0094
Integralidad	2,2034	2,3136	1,7633 - 2,6434	4,5294	1,8359	4,1970 - 4,8618	4,7321	1,561	4,4495 - 5,0147
Orientación a la Comunidad	2,1073	1,8999	1,4741 - 2,7406	4,2926	1,8239	3,7281 - 4,8572	4,5178	1,3881	4,0881 - 4,9475
Total	2,5503	2,1722	2,2608 - 2,8397	4,0012	2,0327	3,7268 - 4,2756	4,3815	1,6607	4,1573 - 4,6057
Intervalos de confianza del 95%									

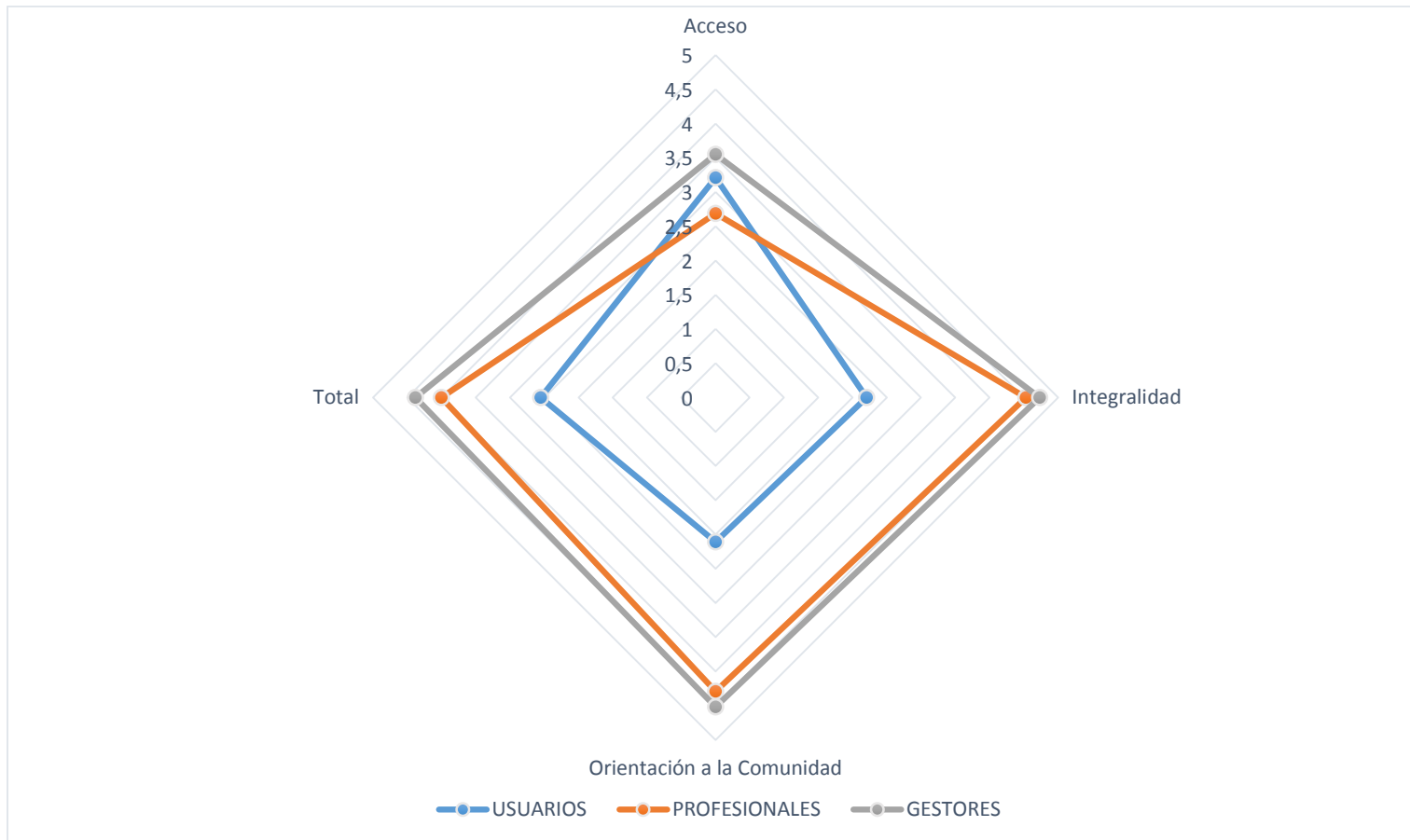


Figura 19. Comparación entre Índices de Desempeño Global de la percepción por actor de las tres dimensiones seleccionadas y evaluadas de Atención Primaria en Salud, Soacha, 2017. Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

Con el fin de mejorar la interpretación de los indicadores de percepción, se transformaron en la escala porcentual (ver tabla 11) definida anteriormente (ver diseño metodológico en sección 7.5.2.), cuyos puntajes más altos son aquellos con mejores indicadores de desempeño (Rodríguez, L., Ruiz, M., Acosta, N., 2016; Rodríguez-Villamizar, L. A., Acosta-Ramírez, N., & Ruiz-Rodríguez, M., 2013). Por medio del anterior análisis estadístico, se determinó la diferencia entre la percepción que tiene cada uno de los tres actores con respecto a los tres atributos de la APS evaluados. En el caso de la dimensión acceso, el porcentaje de percepción más alto fue el de los Gestores, con 24,85%, seguido de los usuarios con 22,47% y, por último, los profesionales con 17,88%. Por otro lado, en contraste al porcentaje de percepción, la dimensión de Integralidad en los actores que ofrecen el servicio (Gestores y Profesionales en Salud), aparece con un marcador de percepción más alto con respecto al de los usuarios. Hay una diferencia marcada y significativa para los propósitos de este trabajo, pues la dimensión de Orientación a la Comunidad aparece con un marcador de percepción en los Gestores del (54,32%) contra un (14,09%) para la Comunidad, es decir que ésta dimensión de la APS que tiene un enfoque comunitario, es mejor percibida en los Tomadores de Decisiones que en los usuarios de la comunidad, que era donde se esperaba que fuera mejor percibida.

Tabla 11. Transformación de los Índices de Desempeño Global (IDG) de los atributos de APS por actor en escala porcentual.
Fuente: Elaboración propia.

Dimensión	Comunidad			Profesionales			Tomadores de Decisiones o Gestores		
	Media	Desviación Estándar	IC	Media	Desviación Estándar	IC	Media	Desviación Estándar	IC
Acceso	22,47	1,9131	18,64 - 25,43	17,98	1,9821	14,52 - 22,43	24,85	1,7639	21,63 - 41,09
Integralidad	14,73	2,3136	0,88 - 17,68	54,46	1,8359	43,83 - 58,45	56,89	1,561	45,60 - 61,17
Orientación a la Comunidad	14,09	1,8999	0,73 - 18,33	43,99	1,8239	26,09 - 58,40	54,32	1,3881	41,90 - 59,48
Total	17,05	2,1722	15,12 - 18,99	41,01	2,0327	26,08 - 43,82	44,91	1,6607	42,61 - 55,37

Al comparar la percepción de los tres actores, se evidencia que hay semejanza en la percepción de los mismos con respecto al atributo de Acceso, sin embargo, los indicadores de percepción de los Usuarios, tanto para el atributo de Integralidad, como de Orientación a la Comunidad son inferiores comparados con los otros dos actores, lo cual indica que hay una marcada diferencia entre la percepción de los usuarios y, la percepción de los Tomadores de Decisiones o Gestores y Profesionales en Salud con respecto a estos atributos.

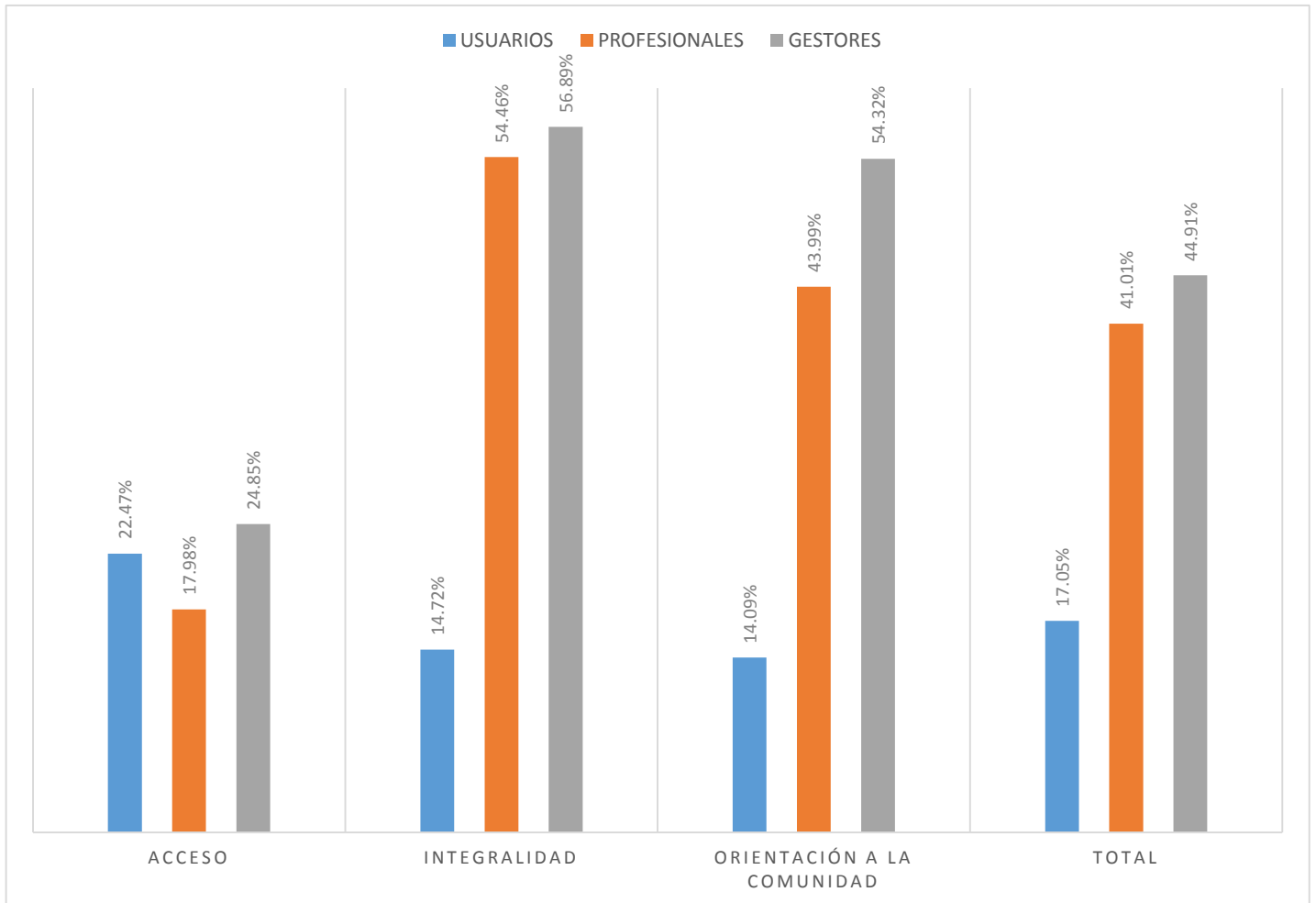


Figura 20. Comparación de los atributos de APS para los tres actores en escala porcentual, Soacha, 2017. Fuente: Elaboración propia.

Con la prueba estadística Fisher, se realizó la prueba de hipótesis de diferencia de varianzas entre dos de los tres actores (dos a dos), para corroborar la variación existente entre la percepción de cada uno de los éstos. Dicha prueba evidenció que la dimensión con mayor variabilidad es la integralidad (Ver tabla 12); es decir, si comparamos el valor de percepción entre los Usuarios y los Profesionales, entre los Usuarios y los Tomadores de Decisiones, entre los Profesionales y los Tomadores de Decisiones o Gestores, se evidencia un resultado en común que es la variabilidad en la dimensión Integralidad. Ahora, bajo el mismo análisis y las mismas comparaciones, el Acceso es la dimensión con menor variabilidad entre dos actores diferentes, es decir, al comparar los actores (dos a dos) para el atributo Acceso, los tres actores reflejaron una homogeneidad en las percepciones.

Tabla 12. Prueba de hipótesis de diferencia de varianzas entre los actores: Usuarios, profesionales y Gestores (dos a dos), bajo la prueba estadística Fisher. Fuente: Elaboración propia.

Dimensión	Variación en la percepción			Resultados Prueba F								
	1 y 2	1 y 3	2 y 3	1 Y 2	Región de Rechazo	Resultado	1 Y 3	Región de Rechazo	Resultado	2 Y 3	Región de Rechazo	Resultado
Acceso	NO	NO	NO	0,9316	x<0 x>1	NO	1,1763	x<0 x>1	NO	1,26	x<0 x>1	NO
Integralidad	SI	SI	SI	1,5881	x<0 x>1	SI	2,1967	x<0 x>1	SI	1,38	x<0 x>1	SI
Orientación a la Comunidad	NO	SI	SI	1,0851	x<0 x>1	NO	1,8734	x<0 x>1	SI	1,73	x<0 x>1	SI

SI= PRUEBA F, CON $\alpha=0,05$

*RR Región de rechazo.

** (1) =USUARIOS, (2) =PROFESIONALES, (3) =GESTORES

8.1. Etapa 3

8.1.1. Subetapa 1

Al realizar la comparación descriptiva entre los tres grupos de profesionales: Equipo de Respuesta Inicial, Equipo de Respuesta Complementaria y Equipo de Respuesta Básica pertenecientes a la estrategia de APS en Cuadrantes Saludables, no existe diferencia significativa entre la percepción que tienen los tres tipos de profesionales con respecto a las dimensiones de la APS, esto se refleja en el total del indicador de la media de percepción de cada equipo de profesional de APS, por ejemplo, para el Equipo de Respuesta Inicial (ERI): 4,2; ERC: 4,2 Y ERB: 4,2. Por otro lado, al observar la dimensión de Acceso, se evidencia que para el ERI, el valor del indicador de la percepción es inferior con respecto al ERC Y ERB, por el contrario, al observar la Orientación a la Comunidad, el ERI tiene un valor del indicador de percepción más alto (5,238) que los demás equipos (ERC: 4,2142) Y (ERB: 3,7142). Lo anterior puede ser evidenciado en Tabla 12.

Tabla 13. *Indicadores de tendencia central de la percepción de los tres tipos de profesionales sobre las tres dimensiones de la APS. Fuente: Elaboración propia.*

Dimensión	ERI(1)			ERC(2)			ERB (3)		
	Media	Desviación Estándar	IC	Media	Desviación Estándar	IC	Media	Desviación Estándar	IC
Acceso	2,1111	1,9300	1,5819 - 2,6402	3,4269	1,5677	2,9970 - 3,8567	3,1709	1,8995	2,6501 - 3,6917
Integralidad	4,7407	1,9189	4,3933 - 5,0881	4,469	1,6444	4,1713 - 4,7667	4,6776	2,0369	4,3088 - 5,0464
Orientación a la Comunidad	5,238	1,2915	4,8382 - 5,6379	4,2142	1,6826	3,6934 - 4,7351	3,7142	2,1089	3,0614 - 4,3670
Total	4,1951	2,148	3,8977 - 4,4926	4,1673	1,6802	3,9375 - 4,3971	4,1288	2,1031	3,8412 - 4,4165
Intervalos de confianza del 95%									

La desviación estándar para cada atributo, resultó ser similar en los tres tipos de profesionales, lo cual refleja que la variación de respuesta es muy similar en los actores, por atributo. Sin embargo, al observar la transformación porcentual de los Índices de percepción, por ejemplo, específicamente en la dimensión de Orientación a la Comunidad, el ERB posee un indicador de percepción del 37,14 % un valor inferior que al del ERI con 63,90% lo que equivale a una diferencia porcentual de 26,76% (ver tabla 13).

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

Tabla 14. Transformación porcentual de los Índices de tendencia central de la percepción de los tres tipos de profesionales sobre las tres dimensiones de la APS. Fuente: Elaboración propia.

Dimensión	ERI(A)			ERC(B)			ERB (C)		
	Media	Desviación Estándar	IC	Media	Desviación Estándar	IC	Media	Desviación Estándar	IC
Acceso	14,121	1,9300	0,7909 - 17,6602	34,269	1,5677	19,9800 - 38,5670	22,1963	1,8995	17,6673 - 36,9170
Integralidad	56,8884	1,9189	45,0313 - 62,0748	53,662	1,6444	42,7558 - 57,2004	47,9454	2,0369	44,1652 - 61,5660
Orientación a la Comunidad	63,9036	1,2915	58,0584 - 68,7823	43,1958	1,6826	36,9640 - 56,8212	37,142	2,1089	21,4298 - 44,7617
Total	42,9997	2,148	38,9770 - 53,9112	42,7148	1,6802	39,3750 - 52,7652	42,3202	2,1031	38,4120 - 52,998
Intervalos de confianza del 95%									

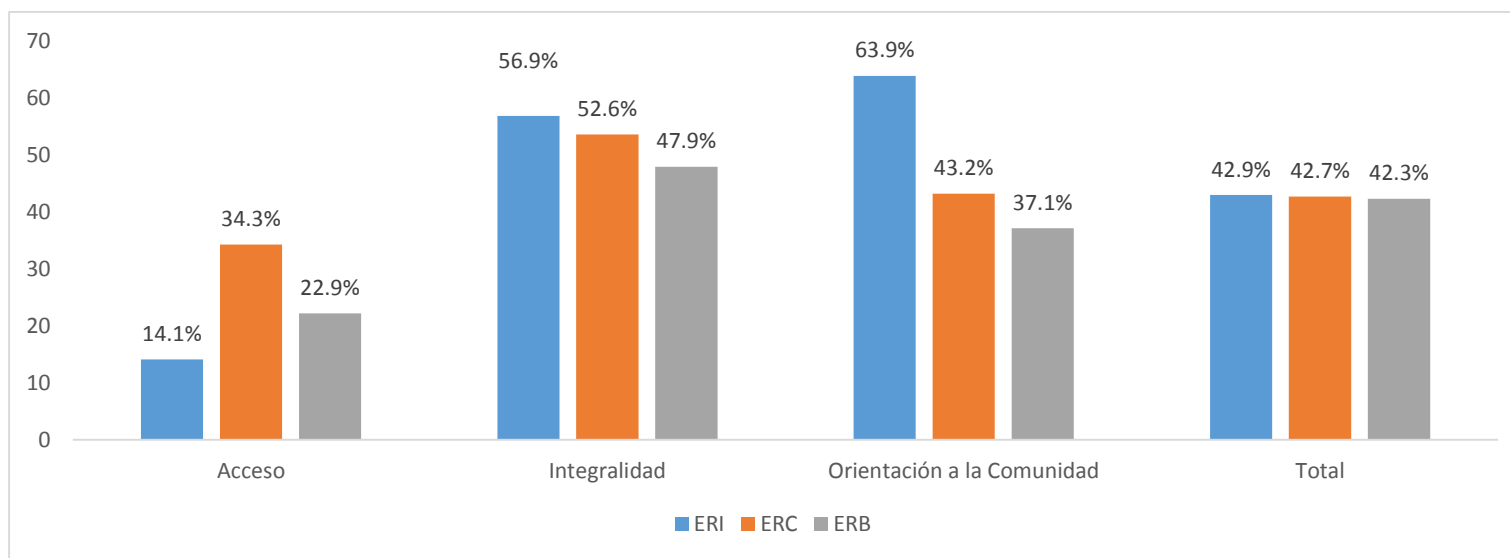


Figura 21. Comparación en escapa porcentual de los Indicadores de tendencia central de la percepción de los tres tipos de profesionales pertenecientes al Programa de atención en salud bajo el enfoque de Atención Primaria para la equidad y el desarrollo humano en el municipio de Soacha sobre las tres dimensiones de la APS. Fuente: Elaboración propia.

Con la estadística de prueba F se realizó la prueba de hipótesis de diferencia de varianzas entre dos de los tres tipos de profesionales (dos a dos), para corroborar la variación existente entre la percepción de cada uno de éstos. Dicha prueba evidenció que la dimensión con menor variabilidad es la Orientación a la Comunidad; lo anterior, bajo la misma metodología implementada para la tabla 11, pero en éste caso con los distintos tipos de profesionales del programa de APS en Soacha, es decir, si comparamos el valor de percepción entre los profesionales del ERI y los profesionales del ERC, entre los ERI y los ERB, entre los ERC y los ERB, se evidencia un resultado en común que es la no variabilidad en la dimensión Orientación a la Comunidad. Ahora, bajo el mismo análisis y las mismas comparaciones, el Acceso es la dimensión con mayor variabilidad entre dos tipos de profesionales diferentes, ya que la única comparación dos a dos que no resulto variable es la comparación de ERC Y ERB.

Tabla 15. Prueba de hipótesis de diferencia de varianzas (dos a dos) entre los Equipos de APS pertenecientes al Programa de atención en salud bajo el enfoque de Atención Primaria para la equidad y el desarrollo humano en el municipio de Soacha, bajo la prueba estadística F. Fuente: Elaboración propia.

Dimensión	Variación en la percepción			Resultados Prueba F								
	A y B	A y C	B y C	A Y B	Región de Rechazo	Resultado	A Y C	Región de Rechazo	Resultado	B Y C	Región de Rechazo	Resultado
Acceso	SI	SI	NO	1,51561432	$x < 0 \ x > 1$	SI	1,03237154	$x < 0 \ x > 1$	SI	0,68115715	$x < 0 \ x > 1$	NO
Integralidad	SI	NO	NO	1,36172606	$x < 0 \ x > 1$	SI	0,88749368	$x < 0 \ x > 1$	NO	0,65174172	$x < 0 \ x > 1$	NO
Orientación a la Comunidad	NO	NO	NO	0,58915159	$x < 0 \ x > 1$	NO	0,37503936	$x < 0 \ x > 1$	NO	0,63657532	$x < 0 \ x > 1$	NO

SI= PRUEBA F, CON $\alpha=0,05$

8.1.2. Subetapa 2

Con el fin de poder evidenciar la articulación desde las distintas entidades pertenecientes al programa de APS, se realizó la comparación de la percepción de los Gestores de cada institución, así, se determinó que el total del indicador de la media de percepción entre las tres entidades es muy similar (Secretaria de Salud: 4,5878; HMGY: 4,5405 y E.S.E. municipal: 4,3108), lo anterior reflejado en la tabla 16. Este mismo comportamiento también se evidencia con cada una de las tres dimensiones, es decir, el indicador de la percepción de cada Gestor según su lugar de operación y teniendo en cuenta las dimensiones coinciden entre ellos. Por ejemplo, al observar la transformación porcentual del indicador de la percepción de la integralidad (Tabla 16), se obtienen los siguientes valores: Secretaria de Salud: 57,2857 %; HMGY: 59,713 y E.S.E municipal: 54%.

Tabla 16. *Indicadores de tendencia central de la percepción de los Gestores, según el lugar de operación, con respecto a las tres dimensiones de la APS. Fuente: Elaboración propia.*

Dimensión	SECRETARIA DE SALUD(1)			HMGY(2)			E.S.E. DEL MUNICIPIO DE SOACHA (3)		
	Media	Desviación Estándar	IC	Media	Desviación Estándar	IC	Media	Desviación Estándar	IC
Acceso	3,9166	1,2276	3,5800 - 4,2532	3,9444	1,2113	3,6123 - 4,2765	3,8888	2,0259	33,334 - 4,4443
Integralidad	4,7738	1,1783	4,4604 - 4,9871	4,9761	1,6152	4,6837 - 5,2686	4,5	2,0852	4,1224 - 4,8775
Orientación a la Comunidad	4,8928	0,9164	4,6091 - 5,1765	4	1,4675	3,5457 - 4,4542	4,2857	1,8985	3,6980 - 4,8733
Total	4,5878	1,2009	4,4235 - 4,7521	4,5405	1,5631	4,3267 - 4,7543	4,3108	2,0224	4,0341 - 4,5874
Intervalos de confianza del 95%									

Tabla 17. Transformación porcentual de los Indicadores de tendencia central de la percepción de los Gestores, según el lugar de operación, con respecto a las tres dimensiones de la APS. Fuente: Elaboración propia.

Dimensión	SECRETARIA DE SALUD(1)			HMGY(2)			E.S.E. DEL MUNICIPIO DE SOACHA (3)		
	Media	Desviación Estándar	IC	Media	Desviación Estándar	IC	Media	Desviación Estándar	IC
Acceso	39,1	1,2276	35,8 - 51,038	39,4444	1,2113	36,12 - 51,3181	38,8	2,0259	33,34 - 53,331
Integralidad	57,2857	1,1783	53,52 - 59,845	59,713	1,6152	56,19 - 70,248	54	2,0852	49,468 - 58,530
Orientación a la Comunidad	58,713	0,9164	55,309 - 69,020	48	1,4675	35,457 - 53,4505	51,428	1,8985	36,980 - 58,47
Total	55,053	1,2009	53,08 - 57,025	54,486	1,5631	51,920 - 57,051	51,729	2,0224	48,4092 - 55,048
Intervalos de confianza del 95%									

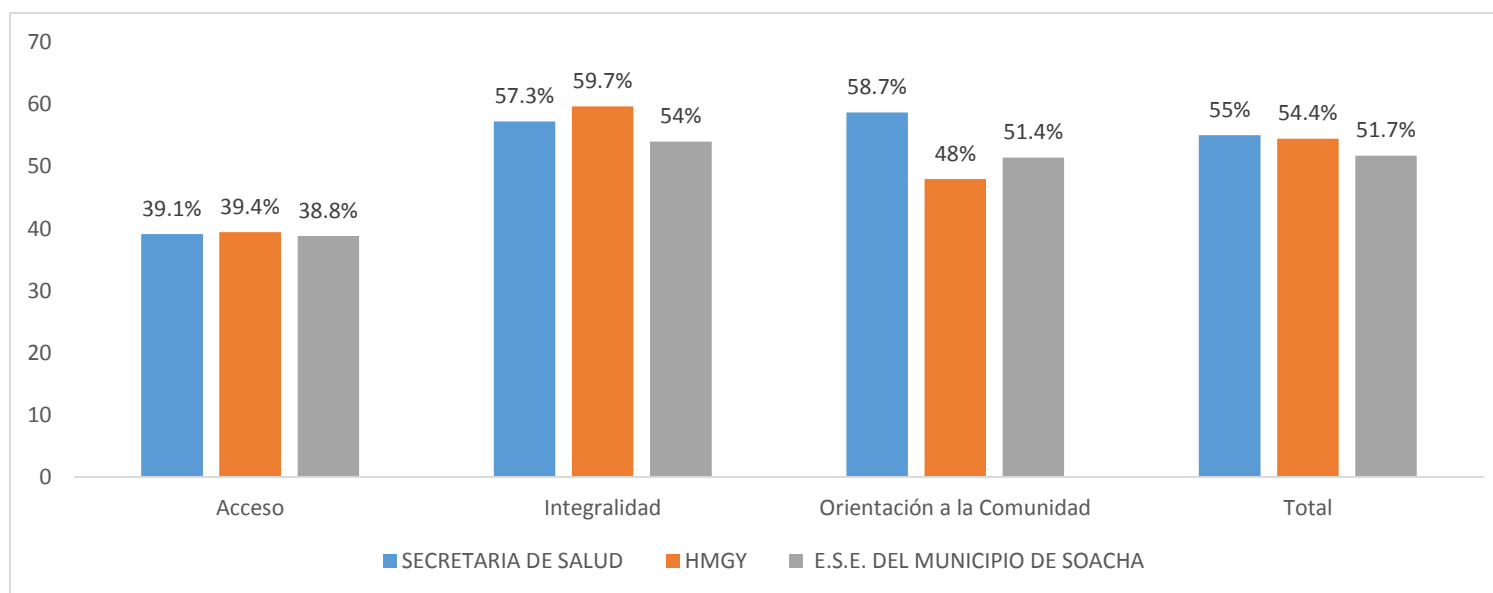


Figura 22. Comparación porcentual de los Índices de percepción de Gestores del programa de APS en Soacha, según su lugar de operación laboral. Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

Resultó importante evaluar la variabilidad de las percepciones de los Gestores de las distintas entidades de operación, obteniendo como resultado valioso, que no hay evidencia significativa de que exista variación en las respuestas de los Gestores con respecto a cada una de las dimensiones, esto si se comparan los lugares de operación, dos a dos. En la Figura 20 y 21).

Tabla 18. Prueba de hipótesis de diferencia de varianzas (dos a dos) entre el lugar de operación de los Gestores, pertenecientes al Programa de Atención Primaria en el municipio de Soacha, con respecto a las tres dimensiones de la APS, bajo la prueba estadística F. Fuente: Elaboración propia.

Dimensión	Variación en la percepción			Resultados Prueba F								
	X y Y	X y Z	Y y Z	X y Y	Región de Rechazo	Resultado	X y Z	Región de Rechazo	Resultado	Y y Z	Región de Rechazo	Resultado
Acceso	NO	NO	NO	1,02709431	x<0 x>1	NO	0,3671789 3	x<0 x>1	NO	0,3574929	x<0 x>1	NO
Integralidad	NO	NO	NO	0,53218073	x<0 x>1	NO	0,3193128	x<0 x>1	NO	0,6000081 9	x<0 x>1	NO
Orientación a la Comunidad	NO	NO	NO	0,3899545	x<0 x>1	NO	0,2329962 6	x<0 x>1	NO	0,5974960 2	x<0 x>1	NO
SI= PRUEBA F, CON $\alpha=0,05$												

8.2. Presupuesto

Tabla 19. *Presupuesto destinado por la Secretaria de Salud de Soacha, Pontificia Universidad Javeriana y autora, para el desarrollo de la prueba piloto. Fuente: Elaboración propia.*

RUBRO	PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA	SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA	AUTORA
Director del trabajo de grado	1.000.000		
Personal de campo – Encuestadores	-	300.000	-
Fotocopias cuestionarios RE -AIM	-	200.000	-
Transporte de encuestadores a las comunas	-	100.000	
Transporte de autora al municipio	-	-	50.000
Paquete de Software estadístico	-	-	318.000
Análisis estadístico con estadístico durante un mes	-	-	500.000
2 computadores para recolección de datos		1.000.000	1.000.000
TOTAL	1.000.000	1.600.000	1.868.000

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

9. ANÁLISIS DE LA INFORMACION

Los resultados de este análisis se llevaron a cabo en la comuna cuatro del municipio de Soacha con tres de las dimensiones de la APS: Acceso, Integralidad y Orientación a la Comunidad, el primer hallazgo clave de este estudio piloto se relaciona con las diferentes percepciones de las dimensiones de la APS que tienen los profesionales de la salud, los tomadores de decisiones y los usuarios de la comunidad, se logra evidenciar, que el orden de mayor a menor percepción de la APS es: Tomadores de decisiones (44,91%); Profesionales en salud (41,01%) y Comunidad (17,05%).

Con lo anterior, se pudo demostrar que el indicador de la media, de la percepción de las tres dimensiones, más alto, corresponde al actor Tomadores de Decisiones o Gestores, lo cual indica que son estos quienes mejor perciben el Programa de Atención Primaria en Salud probablemente porque son ellos quienes lideran y coordinan lo correspondiente al programa y el indicador de percepción más bajo es el de los usuarios. Este orden en la percepción coincide con los resultados obtenidos en la Evaluación de APS En Bogotá en donde se presentó el mismo orden en la percepción de los tres actores (Villamizar, L. A. R., Rodríguez, M. R., & Ramírez, N. A., 2016).

Conforme a los resultados preliminares del estudio piloto de evaluación de APS se encontró que la dimensión más baja en la Comunidad corresponde a Orientación a la Comunidad; en los Profesionales en salud y los tomadores de Decisiones corresponde al Acceso. Con respecto a éstas diferencias de percepción, es importante notar la discrepancia específicamente en la dimensión de *Orientación a la comunidad*, entre la percepción de los usuarios y los otros dos tipos de actores participantes, ya que estas dimensiones recibieron una puntuación mínima en Comunidad (14,09%) y una mejor calificación en Tomadores de Decisiones (54,32%) y Profesionales en salud (44%).

Éste bajo rendimiento en la Comunidad, puede estar relacionado con, la fragmentación y segmentación del Sistema de Salud Colombiano, donde la estructura permite que distintos miembros de una familia puedan pertenecer a distintos regímenes, así, algunos de los usuarios encuestados no tendrían conocimiento acerca de los servicios familiares y comunitarios, por lo cual, las puntuaciones con respecto a Orientación a la Comunidad son bajas con respecto a

la percepción de los Tomadores de Decisiones o Gestores. Otra razón del rendimiento en esta dimensión pudo ser debida, al tiempo mínimo de implementación del Programa, por cuanto los usuarios podrían haber desconocido en su totalidad las estrategias de enfoque comunitario que ha venido ejecutando el programa de APS.

Resultados similares se han reportado en estudios previos, por ejemplo en el programa brasileño de salud familiar y en el estudio de evaluación de la APS en Santander, donde existió una baja puntuación en el rendimiento de Orientación a la Comunidad y enfoque familiar, argumentadas principalmente con la fragmentación de los Sistemas de Salud y el conocimiento que pueda o no existir con respecto a los servicios comunitarios (Almeida, C., & Macinko, J., 2006; Villamizar, L. A. R., Rodríguez, M. R., & Ramírez, N. A., 2016).

El hecho de que haya existido una diferencia en la percepción de ésta dimensión de aproximadamente 10% menor en los Profesionales de salud con respecto a los Tomadores de Decisiones, pudo ser debido a que la capacitación técnica y profesional acerca de la Orientación a la Comunidad y el enfoque familiar puede estar debilitándose específicamente en los Equipo de Respuesta Básica (ERB) correspondientes al Hospital Mario Gaitán Yanguas y a la E.S.E. Municipal, donde las capacitaciones educativas dirigidas a los profesionales tienen principalmente un enfoque curativo individual.

Un estudio realizado en el 2015, sobre el enfoque sistémico del clima organizacional y su aplicación en salud pública, refiere que debe existir la necesidad de satisfacer a la población, alcanzando mayores y diferentes beneficios en la atención de la salud de los usuarios, así como el beneficio de los propios trabajadores de las instituciones de salud y para esto las organizaciones deben tener metodologías para lograr identificar las influencias positivas o negativas sobre el rendimiento de las personas en el trabajo (Segredo Pérez, A. M., García Milian, A. J., López Puig, P., León Cabrera, P., & Perdomo Victoria, I., 2015).

Uno de estos métodos transformadores, es el pensamiento sistémico, que permite fortalecer el desarrollo de las organizaciones, particularmente por lo que respecta al diseño y evaluación de las intervenciones, donde el clima organizacional constituye uno de los elementos a considerar en los procesos organizativos, de gestión, cambio e innovación (A. M. Segredo Pérez, 2013).

En este sentido, el clima organizacional repercute en las motivaciones y el comportamiento que tienen los miembros de una organización, mediante acciones como: bajos rendimientos en los indicadores laborales, estrés laboral, deserción en

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

la toma de decisiones, entre otros, que finalmente conllevan a la búsqueda de un nuevo empleo, su origen está en la sociología en donde el concepto de organización dentro de la teoría de las relaciones humanas enfatiza la importancia del hombre en su función del trabajo por su participación en un sistema social (A. M. Segredo Pérez, 2009). De hecho, algunos autores han reportado que disminuir la rotación del personal y fortalecer los procesos de capacitación, pueden mejorar el enfoque de orientación a la comunidad (Vega Romero, R., Acosta Ramirez, N., Mosquera Méndez, P. A., & Restrepo Velez, O., 2009).

Así, con el fin de evaluar este comportamiento dentro de la Secretaria de Salud de Soacha, el formulario RE-AIM para el caso de los Tomadores de Decisiones, contaba con la pregunta acerca del tiempo desempeñando el mismo cargo, lo cual reflejo la dinámica laboral que tiene esta organización en cuanto a la rotación en el personal, dado que exactamente la mitad de los Tomadores de Decisiones, llevaban entre 1 y 2 años desempeñando el mismo cargo y solamente el 25% habían estado por menos de un año, pero ninguno con tiempo menor a 9 meses.

Lo anterior resulta positivo desde el punto de vista de la experiencia a la hora de toma de decisiones, ya que el sector salud tiene constantes cambios y estudios acerca de la caracterización del Sistema de Dirección en la Atención Primaria en Salud describen que la forma de actuar y conducir éstos cambios ante las distintas situaciones depende en gran medida de las competencias que tengan éstos Gestores o Tomadores de Decisiones (A. M. Segredo Pérez, 2009), en este sentido, se obtiene un aspecto importante a la hora del fortalecimiento propio de la Gestión.

Mientras tanto, los cuestionarios del modelo RE-AIM implementados en los profesionales en salud no tuvieron en cuenta el tiempo en que desempeñaba un mismo profesional en el mismo cargo, por lo cual no fue posible determinar una aproximación en rotación del personal. Por lo anterior sería pertinente para una próxima evaluación de la APS, determinar el tiempo de desempeño en el cargo del profesional que atiende a los usuarios. Este último aspecto es considerado fundamental, ya que por ejemplo el hecho de que un funcionario de la salud se encuentre contratado por contrato de prestación de servicios, puede conllevar a que existan intermitencia en la estabilidad laboral del profesional en salud y en este sentido la atención primaria en salud también se encuentra perjudicada principalmente en lo perteneciente al atributo de longitudinalidad en donde pueda existir una atención permanente en el tiempo con un mismo profesional y/o proveedor.

Otro aspecto importante con respecto a los formularios del modelo RE-AIM, es que no contaban con información específica acerca del ambiente laboral de las personas de la comunidad, por esta razón no se tuvo en cuenta durante la evaluación el entorno laboral correspondiente a la estrategia de APS en Soacha, así, los formularios RE-AIM podrían ampliarse con la información laboral de la comunidad.

Un aspecto positivo para la dimensión de Orientación a la Comunidad en Soacha estuvo relacionado con las preguntas, ¿el señor o su familia es consultado para saber si los servicios de salud atienden a sus problemas de salud? y ¿Las autoridades de la Secretaria de Salud, piden a representantes de la comunidad que participen en las reuniones de dirección de los centros de atención o de los consejos de participación comunitaria?, dado que tuvieron el mayor puntaje para el actor Comunidad con la respuesta siempre. Pero además, otro aspecto positivo en los profesionales de salud relacionado con la mejor percepción para las preguntas ¿Se realiza encuestas a los usuarios para saber si los servicios ofrecidos están respondiendo a las necesidades de salud percibidas por la población y se realizan encuestas a los usuarios para identificar los problemas de salud de la población?

En Colombia, se realizó un estudio sobre una mirada cualitativa acerca de la participación social en salud, conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas. Y se encontró que el concepto de participación en salud para muchos de los usuarios se relaciona con la noción de aportar ideas y opiniones, espontáneamente o a través de las encuestas que realizan las instituciones de salud. Y en los profesionales en salud el concepto es relacionado con una serie de actividades que las instituciones de salud llevan a cabo con la comunidad. Estas actividades son de promoción de la salud, prevención, reuniones sobre informes de funcionamiento de programas, actividades sociales de integración y motivación a los usuarios (Delgado Gallego, M. E., Vázquez Navarrete, M. L., Zapata Bermúdez, Y., & Hernán García, M., 2005). Así, estos aspectos podrían ejecutarse con mayor frecuencia para obtener una visión excelente por parte de todos los actores con respecto a este atributo.

Por otro lado, se evidencio que la percepción del atributo de *integralidad* en los actores que ofrecen los servicios (tomadores de decisiones y profesionales en salud), es mejor que para los usuarios, lo anterior puede estar relacionado con el hecho de que los prestadores del servicio, tienen una mirada más amplia acerca de los servicios preventivos y curativos que brinda el programa a la comunidad. Además los tomadores de decisiones reconocen aquellas estrategias de prevención centradas en la población y las separan de los grupos poblacionales específicos.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

Para ésta misma dimensión, la prueba estadística Fisher evidencio un resultado en común que es la variabilidad en la dimensión Integralidad, es decir, que cuando se comparó el valor de percepción entre los Usuarios y los Profesionales, entre los Usuarios y los Tomadores de Decisiones y entre los Profesionales y los Tomadores de Decisiones o Gestores, la integralidad fue la dimensión con mayor variabilidad en las respuestas. Los resultados anteriores destacan la importancia de tomar en cuenta las perspectivas de diferentes actores, con el fin de obtener una visión más amplia y completa con resultados de mejor validez.

A pesar de que el concepto de autocuidado es considerado como un "acto propio del individuo, que sigue un patrón y una secuencia y que, cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento y desarrollo de los seres humanos" (Hernández Cortina, A., & Guardado de la Paz, C., 2014), se han efectuado comportamientos específicos con un trasfondo difícilmente transformante, apoyado en costumbres, creencias o mitos arraigados. Por ejemplo, los cuidados que tienen que ver con la vida diaria, los alimentos, el cuerpo sano, se acomodan al rol de mujer como cuidadora, mientras que los cuidados relacionados con el orden público y la aplicación de fuerza física son asignados al hombre. Al realizar una asociación entre cómo se percibe el autocuidado en el hombre y la mujer y lo que ocurre en Soacha, se evidencia, una contradicción notoria, ya que si en realidad la mujer tuviera en cuenta los cuidados que tienen que ver con el cuerpo sano o los alimentos, no se evidenciaría una tasa de fecundidad global elevada (60,8 nacimientos por cada 1000 mujeres en el 2015) o malnutrición por exceso en comunas como la 2 y la 5, donde se identifica ingesta de alimentos ricos en carbohidratos simples y grasas.

Sin embargo el autocuidado, es solamente un aspecto a tener en cuenta en torno a los determinantes de una enfermedad, ya que desde 1974, Marc Lalonde, abogado y político que desempeñaba el cargo de Ministro de Salud Pública de Canadá, por medio de sus estudios epidemiológicos logra determinar cuatro grandes determinantes de la salud, que han marcado un hito importante para la atención de la salud tanto individual como colectiva: Medio ambiente: relacionado a los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común; Estilos de vida: Relacionados con los hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc; Biología humana: relacionado a aspectos genéticos y con la edad de las personas; Atención sanitaria: que tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento

de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones (Villar Aguirre, 2011). Algunos de los determinantes se describen en los resultados de caracterización del trabajo de grado y se examinan con más detalle en el análisis, no obstante, se destaca la importancia de realizar investigaciones que determinen asociaciones entre los determinantes de causalidad de la enfermedad en el municipio de Soacha.

Según el estudio de Rivera, F., Illana, A., et al, 2000, en el cual se evaluaron las características de los pacientes que no utilizan las consultas de atención primaria, el ser joven y sin problemas crónicos de salud son las variables primordiales para no hacer uso de los servicios de salud. Lo anterior no concuerda específicamente con los resultados obtenidos para la pregunta realizada a los usuarios de la comunidad para este trabajo de grado: ¿Cuándo el señor(a) o su familia tienen algún problema de salud, normalmente viene al centro de salud?, en donde se evidenció que para el rango de edad de personas encuestadas entre los 18 y los 30 años (n=38), solamente el 11% eligieron la opción "nunca" y el 37% (n=14) eligieron la opción de "siempre", lo que corrobora que las personas jóvenes si asisten a las consultas de atención primaria.

Es importante conocer el nivel de escolaridad de la población evaluada ya que algunos autores consideran que la educación hace que los individuos tengan un mejor nivel de salud (Institute of Education, University of London, 2003). Se relacionó el nivel de educación con la pregunta de modo general, en los últimos 30 días el usuario cómo considera su propio estado de salud, obteniendo como resultados para la respuesta "regular o malo", un 30,8 % en personas sin escolaridad básica y un 10,8 % con escolaridad básica. Así, los resultados coinciden con los autores, dado que a mejor nivel de escolaridad, los usuarios percibieron mejor su estado de salud. La anterior comparación se pudo rectificar con el 4,7% de la población correspondiente a éste estudio, distinguida por tener un nivel de instrucción de Educación superior completa con una autopercepción de su estado de salud entre bueno y muy bueno.

En los resultados se evidencio que la Comunidad tienen una percepción muy variable sobre la percepción de los tres atributos de la APS, dado que, la desviación estándar demuestra que el valor más alto corresponde a este actor (2,1722), mientras tanto, este mismo valor para los tomadores de decisiones es menor (1,6607), lo cual demuestra semejanza en la percepción de los gestores. Esto puede estar relacionado, con el nivel de escolaridad y continua capacitación que tienen los decisores, lo cual puede generar homogeneidad en sus respuestas.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

Existen divergencias en los estudios, en cuanto a que algunos muestran que la mayor utilización de los servicios de atención corresponde a los adultos mayores de 65 años y otros estudios describen un descenso en la utilización de los servicios a partir de los 80 años. Es importante entonces, realizar este tipo de encuestas de evaluación de APS, a personas mayores de 80 años, ya que se ha encontrado que la utilización de servicios de salud incrementa cuando hay un aumento en la edad (Mello, MM., Stearns, SC., Norton, EC., 2002). Además, variables como el sexo (mujeres) y la edad (75-84 años) se asocian con una mayor probabilidad de utilización de los servicios de atención primaria (Mello, MM., Stearns, SC., Norton, EC., 2002).

Dado los resultados obtenidos se logró determinar que la edad máxima de las personas encuestadas fue de 79 años, lo anterior se relaciona, por ejemplo, con el hecho de que cada formulario estaba diseñado con preguntas para un grupo familiar y en muchos de los casos fueron las personas menores de 80 años quienes respondieron a las preguntas de la encuestas, así estuviera una persona mayor de 80 años en casa. Sin embargo, es importante aclarar que, para el caso específico de las encuestas realizadas en esta prueba piloto, se evidenció que, con respecto a la edad, la mayor población para la muestra de los usuarios de la comunidad, se encontraban entre los 20 y los 30 años.

La información general de los Tomadores de decisiones permitió evidenciar que existe interdisciplinariedad en las áreas de estudios profesionales de los mismos, se evidencia que hay una distribución porcentual de: 37,5% médicos cirujanos; y 12,5% para los titulados en enfermería, fonoaudiología, nutrición, odontología y terapeuta ocupacional. Los estudios en investigación sobre la APS (Violán Forsa, C., Grandes Odriozolac, G., Zabaleta-del-Olmoa, E., Gavilán Moral, E., 2012) han descrito acerca de la importancia de desarrollar e impulsar la realización de proyectos de investigación interdisciplinarios para mejorar la comprensión de muchos aspectos de la APS que, de otra manera, podrían estar sesgados al integrar sólo la visión de una única disciplina.

En cuanto a los profesionales en salud, la mayor cantidad de éstos tenían su lugar de operación en la Secretaria de Salud de Soacha con un 48%, esto tuvo que ver con el hecho de que el Equipo de Respuesta Inicial (ERI) y Equipo de Respuesta

Complementaria (ERC) pertenecían y operaban en ésta entidad (Secretaría de Salud de Soacha, 2015), y solamente los profesionales del Equipo de Respuesta Básica (ERB) pertenecían al HMGY con un 40% y a la E.S.E con 12%.

En los profesionales en salud, se encontró que, al analizar la transformación porcentual de los Índices de percepción, el ERB posee un indicador de percepción 26,76 % inferior que el ERI, con respecto a la Orientación a la Comunidad, además, teniendo en cuenta las preguntas de esta misma dimensión, se evidenció que la pregunta relacionada con el hecho de que se ofrecieran visitas domiciliarias, obtuvo la menor percepción en los profesionales de salud, para lo cual se esperaba un resultado diferente con una percepción alta, sin embargo, al analizar los formularios, los ERB consideraron que no se realizaban estas visitas, dado que ellos no ofrecen este servicio, sin tener en cuenta que los profesionales del ERC se caracterizan por realizar esta labor, lo anterior, permite corroborar que habría que trabajar en la articulación de estos dos equipos con respecto a la Orientación a la Comunidad.

Una aproximación para la articulación de estos dos equipos puede basarse en la ejecución de actividades y reuniones en donde participen ambos equipos y en la implementación de entrenamientos dirigidos a los profesionales con un enfoque preventivo, curativo y comunitario. Algunos autores han referido, que el proceso de trabajo en salud, al igual que en educación, se caracteriza por articular un conjunto de factores y personal para producir un resultado, la satisfacción de una necesidad socialmente determinada (Brito Quintana, P. E., Novick, M., & Mercer, H., 1993). Las anteriores consideraciones son esenciales en el análisis de la dinámica de formación de trabajo para la APS, ya que las publicaciones actuales sobre renovación de APS, destacan la importancia de los recursos humanos como componente primordial de los sistemas de salud (Macinko, J., Montenegro, H., Nebot Adell, C., & Etienne, C. F., 2007).

La profesión que más se repitió dentro del total de profesionales evaluados entre todos los grupos correspondió a los profesionales en enfermería con un 21%, seguido de los médicos 14%, auxiliares de enfermería y trabajadores sociales con 12%. El anterior resultado difiere con el estudio de Evaluación de desempeño de las dimensiones de APS en seis localidades en Bogotá, en donde se encontró que entre los profesionales, más del 60% de los entrevistados eran médicos (Mosquera, P. A., Hernández, J., Vega, R., Martínez, J., & San Sebastián, M., 2013), sin embargo, cabe aclarar que, para este estudio piloto la muestra fue tan reducida que puede por

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

supuesto existir variabilidad de profesiones entre los diferentes programas realizados.

Analizando la similitud en las respuestas de los diferentes Equipos de Profesionales en Salud (ERI, ERC y ERB) pertenecientes a cada una de las entidades, con respecto a las dimensiones evaluadas de la APS, se encontró que el *Acceso* es la dimensión con mayor variabilidad de datos entre los profesionales. Es decir, que los distintos tipos de profesionales respondieron variablemente a las preguntas relacionadas con esta dimensión, éstos resultados sugieren un mayor esfuerzo en estrategias como extender los horarios de apertura, incluidos fines de semana, contestar llamadas telefónicas, disponibilidad en unidades de atención y el no copago para grupos vulnerables o prioritarios, dado que son los Profesionales en Salud y la comunidad quienes experimentan lo concerniente a la dimensión acceso.

Al considerar cuáles preguntas de la dimensión Acceso, tuvieron menor percepción por cada uno de los actores, se evidencio concordancia en el bajo puntaje para las respuestas de los profesionales de salud y los gestores, para las pregunta ¿cuándo este centro de atención está cerrado, existe un número telefónico para solicitar citas? y ¿Durante el funcionamiento de los centros de atención, existe un número de teléfono para solicitar citas? respectivamente. Así entonces, ambos actores identifican las falencias relacionadas con la recepción de llamadas para la solicitud de citas por parte de los usuarios. Un estudio realizado en Colombia acerca del acceso a los servicios de salud en seis ciudades refiere que aunque se han efectuado estrategias para que la población de menores recursos logre acceder a servicios que no tenía, el acceso a los servicios de salud está lleno de barreras económicas, culturales, administrativas y políticas que impiden el goce efectivo del derecho a la salud (Vargas, J., & Molina, G., 2009).

Una de las limitaciones para el acceso a los servicios de salud es la demora en la atención del servicio, por ejemplo, en Soacha, los profesionales en salud coincidieron para la pregunta ¿el usuario tiene que esperar más de 30 minutos en el centro de salud para que sea atendido por un profesional?, en que siempre, debían esperar. En este sentido, cabe mencionar que son los servidores de la salud y los usuarios aquellos anfitriones finales de la cadena de decisiones de los servicios de salud, quienes deben cargar y enfrentarse con la realidad de las consecuencias de los

problemas de acceso, que son generados por las decisiones impuestas en las normas y/o actores responsables del aseguramiento (Vargas, J., & Molina, G., 2009).

Además, la desviación estándar para cada atributo, resulto ser similar en los tres tipos de profesionales, lo cual refleja que la variación de respuesta es muy similar en los actores, por atributo. Esto es importante, porque implícitamente se evidencia articulación en la percepción de los tres actores.

Un aspecto fundamental dentro de los antecedentes del municipio de Soacha, corresponde al poco acceso que tienen la comunidad para asistir a la atención en salud, lo anterior principalmente dado porque las IPS del municipio no logran la cobertura de la totalidad de la población y por esta razón es mínimo el valor de mujeres que asisten por ejemplo a sus controles prenatales, en el formulario RE-AIM se tiene en cuenta una pregunta específica dentro de los datos básicos de las personas acerca de tenencia de vehículos, para lo cual solamente el 16,39 % de la población lo poseía, dificultando entonces el acceso a la salud desde el punto de vista del transporte.

Los cuestionarios del modelo RE-AIM utilizados, no tienen en cuenta el tipo de familia a la cual se le aplica la encuesta, para próximas evaluaciones resulta importante tener en cuenta variables como el tipo de familia, ya que según (Muñoz Pérez, MA., Mariscal, E., Rubio, E & Rey I., 2000), el tipo de familia se relaciona con la mayor utilización de los servicios sanitarios, de hecho, describen que una familia monoparental se relaciona con una mayor utilización de los servicios sanitarios. Esto podría dar una mirada más amplia dentro del análisis de los resultados de la APS con respecto a la comunidad.

Dado que el municipio de Soacha se encuentra interesado en realizar la evaluación de su estrategia de APS, resulta importante analizar la frecuencia con que se realice dicha evaluación, en Chile por ejemplo se ha propuesto realizar un monitoreo amplio de los resultados de la APS obtenidos año a año en cuanto al estado de salud y a los determinantes de riesgo a través de todo el Sistema (Carlos Montoya-Aguilar, 2008), sin embargo, (Glasgow, R. E., Vogt, T.M., & Boles, S.M, 1999) refiere que la frecuencia de la evaluación por medio del modelo RE-AIM, debería ser basada en un problema en particular, los objetivos y el entorno. Por esta razón, resulta importante detectar, las necesidades y problemas desde un ámbito general en el municipio de Soacha., costo efectivo.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

Una de las ventajas que tiene la estrategia de APS en el municipio de Soacha es que existe un enlace entre las distintas entidades y la Gobernación municipal, lo cual facilita la estandarización en todas las de políticas intersectoriales, finalmente estas Gobernaciones municipales juegan un papel importante porque organizan y condicionan las actividades que se puedan realizar. Por lo anterior, el trabajo de grado presentado, permite obtener una mirada más amplia de los aspectos relevantes de la evaluación concomitante de la Atención Primaria en Salud en Soacha y en este sentido resulta fundamental poder contemplar la necesidad de darle una continuidad al programa de APS con sus cuatro proyectos y entornos inmersos, para lograr contribuir en la reducción de brechas de inequidad en el municipio de Soacha.

9.1. LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones del trabajo de grado se encontraron las relacionadas con la recolección de la información de los actores, por ejemplo, en la comunidad, al momento de la ejecución de las encuestas, a modo general se observó que muchas personas no se sentían cómodas contestando las preguntas pertenecientes a la información básica general, relacionadas con los servicios con los cuales contaba, a pesar que se les explico que era un ejercicio académico y no tendría influencia con su puntaje actual del Sisbén, el 2,7 % de los usuarios de la comunidad no contesto esta información por el temor que sienten los usuarios de aumentar el puntaje y llegar a disminuir los beneficios con los cuales cuentan actualmente, ya que según la caracterización de Soacha el 68 % pertenece a los niveles del SISBEN, esto representa que dicha población se encuentra dentro de los beneficios y subsidios al considerarse población en condición de vulnerabilidad.

En la recolección de la información de los Tomadores de decisiones, se encontraron inconvenientes con respecto al tiempo, por ejemplo, así se programara una cita para la realización de las encuestas, muchas veces el Tomador de Decisiones debía salir a una reunión o se le olvidaba la cita programada.

Mientras tanto, en la recolección de la información de los Profesionales en salud, existieron dificultades en cuanto a los tiempos programados previamente por la autora del trabajo de grado y la Secretaria de Salud de Soacha, dado que, los

profesionales se quedaron sin contrato, y no era posible reunirlos para la ejecución de las encuestas, hasta que el contrato fuera renovado por parte de la Alcaldía Municipal.

Por otro lado, la prueba piloto para la evaluación del Programa se realizó con solo tres de las dimensiones de APS (Acceso, Integralidad y Orientación a la Comunidad) y aunque los resultados son importantes en éste sentido para el Municipio de Soacha, distintos autores han descrito que, si se evalúan todas las dimensiones RE-AIM varias veces, se puede trazar un perfil específico con cada dimensión y pueden mejorar la comprensión de los efectos de una intervención o programa y ser usado para comparar diferentes intervenciones (Glasgow, R. E., Vogt, T.M., & Boles, S.M, 1999).

Dado que el programa de APS en Soacha tiene poco tiempo en su implementación, y de hecho, éste trabajo de grado es el primer acercamiento para la evaluación del mismo, se ha asumido que las tres dimensiones evaluadas son igual de importantes y por tanto los índices de percepción se han determinado como un ponderado. Sin embargo, éste puede no ser siempre el caso, por ejemplo, en situaciones en donde se determine por medio de estudios previos y datos determinados que una o más de las dimensiones se consideren más importantes y en éste caso el valor de peso debería ser asignado de acuerdo a su importancia (Glasgow, R. E., Vogt, T.M., & Boles, S.M, 1999).

Finalmente, el tipo de estudio de corte transversal no pudo mostrar si la percepción de los actores acerca de las dimensiones había mejorado con el tiempo y, de ser así, si esto había ocurrido en respuesta a la implementación del programa de APS en el municipio de Soacha. Se necesitará entonces estudios posteriores correspondientes a la percepción en los actores para contrastar los hallazgos de este estudio.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

10. CONCLUSIONES

- La metodología empleada con el modelo RE-AIM ha demostrado ser una herramienta fácil, rápida y accesible para evaluar y monitorear el desempeño del “Modelo integral de Atención en Salud bajo el enfoque de Atención Primaria” aplicado únicamente al proyecto de *Cuadrantes Saludables*, en el Municipio de Soacha.
- De acuerdo a las percepciones de las dimensiones de la APS que tienen los profesionales de la salud, los tomadores de decisiones y los usuarios de la comunidad, se logra evidenciar, que el orden de mayor a menor percepción de la APS es: Tomadores de decisiones (44,91%); Profesionales en salud (41,01%) y Comunidad (17,05%).
- La dimensión acceso fue mejor percibida en los usuarios y la dimensión integralidad fue mejor percibida en los tomadores de decisiones y profesionales en salud, que son quienes prestan el servicio.
- La percepción del atributo de *integralidad* en los actores que ofrecen los servicios (tomadores de decisiones y profesionales en salud), es mejor que para los usuarios, relacionado con la mirada amplia de los servicios preventivos que tienen los prestadores del servicio y el reconocimiento de las estrategias de prevención centradas en la población por parte de los Tomadores de decisiones.
- Las puntuaciones con respecto a la dimensión de Orientación a la Comunidad son bajas con respecto a la percepción de los Tomadores de Decisiones o Gestores, esto debido a la fragmentación del sistema de salud y al tiempo mínimo de implementación del Programa.
- Los hallazgos generales sugieren que el programa de APS podría estar ayudando a mejorar el desempeño de los servicios de salud de primer nivel en la comuna 4 para las dimensiones esenciales de la APS, sin embargo, aún se requieren esfuerzos para lograr el reconocimiento en la comunidad.
- Los resultados de la evaluación de la percepción de los tres tipos de profesionales de la APS en Soacha (ERI, ERC y ERB) evidenciaron articulación

en la percepción de las dimensiones, dado que la desviación estándar para cada dimensión fue similar en los tres tipos de profesionales.

11. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar el proceso de Evaluación de la Atención Primaria en Salud con todas sus dimensiones: Acceso, Puerta de Entrada, Vínculo, Portafolio de Servicios (integralidad), Coordinación, Enfoque Familiar, Orientación a la Comunidad, y Formación Profesional, para obtener un resultado más fidedigno de la eficacia del programa en el municipio de Soacha posterior a su periodo de implementación.
- Determinar los problemas más relevantes en la comunidad del municipio de Soacha y los recursos disponibles para atenderlos, con el fin de estipular el tiempo mínimo para la ejecución de la evaluación de la APS con todas sus dimensiones.
- Ejecutar un proceso exhaustivo en el periodo de aprestamiento en el modelo y específicamente en las preguntas utilizadas para la evaluación de la APS, tanto para el personal encargado de la ejecución de las encuestas con la comunidad como para los Tomadores de Decisiones y los Profesionales en Salud.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alcaldía de Soacha. (2016). Nuestro municipio.

http://www.soachacundinamarca.gov.co/indicadores_anuales.shtml?apc=bexx1&x=1462976#poblacion

Alcaldía de Soacha, & Dirección municipal. (2016). Análisis de situación de salud del municipio de soacha 2015.

Almeida, C., & Macinko, J. (2006). Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do sistema único de saúde (SUS) em nível local. série técnica 10. desenvolvimento de sistemas de serviços de saúde. brasil: OPAS/ OMS, ministério da saúde., 72-73.

Armijo M, & Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). (2011). *Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público*. cepal.

Berra, S., Hauser, L., Audisio, Y., Mántaras, J., Nicora, V., Oliveira, M. M. C. D., & Harzheim, E. (2013). Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. *Revista panamericana de salud pública. washington*.
.33(1), 30-39.

Berra, S., Rocha, KB., Rodríguez-Sanz, M., Pasarín, MI., Rajmil, L., Borrell, C., et al. Properties of a short questionnaire for assessing primary care experiences for children in a population survey. *BMC Public Health.*, 11(1), 285.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

Brito Quintana, P. E., Novick, M., & Mercer, H. (1993). El personal de salud y el trabajo: Una mirada desde las instituciones
. *Educación Médica Y Salud (OPS)*, 27(1), 4-31.

Cano Gaviria, E. (2002). La atención primaria como la única alternativa para alcanzar la medicina integral con equidad. *Boletín Cátedra Abierta: Reforma De Los Servicios De Salud En El Mundo*, (26), 6-16.

Carlos Montoya-Aguilar. (2008). Atención primaria de salud. alma ata otra vez y la experiencia de chile. *48(3)*, 147-154.

Comisión de la Comunidad Andina. (2000). Decision 486 del 2000, régimen comun sobre propiedad industrial. *El Artículo 27 Del Acuerdo De Cartagena Y La Decisión 344 De La Comisión*,

DANE. (2015). *Censo general 2015, perfil soacha cundinamarca*

Defensoría delegada para la evaluación de riesgos de la población civil como consecuencia del conflicto armado. (2011). *Sistema de alertas tempranas; informe de riesgo N° 004-11*

Delgado Gallego, M. E., Vázquez Navarrete, M. L., Zapata Bermúdez, Y., & Hernán García, M. (2005). Participación social en salud: Conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en colombia: Una mirada cualitativa. *Revista Española De Salud Pública*, 79, 697-707.

- Delgado Yepes, C. (2006). Atención primaria en salud, más pertinente que nunca. *Universidad De Antioquia, Facultad De Enfermería, Investigación Y Educación En Enfermería, Medellín., 14(2)*, 102.
- Franco, M., Kennelly, J. F., Cooper, R. S., & Ordúñez-García, P. (2007). La salud en cuba y los objetivos de desarrollo del milenio. *Panam Salud Publica, 4(21)*
- Glasgow, R. E., Vogt, T.M., & Boles, S.M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. *89(9)*, 1322-1327.
- Haggerty, J. L., Yavich, N., & Báscolo, E. P. (2009). Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en américa latina.
- Haggerty, J., & Martin, C. M. (2005). Evaluating primary health care in canada: The right questions to ask. *Ottawa: Health canada*.
- Hernández Cortina, A., & Guardado de la Paz, C. (2014). La enfermería como disciplina profesional holística. *Revista cubana de enfermería, 20(2)*, 1.
- Institute of Education, University of London. (2003). How education makes us healthy. *London Review of Education, 1(1)*, 62-74.
- Jardines Méndez, J. B. (1995). Cuba: El reto de la atención primaria y la eficiencia en salud. *Educación médica superior, 1(9)*
- King, D. K., Glasgow, R. E., & Leeman-Castillo, B. (2010). Reaiming RE-AIM: Using the model to plan, implement, and evaluate the effects of environmental change approaches to enhancing population health. *American journal of public health, 100(11)*, 2076-2084.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

- Macinko, J., Montenegro, H., Nebot Adell, C., & Etienne, C. F. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las américas.
- Mello, MM., Stearns, SC., Norton, EC. (2002). Do medicare HMOs still reduce health services use after controlling for selection bias? *health economics*. *11*, 323-340.
- Ministerio de Salud. (1993). RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993. *Recuperado De <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>*,
- Mosquera, P. A., Hernández, J., Vega, R., Martínez, J., & San Sebastián, M. (2013). Performance evaluation of the essential dimensions of the primary health care services in six localities of Bogota–Colombia: A cross-sectional study. *BMC health services research*, *13*(1), 315.
- Muñoz Pérez, MA., Mariscal, E., Rubio, E & Rey I. (2000). Desigualdades sociales en la utilización de servicios de atención primaria: Un largo camino por recorrer. *14*, 233-236.
- O. M. S. (1978). (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. *Alma-ata*. Paper presented at the Alma-Ata. (URSS)
- OMS/OPS. (2008). La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. doi:http://www.who.int/whr/2008/08_overview_es.pdf.
- Ordóñez C. (1995). La salud pública en cuba: Experiencias de un trabajador de la salud. *La Habana: Rebeca Cerda*, , 105-117.

Organizacion Mundial de la Propiedad Intelectual. (1883). **Convenio de parís para la protección de la propiedad industrial.** *Recuperado De*

Http://Www.Wipo.Int/Treaties/Es/Text.Jsp?file_id=288515,

Rocha, KB., Rodríguez-Sanz, M., Pasarín, MI., Berra, S., Gotsens, M., Borrell, C. (2011). Assessment of primary health care in health surveys: A population perspective. *Eur J Public Health., 22(1)*, 9-14.

Rodríguez, L., Ruiz, M., Acosta, N. (2016). Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en santander, colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 34(1)*, 88-95.

Rodríguez-Villamizar, L. A., Acosta-Ramírez, N., & Ruiz-Rodríguez, M. (2013). Evaluación del desempeño de servicios de atención primaria en salud: Experiencia en municipios rurales en santander, colombia. *Revista de salud pública, 15(2)*, 167-179.

Rojas Ochoa, F. (2003). Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en cuba. *Revista cubana de medicina general integral, 1(19)*

Romero, R. V., Collantes, J. M., & Ramírez, N. A. Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de suba en el logro de los atributos de la atención primaria de salud-APS1 quick assessment on the performance of the. *Revista Gerencia Y Políticas De Salud, 8(16)*, 165-190.

Rosas Prieto, A. M., Narciso Zarate, V., & Cuba Fuentes, M. S. (2013). Atributos de la atención primaria de salud (APS): Una visión desde la medicina familiar. *Acta médica peruana, 30(1)*, 42-47.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

Secretaría de Salud de Soacha. (2015). *Modelo integral de atención en salud bajo el enfoque de atención primaria*

Segredo Pérez, A. M. (2013). Clima organizacional en la gestión del cambio para el desarrollo de la organización. *Clima Organizacional En La Gestión Del Cambio Para El Desarrollo De La Organización, 39(2)*, 385-393.

Segredo Pérez, A. M., García Milian, A. J., López Puig, P., León Cabrera, P., & Perdomo Victoria, I. (2015). Enfoque sistémico del clima organizacional y su aplicación en salud pública. *Revista Cubana De Salud Pública, 41(1)*

Segredo Pérez, A. M. (2009). Caracterización del sistema de dirección en la atención primaria de salud. *Revista Cubana De Salud Pública, 35(4)*, 78-109.

Starfield, B., & Aspachs, J. P. (2001). *Atención primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. barcelona: Masson.* ()

Starfield, B., & Shi, L. (2002). Manual for the primary care assessment tools. *Baltimore: Johns hopkins university.*

Vargas, J., & Molina, G. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de colombia: Limitaciones y consecuencias. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública, 27(2)*

Vega Romero, R., Acosta Ramirez, N., Mosquera Méndez, P. A., & Restrepo Velez, O. (2009). Atención primaria integral de salud: Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud. *Bogotá: Secretaria distrital de salud.*

- Villalbí, J. R., Pasarín, M., Montaner, I., Cabezas, C., & Starfield, B. (2003).
Evaluación de la atención primaria de salud. *Atención primaria*.31(6), 382-385.
- Villalbí, J.M. & Farrés, J. (2005). Culminar la reforma de la atención primaria de salud: Gestión del cambio en barcelona, 1998-2003. , *Por El Órgano Técnico Del Consorci Sanitari De Barcelona Para El Seguimiento De La Reforma De Atención Primaria De Salud En Barcelona*, 9(35), 484 - 488.
- Villamizar, L. A. R., Rodríguez, M. R., & Ramírez, N. A. (2016). Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en santander, colombia. *Facultad Nacional De Salud Pública: El Escenario Para La Salud Pública Desde La Ciencia*, 34 (1), 8.
- Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta médica peruana*,
.28(4), 237-241.
- Violán Forsa, C., Grandes Odriozolac, G., Zabaleta-del-Olmoa, E., Gavilán Moral, E. (2012). La investigación en atención primaria como área de conocimiento. informe SESPAS 2012.26(5), 76-81.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM
PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN
PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE
SOACHA

14. ANEXOS

ANEXO 1. Formularios RE-AIM

A continuación se presentan los formularios pertenecientes al modelo RE-AIM, los cuales fueron aplicado a los tres actores: usuarios de la comunidad, profesionales en salud y tomadores de decisiones.

FORMULARIOS RE-AIM

ANEXO 2. PROPUESTA DEL TAMAÑO MUESTRAL PLANEADA PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE APS UNA VEZ FINALIZADO EL PERIODO DE IMPLEMENTACIÓN

Muestra de Comunidad

Elección de dos cuadrantes por comuna teniendo en cuenta los criterios de cobertura en la caracterización de la estrategia de APS y representatividad poblacional, es decir aquellos cuadrantes que tengan mayor cantidad de habitantes caracterizados por comuna hasta la fecha de corte del 31 de marzo de 2017.

COMUNA O CORREGIMIENTO	NÚMERO CANTIDAD DE HABITANTES POR CADA CUADRANTE SELECCIONADO	
1	Cu*. 3 (949 H*)	Cu. 4 (624 H)
2	Cu. 1 (1351 H)	Cu. 4 (274 H)
3	Cu. 1 (2084 H)	Cu. 4 (303 H)
4	Cu. 4 (3863 H)	Cu. 3 (160)
5	Cu. 3 (832 H)	Cu. 1 (266)
6	Cu. 1 (839)	Cu. 4 (281)
CORREGIMIENTO 1	Cu. 1 (475)	Cu. 2 (218)
CORREGIMIENTO 2	Cu. 3 (180)	Cu. 1 (37)

Cuadrantes elegidos por comunas, según criterios de cobertura de la estrategia de APS y representatividad poblacional. Fuente: Elaboración propia tomado de (Secretaría de Salud de Soacha, 2015).

*Cu Cuadrante

*H Habitantes

Posteriormente, se realiza el cálculo del tamaño de muestra significativa de la población correspondiente a las comunas descritas en la Tabla 5, mediante la fórmula que permite detectar una diferencia de medias entre poblaciones. Para los parámetros de confiabilidad, poder del estudio, desviación estándar y diferencias entre los índices agregados se tomaron los hallazgos de Almeida y Macinko en Brasil (Almeida, C., & Macinko, J., 2006).

$$a = 0.05, b = 0.15, d = 0,5 \text{ y } s = 0.9$$

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

Con estos parámetros se obtiene una muestra poblacional por cada comuna, por ejemplo, en la comuna 1, el tamaño de muestra correspondió a 334 usuarios, los cuales se distribuirán entre los dos cuadrantes elegidos de a 167 usuarios en un cuadrante y 167 en el otro, siguiendo la metodología descrita por (Mosquera, P. A., Hernández, J., Vega, R., Martínez, J., & San Sebastián, M., 2013).

COMUNA O CORREGIMIENTO	TOTAL POBLACION (N)	MUESTRA POBLACIONAL (n)	MUESTRA POR CUADRANTE	
			(n) 1	(n) 2
1	2472	72	36	36
2	1719	50	25	25
3	2408	70	35	35
4	4054	118	59	59
5	1341	40	20	20
6	1421	42	21	21
CORREGIMIENTO 1	852	26	13	13
CORREGIMIENTO 2	249	8	4	4
TOTAL	14516	426	213	213

Elección de la muestra estadísticamente significativa por los cuadrantes seleccionados en cada comuna. Fuente: Elaboración propia

Muestra de Profesionales en Salud

Del conjunto total de profesionales (120), se tomarán 92 profesionales como muestra estadísticamente representativa para la elaboración de los cuestionarios, de los cuales todos los del Equipo de Respuesta Básica serán encuestados.

Muestra de tomadores de decisiones

La elección del grupo de Gestores en salud, no tuvo modificaciones, debido a que son pocos individuos (8 en total).

ANEXO 3. Formato de entrega de material a personal de trabajo de campo

CODIFICACIÓN PERSONAL ENCUESTADOR	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE EL MATERIAL	CANTIDAD DE FORMULARIOS QUE RECIBE	FECHA DE ENTREGA	FIRMA DEL PERSONAL QUE RECIBE	FIRMA AUTORA
1		10	11/09/2017		
2		8	11/09/2017		
3		8	11/09/2017		
4		8	11/09/2017		
5		8	11/09/2017		
6		8	11/09/2017		
7		8	11/09/2017		
8		8	11/09/2017		
9		10	11/09/2017		
10		8	11/09/2017		
11		8	11/09/2017		
12		8	11/09/2017		
13		8	11/09/2017		
14		8	11/09/2017		
15		8	11/09/2017		
16		8	11/09/2017		
17		8	11/09/2017		
18		10	11/09/2017		

ANEXO 4. Formato de entrega de material recolectado.

CODIFICACIÓN PERSONA ENCUESTADOR	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE ENTREGA EL MATERIAL	CANTIDAD DE FORMULARIOS QUE ENTREGA	FECHA DE ENTREGA	FIRMA DEL PERSONAL QUE ENTREGA	FIRMA DEL AUTORA
1		10	29/09/2017		
2		8	29/09/2017		
3		8	29/09/2017		
4		8	29/09/2017		
5		8	29/09/2017		
6		8	29/09/2017		
7		8	29/09/2017		
8		8	29/09/2017		
9		10	29/09/2017		
10		8	29/09/2017		
11		8	29/09/2017		
12		8	29/09/2017		
13		8	29/09/2017		
14		8	29/09/2017		
15		8	29/09/2017		
16		8	29/09/2017		
17		8	29/09/2017		
18		10	29/09/2017		

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN RE-AIM PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA

ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACION

Título del estudio: Propuesta de un modelo de evaluación para el programa de atención en salud bajo el enfoque de atención primaria para la equidad y el desarrollo humano en el municipio de Soacha.

Nombre, dirección y teléfono del Investigador Principal:

Investigador principal:	Nathali Montoya. ND. MSc (c)
Correo electrónico:	nathali.montoya@javeriana.edu.co
Contacto:	316 473 66 43
Directora trabajo de grado.	María Teresa Domínguez, MD, MPH Teléfono 320 83 20 ext. 5740
Director Secretaria de Salud de Soacha.	Reyes Murillo Higuera Teléfono 730 60 60 ext. 2002

Sitio donde se realizará el estudio: MUNICIPIO DE SOACHA – SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA – PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Hoja de Información

Lo estamos invitando a participar en el estudio de acerca de la propuesta de un modelo de evaluación para el “Modelo integral de atención en salud bajo el enfoque de atención primaria” aplicado únicamente al proyecto de *Cuadrantes Saludables*.

El propósito de este estudio es contribuir satisfactoriamente en el mejoramiento del proceso de Atención Primaria en Salud en el municipio de Soacha, por medio de la propuesta de un modelo de evaluación del “Modelo integral de atención en salud bajo el enfoque de atención primaria” implementado por la Secretaria de Salud del municipio en diciembre de 2016. Para lograr este propósito, se realizaran unos cuestionarios de evaluación de pregunta cerrada que corresponden al modelo de evaluación RE-AIM y la información recolectada busca establecer el desempeño organizacional de los tres atributos de la Atención Primaria en Salud: Acceso; Integralidad; Orientación Comunitaria a partir de la perspectiva de cada uno de los actores involucrados (Comunidad, profesionales, tomadores de decisión).

Las molestias o los riesgos esperados son mínimos, su participación es absolutamente voluntaria y no existe ningún tipo de beneficio económico, dado que es un estudio académico que permitirá contribuir satisfactoriamente en el mejoramiento del proceso de Atención Primaria en Salud en el municipio de Soacha.

Si en algún momento usted decide retirarse de este, podrá hacerlo sin problema y no representara ningún inconveniente. Escuche toda la información que se le ofrece y haga todas las preguntas que considere pertinentes al investigador que se lo está explicando, antes de tomar su decisión de participar. Debe saber que usted cuenta con la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

María Teresa Domínguez. MD, MPH y la estudiante Nathali Montoya Castillo. Microbióloga Industrial y Nutricionista Dietista MSc, serán quienes dirijan el estudio por parte de la Pontificia Universidad Javeriana y el Reyes Murillo Higuera, MD, por parte de la Secretaria de Salud de Soacha.

Fecha:

Título del estudio: Propuesta de un modelo de evaluación para el programa de atención en salud bajo el enfoque de atención primaria para la equidad y el desarrollo humano en el municipio de Soacha.

Nombre, teléfono y dirección de correo electrónico de quien dirige la Investigación:

Nathali Montoya Castillo – 3164736643 - nathali.montoya@javeriana.edu.co

María Teresa Domínguez – 3208320 Ext.5740 – m-dominguez@javeriana.edu.co

Consentimiento Informado: He recibido una explicación satisfactoria sobre el procedimiento del estudio, su finalidad, riesgos, beneficios y alternativas. He quedado satisfecho con la información recibida, la he comprendido, se me han respondido todas mis dudas y comprendo que mi participación es voluntaria.

Acepto participar para el estudio y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única obligación de informar mi decisión al investigador responsable del estudio.

Nombre

Firma

No c.c

Nombre testigo

Firma

No c.c