

**Uso de Servicios de Salud Preventivos en el Municipio de Santa Rosa Cauca a Diciembre de  
2019**

**Carlos Hernando Catuche Hoyos**

Autor

**Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD**

**Escuela de Ciencias Jurídicas y Políticas**

**Especialización en Gestión Pública**

**Municipio de Santa Rosa –Cauca**

**2.020**

**Uso de Servicios de Salud Preventivos en el Municipio de Santa Rosa Cauca a Diciembre de  
2019**

**Carlos Hernando Catuche Hoyos**

Autor

**Angie Patricia Salas**

Directora del Curso

**Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD**

**Escuela De Ciencias Jurídicas y Políticas**

**Especialización en Gestión Publica**

**Municipio de Santa Rosa –Cauca**

2.020

## Dedicatoria

*Este trabajo lo dedico de manera especial a todos los trabajadores de la salud que hoy arriesgan su vida por salvar las nuestras, atendiendo los casos de la pandemia por COVID-19, Ustedes son mis héroes.*

*A mi querida madre por sus palabras de esperanza que hacen que siempre me conserve fuerte; por inculcarme la fe en Dios, su temor a Él, que es una forma de adquirir disciplina, para enfrentar las vicisitudes de la vida.*

*A mi padre querido, por enseñarme que la paciencia, es un don que contribuye a conectar el cerebro y el corazón con los actos, y a usarlo como instrumento valioso para enfrentar conflictos*

*A mi esposa Luz, mis hijos Carlos David y Karla Yissel por hacer parte de este proceso de formación en el que conjuntamente aprendimos, ustedes son el motor que me impulsa a tomar nuevos retos.*

*A mis hermanos, sobrinos y personas que interactúan con la familia porque este reto no hubiese sido posible sin su compañía, siempre estuvieron allí pendientes de cada paso, por su apoyo incondicional, ustedes son mis coequiperos, no permiten que desfallezca.*

## **Agradecimientos**

*Agradezco a Dios Todo Poderoso, por darme la vida con un conjunto de oportunidades, y permitirme crecer en un espacio maravilloso lleno de naturaleza, en un seno familiar donde el amor es el principal elemento, junto a la ayuda mutua y cooperación, que hacen que grandes dificultades se vean pequeñas.*

*Agradezco a Angie Patricia Salas, directora del curso de investigación, por ofrecer oportunidades cuando el camino de formación se tornaba intransitable y no permitía ver la luz al final del túnel, por sus palabras de aliento en el momento oportuno.*

*Agradezco a todas las personas que interactuaron conmigo en este proceso de formación de todas tome algo que se pudiera aplicar en mi contexto laboral y en mi vida profesional.*

## Resumen

Como consecuencia de los problemas que han resultado en las américas como producto de la implementación del modelo de salud basado en el mercado regulado, el cual ha colapsado el sistema de salud y se han reducido las acciones enfocadas a promocionar la salud para prevenir las enfermedades y muertes evitables, en todos los continentes se ejecutan acciones para enfocar los recursos y esfuerzos que conlleven a que el individuo sea consciente de su autocuidado. En ese sentido en Colombia con la promulgación de la ley 1438 de 2011, la ley 1751 de 2015, las cuales establecen que la atención en salud es un derecho fundamental y proponen un modelo de salud basado en la atención primaria en salud (APS). De las citadas normas resultan un conjunto de decretos y resoluciones adicionales que las reglamentan y se llevó a proponer el modelo de atención en salud MIAS el cual tiene enfoque de APS; esa propuesta de modelo se transforma en modelo de atención territorial (MAITE).

Para proponer el MAITE, es necesario conocer el estado actual de la promoción y prevención en salud por ciclo de vida como establece la resolución 3280 de 2018. En el presente trabajo se construye el estado de atención en salud con enfoque de APS y se visibilizan el grupo de servicios de salud preventiva que se ofertan, y evidencia cuáles de ellos se deben ofertar para potenciar los hábitos saludables que fortalezcan el autocuidado.

**Palabras clave:** Uso, protocolo, curso de vida, frecuencia, Atención primaria en salud (APS), modelo integral de atención en salud (MIAS), modelo de acción territorial (MAITE)

## Abstract

As a consequence of the problems that have resulted in the Americas as a result of the implementation of the health model based on the regulated market, which has collapsed the health system and actions focused on promoting health have been reduced to prevent diseases and preventable deaths, actions are carried out on all continents to focus resources and efforts that make the individual aware of their self-care. In this sense, in Colombia with the enactment of Law 1438 of 2011, Law 1751 of 2015, which establish that health care is a fundamental right and propose a health model based on primary health care (PHC). A set of additional decrees and resolutions that regulate them result from the aforementioned norms, leading to the proposal of the MIAS health care model, which has a PHC approach; This model proposal is transformed into a territorial care model (MAITE).

To propose the MAITE, it is necessary to know the current state of health promotion and prevention by life cycle as established in resolution 3280 of 2018. In this work, the state of health care with a PHC approach is constructed and the group of preventive health services that are offered, and shows which of them should be offered to promote healthy habits that strengthen self-care

**Keywords:** Use, protocol, life course, frequency, Primary health care (PHC), comprehensive health care model (MIAS), territorial action model (MAITE)

## Tabla de Contenido.

Resumen.....	5
Palabras clave.....	5
Abstract.....	6
Keywords .....	6
Lista de Figuras.....	11
Introducción .....	12
Planteamiento del Problema .....	13
Pregunta de Investigación. ....	20
Justificación.....	20
Delimitación .....	21
Problema.....	22
Objetivos .....	22
Objetivo General .....	22
Objetivos Específicos.....	22
Marco Teórico.....	23
Antecedentes. ....	23
Fundamentos Teóricos y Conceptuales.....	24
Hipótesis.....	29
Marco Metodológico.....	29
Tipo de Estudio y Diseño .....	29
Área de Estudio .....	29
Población y Muestra.....	30
Diseño de Muestreo.....	30
Tamaño de la Muestra .....	30
Unidad de Análisis .....	31
Criterios de Inclusión .....	31
Criterios de Exclusión .....	31
Recolección de Información.....	31
Fuente de Información.....	31
Técnica de Recolección de Información .....	32
Proceso de Obtención de la Información.....	32

Plan de Análisis.....	32
Resultados.....	33
Características de la Vivienda.....	33
Material predominante del Techo.....	33
Material Predominante en los Pisos.....	34
Material Predomínate de las Paredes.....	35
Servicios Públicos.....	36
Eliminación de Basuras.....	37
Servicio Sanitario.....	38
Tipo de Alumbrado que Utiliza la Familia.....	39
Preparación de Alimentos.....	40
Perfil Socio Demográfico.....	41
Nivel Educativo.....	42
Estado Civil.....	43
Situación Laboral.....	44
Salud.....	45
Perfil Socioeconómico del Hogar.....	46
Ingresos de los Hogares.....	46
Vivienda.....	47
Acceso a Servicios Preventivos.....	48
Consulta médica por prevención.....	48
Servicios preventivos primera infancia.....	49
Servicios preventivos para la infancia.....	50
Servicios Preventivos para la Adolescencia.....	51
Servicios preventivos para la juventud.....	53
Servicios preventivos para la adultez.....	54
Servicios preventivos para el adulto mayor.....	56
Servicios preventivos durante el embarazo.....	57
Medio de Transporte para la atención en salud.....	58
Tiempo usado para trasladarse para recibir atención en salud.....	59
Distancia desde la casa hasta el punto de atención en salud.....	60
Acceso a servicios Curativos o de rehabilitación.....	61
Servicio de Urgencias.....	61



Tiempo Transcurrido entre la llegada y la atención .....	62
Uso del servicio de Medicina General.....	62
Tiempo Transcurrido entre la cita y la consulta .....	63
Atención Con Especialistas .....	64
Gasto de Bolsillo .....	65
Conclusiones.....	67
Recomendaciones. ....	69
Bibliografía. ....	70

## Listado de Tablas

Tabla 1. Material Predominante del techo .....	33
Tabla 2. Material predominante de los pisos .....	34
Tabla 4. Servicios Públicos.....	36
Tabla 5. Eliminación de basuras .....	37
Tabla 6. Servicio Sanitario.....	38
Tabla 7. Alumbrado que usa la familia.....	39
Tabla 8. Preparación de Alimentos. ....	41
Tabla 9. Culturalmente como se reconoce la gente .....	42
Tabla 10. Nivel Educativo .....	43
Tabla 11. Estado Civil.....	44
Tabla 12. Situación Laboral.....	45
Tabla 13. Ingresos de los hogares.....	46
Tabla 14. Vivienda.....	47
Tabla 15. Uso de servicios médicos por prevención.....	48
Tabla 16. Servicios preventivos ofrecidos y usados para la primera infancia. ....	49
Tabla 17. Servicios preventivos ofertados y usados para la Infancia .....	50
Tabla 18. Servicios preventivos ofertados y usados para la adolescencia .....	52
Tabla 19. Servicios preventivos ofertados y usados para la juventud. ....	53
Tabla 20. Servicios preventivos ofertados y usados para la adultez.....	55
Tabla 21. Servicios preventivos ofertados y usados para el adulto mayor .....	56
Tabla 22. Servicios preventivos ofertados y usados para las gestantes .....	58
Tabla 23. Medio de Transporte usado para acceder a los servicios de salud.....	59
Tabla 24. Tiempo Usado en el traslado para usar servicios de salud .....	60
Tabla 25. Distancia desde la vivienda al punto de atención en salud .....	61
Tabla 26. Uso del servicio de Urgencias .....	61
Tabla 27. Tiempo transcurrido entre la llegada a urgencias y la atención.....	62
Tabla 28. Uso de los servicios de Medicina general.....	63
Tabla 29. Tiempo transcurrido para la atención de medicina general .....	63
Tabla 30. Remisión a especialidades .....	64
Tabla 31. Tiempo Transcurrido para la atención por especialistas.....	65
Tabla 32. Ultima atención en salud.....	65

## Lista de Figuras

Figura 1. Material predominante del techo .....	34
Figura 2: Material de los pisos.....	35
Tabla 3. Material predominante de las paredes .....	35
Figura 3 Material predominante de las paredes .....	36
Figura 4: Servicios Públicos .....	37
Figura 5. Eliminación de Basuras .....	38
Figura 6. Servicio Sanitario .....	39
Figura 7. Alumbrado que usa la familia.....	40
Figura 8. Combustible para preparar alimentos .....	41
Figura 9. Culturalmente como se reconoce la gente .....	42
Figura 10. Nivel Educativo de los Habitantes de Santa Rosa.....	43
Figura 11. Estado Civil .....	44
Figura 12. Situación Laboral.....	45
Figura 13. Ingresos de los Hogares.....	46
Figura 14. Vivienda .....	47
Figura 15. Uso de servicios médicos por prevención .....	48
Figura 17. Servicios preventivos ofertados y usados para la Infancia.....	51
Figura 18. Servicios preventivos ofertados y usados para la adolescencia.....	52
Figura 23. Medio de Transporte usado para acceder a los servicios de salud. ....	59
Figura 24. Tiempo Usado en el traslado para usar servicios de salud .....	60
Figura 25. Distancia desde la vivienda al punto de atención en salud.....	61

## Introducción

El acceso a los servicios de salud es un problema general que afronta el sistema de salud colombiano, el modelo ha llevado a que las prestaciones de los servicios de salud tengan un enfoque curativo y no preventivo, descuidando el componente de hábitos y estilos de vida saludable los cuales contribuyen a reducir la morbilidad, y de hecho a reducir los costos en salud para el sistema, para la sociedad y la familia.

La concepción de la salud como un mercado ha llevado a que las prestaciones de los servicios de salud se concentren en sitios poblados donde la demanda es mayor y la salud es un negocio, descuidando las zonas rurales y rurales dispersas en donde la población es menor y de hecho las ventas son reducidas.

Desde el año 2011 con la promulgación de la ley 1438 por medio de la cual se reforma el sistema de seguridad social en Colombia, se introducen cambios los cuales tienen como propósito, implementar un modelo de salud basado en la atención primaria en salud, en el que el que los hábitos y estilos de vida saludable del individuo y la familia son un factor importante, se inicia además la concepción de la salud como un derecho y no como un servicio.

En el año 2015 la ley estatutaria ratifica lo regulado por la ley 1438 de 2011 y establece de manera explícita que la salud es un derecho, y que se deben promover modelos de salud basados en APS de acuerdo a las características de cada territorio.

El modelo propuesto tiene como eje central la promoción de la salud, programas de salud preventivos, por eso es importante conocer como los habitantes de un determinado territorio los usan actualmente, constituyendo un punto de partida (diagnostico – línea base) para que más adelante se pueda comparar y mostrar avances o retrocesos si llegara el caso.

## Planteamiento del Problema

El uso de los servicios de salud es un componente del acceso, que se define como el “acceso efectivo” al servicio, (Ingrid Vargas-Lorenzo, M. Luisa Vázquez-Navarrete y Amparo S. Mogollón Pérez. Acceso a la atención en salud en Colombia. 2010, Fajardo y Gutiérrez, 2015) que resulta cuando las personas buscan atención por una necesidad en Salud (Pedro Ypanaque-Luyo, Mónica Martins 2015); el uso puede ser inducido por las estrategias de promoción o demanda inducida que realizan los aseguradores, o derivada de un estado de enfermedad de la persona, o, por una iniciativa personal de autocuidado.

En el uso de los servicios de salud preventivos se hacen efectivas las estrategias de información y comunicación que las empresas de planes de beneficios EAPB han implementado para que los usuarios acudan a la red, para evaluar el estado de salud de las personas, e identificar exposición a factores de riesgo. El uso de servicios de salud preventivos favorece el desarrollo de poblaciones saludables y longevas, al reducir las enfermedades y muertes evitables, a través de una interacción armoniosa entre la oferta y la demanda de un servicio de salud oportuno, accesible y de buena calidad que responde a las necesidades de salud de la población (Mickey Chopra 2009).

En Colombia mediante resolución 3280 de 2018 la cual adopta los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y establece los lineamientos operativos, ordena que la atención del individuo se realice de acuerdo al curso de vida. El cumplimiento de esa regulación lo vigilan las entidades territoriales, hacen seguimiento a los indicadores de ejecución para garantizar que la población asuma procesos individuales de

evaluación del riesgo en salud, enfocados a detectar a tiempo, procesos de enfermedad, evitando que se puedan convertir en enfermedades de alto costo.

Anualmente las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) dan a conocer las metas de los programas de promoción y mantenimiento de la salud, evidenciando la gestión realizada (gestión del riesgo) en la que los asegurados de acuerdo a su edad usan servicios de salud preventivos. De acuerdo al informe presentado por las EAPB en el año 2019 los indicadores de servicios de promoción de la salud del municipio de Santa Rosa Cauca, se encuentra por debajo del cumplimiento de los del departamento del Cauca, por ejemplo la proporción de mujeres entre 50 y 69 años que se tomaron mamografía para el municipio de Santa Rosa es del 2,55%, mientras que las del departamento del Cauca es del 19,55%; el porcentaje de mujeres entre 25 y 29 años que se tomaron citología cervico uterina para el municipio de Santa Rosa es del 46,45% y para el departamento del Cauca es del 68.89%; Coberturas de vacunación para menores de un año, municipio de Santa Rosa 88,9%, Cauca 94%, Coberturas de vacunación para niños de un año Santa Rosa 44,7%, Cauca 78,2%; Coberturas de vacunación para niños de 5 años Santa Rosa 66,7%, Cauca 72%. Porcentaje de Jóvenes entre 10 y 24 años que asisten al programa control del desarrollo del Joven Santa Rosa 24%, Cauca 49% (Informe Control del Riesgo Asmet Salud 2019).

Los niños nacidos con 4 o más consultas del control prenatal para el municipio de Santa Rosa es del 63,6%, para el departamento del Cauca, 86,48% (ASIS 2019).

Al evaluar el flujo de recursos de aseguramiento en salud, régimen subsidiado, para el municipio de Santa Rosa año 2018, se encontró que existen 3421 afiliados al régimen subsidiado. El informe registra que 3418 usuarios gastaron 2.200 millones, mientras que 3 son usuarios de

alto costo gastaron 600 millones, lo que evidencia que esos usuarios (de alto costo) representan mayor gasto para el sistema y resulta menor gasto garantizar servicios de salud preventivos.

Para proponer un modelo de atención en salud es importante conocer como los habitantes usan los servicios de salud hasta el momento, lo que se constituye en un punto de partida o línea base desde donde parten las acciones propuestas, más adelante se podrán medir los logros alcanzados.

La tendencia a no usar servicios de salud preventivos no solo se registra en la zona rural, es de igual forma en la zona urbana; en 2011, menos de la quinta parte de los habitantes de un sector de la ciudad de Cali afirmaron que usan los servicios de salud preventivos (Constanza Díaz Grajales, Yolanda Zapata, Bermúdez y Juan Carlos Aristizábal Grisales. Acceso a los servicios preventivos en los regímenes contributivo y subsidiado de salud en un barrio estratificado de la ciudad de Cali. 2011). Esta situación es un llamado a la salud pública y los tomadores de decisiones para que adopten mecanismos que contribuyan a la sensibilización social para el uso de servicios de salud preventivos.

Un aspecto que las autoridades en salud siguen con gran detalle es el proceso de atención prenatal, buscando un control adecuado en la gestante que genere adherencia al programa y que concluya en el parto institucional y en la atención del postparto, con el producto madre-recién nacido sanos; según el sistema de salud, regiones como el pacífico colombiano registran los más altos indicadores de mortalidad perinatal, en donde factores como el número de hijos, el nivel educativo, el lugar de residencia de la madre, la profunda inequidad territorial, la baja provisión y acceso, son aspectos que lo determinan. (Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. 2007)

Los estudios sobre acceso a los servicios de salud han determinado que el uso es uno de los componentes del acceso, junto a la disponibilidad del servicio, oferta, aspectos geográficos entre otros, que contribuye a la pervivencia de inequidades en el estado de salud, y al incremento de las brechas sociales (Esperanza Echeverri López (2012), igualmente contribuye a la ocurrencia muertes prematuras evitables.

Gran parte de los estudios de acceso y uso de los servicios de salud se centran en zonas urbanas, donde existen varios aspectos que son una barrera para el acceso, como los aspectos económicos, el nivel educativo, los horarios de atención, la falta de información sobre el derecho a la salud, (Tovar-Cuevas, Luis Miguel; Arrivillaga-Quintero, Marcela. 2015).

Una considerable porción de ciudadanos prefiere dirigirse a las unidades hospitalarias cuando presentan una evidente condición de morbilidad, usando servicios curativos y no los preventivos (Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. 2014), lo que muestra un bajo nivel de información para el uso de servicios de salud preventivos basados en el autocuidado.

Esta tendencia, es la resultante de la implementación de la ley 100 de 1993, que instauró un modelo de libre mercado en donde la esencia del servicio se centra en la oferta de servicios curativos.

Dentro de los efectos de la ley 100 de 1993, se evidencia que existe en el proceso de oferta y demanda de los servicios de salud, una postura en la que no se toma la salud como un derecho, sino como una oportunidad de mercado, aspecto que ha sido tema de largas discusiones y estudios, en los cuales se cuestiona a las instituciones públicas para que en uso de su autonomía



promueven o no la justicia social, la organización de los servicios de salud en los que se incluya la prestación de los servicios en igualdad de oportunidades.

El acceso a los servicios de salud vista desde la lógica de la justicia social provee una visión alternativa de equidad en el acceso de los servicios de salud; aspecto que puede ser comparado o entendido como la noción de igualdad tomando la sociedad como un conjunto y no como una particularidad, aspecto que permite entender la salud como un derecho (Marcela Arrivillaga, Yadira Eugenia Borrero. 2013), desde esta postura es importante analizar la prestación de servicios de salud preventivos ya que por su bajo costo o por la dependencia del usuario no son un negocio en las zonas rurales y rurales dispersas.

Continuando con el recorrido por las regiones de Colombia en la Guajira en 2009 se documentaron limitaciones para la oferta de servicios de salud preventivos, su uso se ve condicionado por el difícil acceso geográfico y económico, y las creencias culturales que llevan a la población rural a recibir una primera atención por parte del curandero o yerbatero contribuyendo a un deterioro general en salud en especial en la población infantil. (Paula Milena Ceferino Rodríguez. Asistencia Preventiva al Sistema de Salud en la Zona de Influencia del Cerrejón: Factores Influyentes en el año 2009).

En Santander año 2013 se documentaron dificultades relacionadas con atención de servicios de salud preventiva (Departamento de Santander), propuesto para la atención de diferentes programas de salud en zonas rurales, permitió observar falta de claridad y pertinencia en el diseño, las acciones ejecutadas no logran adherencia a los programas, no son claras las estrategias de intervención debido a que plantean dar cumplimiento a acciones temporales en metas de Salud Pública- promoción y prevención y no a buscar permanencia en el tiempo buscando conductas de autocuidado en el usuario. (Laura A. Rodríguez-Villamizar, Naydú

Acosta-Ramírez y Myriam Ruiz-Rodríguez: Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria en Salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia Departamento de Salud Pública, Universidad Industrial de Santander. Colombia 2013).

En Colombia el Departamento Administrativo de Estadística DANE, es la autoridad en cuanto a estadísticas y proyecciones poblacionales; sin embargo existen territorios donde la proyección de población es muy diferente a la encontrada en campo (Censo local de Población Santa Rosa Cauca 2019), esta situación preocupa a las autoridades locales debido a que los indicadores incluyen aspectos demográficos, al respecto diferentes autores consideran que en territorios donde la población rural es mayor a la que previamente se ha calculado, se puede incurrir en errores en la planeación del gasto para su desarrollo ya que se desconoce con claridad la cantidad de la población objeto y sobre todo sus características sociodemográficas, esto como consecuencia conlleva a que el sector rural y el urbano tengan diferentes modelos de desarrollo y de planeación con múltiples dificultades, reflejándose en la calidad de vida de la población, la morbilidad y mortalidad. (Diana R. Rodríguez-Triana<sup>1</sup>, John A. Benavides-Picarón. Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud 2013)

Al revisar la situación en otros países se encontró que en Europa en el año 2013, tomando los informes de la oficina estadística de la Unión Europea, los sistemas de salud han alcanzado reducir las brechas de desigualdad en salud entre la zonas urbana y rural , además revelaron que más del 40% de la población en Europa vive en las ciudades, mientras que el 28% habita en zonas rurales y el 32% restante habita en zonas intermedias, como pueblos o suburbios y todos acorde a sus necesidades sin importar su ubicación geográfica gozan de buena disponibilidad de servicios de salud y hacen uso razonables de los mismos. (MINHO C, Eleonor; RODRIGUES F,

Marcia. Análisis de la integración de la atención primaria en salud en la red de servicios en Europa y América Latina. Marzo, 2003).

En Cuba se han construido políticas de desarrollo social que han mejorado la calidad de vida de la población, en las zonas rurales y municipios suplieron las necesidades de saneamiento básico, y simultáneamente, diseñaron políticas que favorecieron a segmentos poblacionales vulnerables: mujeres, niños, niñas, ancianos y población rural, se mejoró la disponibilidad y el uso de los servicios de salud, lo que redujo las brechas existentes. Por esta y otras razones, Cuba fue uno de los primeros países en América Latina en dar el primer paso en la búsqueda de la equidad en salud, al implementar políticas en Atención Primaria en Salud (APS), buscando que el individuo se convierta en el gestor de su propia salud, desarrolle patrones de autocuidado y demande servicios en busca de la disminución de los efectos que puedan causar los factores de riesgo. (Gálvez González AM, González López R, Álvarez Muñiz M, Vidal Ledo MJ, Suárez Lugo NC, Vázquez Santiesteban M. Consideraciones económicas sobre la salud pública cubana y su relación con la Salud Universal. Rev Panam Salud Publica. 2018).

Volviendo al contexto local, el municipio de Santa Rosa en cuanto a infraestructura en salud dispone de un hospital de primer nivel en la zona urbana y un centro de salud ubicado en un corregimiento, ambos con capacidad instalada limitada, desde los cuales se ofrece atención médica básica a la población. (ASIS 2019).

Respecto a la composición de la población existen indígenas y campesinos. Pero los indígenas haciendo uso de sus costumbres y tradiciones culturales acuden a la medicina tradicional ofrecida por personal de su comunidad.

Santa Rosa cuenta con 4 corregimientos, 40 veredas y 8 cabildos indígenas, 2 de la etnia yanacona y 6 de etnia inga y en su interior existe dificultad en el desplazamiento por falta de vías de comunicación, bajos ingresos económicos y la no disponibilidad de la tecnología.

En el Municipio de Santa Rosa – Cauca, las autoridades locales buscan implementar el modelo de acción integral territorial (MAITE), con un enfoque de derechos, para lo cual necesitan un diagnóstico que en lo consecutivo permita mostrar los avances obtenidos.

Para alcanzar transformaciones sociales lideradas desde el estado o el gobierno requiere de compromiso, liderazgo y gestión, con adecuadas políticas públicas que respondan a la realidad local contribuyendo al desarrollo integral, basado en planeación estratégica que responda a la realidad; la realidad se conoce y se interpreta con un adecuado diagnóstico.

### **Pregunta de Investigación.**

¿Teniendo en cuenta el diseño de prestación de servicios de salud pública enfocado en la gestión del riesgo individual y colectivo, por ciclo de vida, cómo los hogares del municipio de Santa Rosa usaron los servicios de salud preventivos durante el año 2019?

### **Justificación.**

En el uso de los servicios de salud se hace efectivo el derecho fundamental, consagrado en la Constitución Política Colombiana, y regulado en la ley 1438 de 2011 y en la ley estatutaria de salud la que literalmente establece que la salud es un derecho el cual debe garantizar el estado por intermedio de su organización política. A partir de la constitución de 1991 las discusiones sociales incluyen la reclamación de derechos, para garantizarlos, los territorios, deben

implementar, planes, políticas y proyectos diseñados de manera estratégica, que respondan a las necesidades reales de la población.

Con la resolución 2626 de 2019 el estado colombiano se propone implementar el modelo de atención integral territorial, el cual busca fortalecer la atención primaria en salud, desarrollar acciones de gestión del riesgo en salud para reducir la congestión de las instituciones de salud de mayor complejidad.

Para implementar un plan es importante conocer el punto de partida, un diagnóstico inicial, en este caso se necesita saber el uso de los servicios de salud como lo establece la resolución 3280 de 2016 que establece a atención integral de salud de acuerdo al curso de vida, con los resultados diseñar estrategias de información y comunicación dirigidas a los grupos poblacionales que registran bajos niveles de uso de servicios de salud preventivos para exhortarlos a que los usen y evitar que se expongan a procesos de morbilidad que desatendidos se pueden convertir en enfermedades de alto costo, las cuales significan mayores gastos para el sistema de salud y sobre todo a reducir muertes evitables.

Lo que busca el presente estudio es aportar el diagnóstico inicial que el municipio de Santa Rosa necesita para implementar el modelo de atención integral territorial (MAITE)

## **Delimitación**

Geográficamente el estudio se realizará en el municipio de Santa Rosa – Cauca, metodológicamente se centrará en identificar las causas por las cuales los habitantes del municipio no usan los servicios de salud preventivos y temporalmente se tomará lo sucedido en el año 2019.

## **Problema**

Existe desconocimiento de los factores o razones por las cuales los habitantes del municipio de Santa Rosa no usan los servicios de salud preventivos. Por otro lado, los estudios sobre uso de los servicios de salud se centran en los servicios curativos y no en los preventivos.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Identificar los aspectos relevantes que interfieren en el uso de los servicios de salud preventivos (gestión del riesgo) de los habitantes del municipio de Santa Rosa –Cauca durante el año 2019

### **Objetivos Específicos.**

Describir el proceso mediante el cual los habitantes del municipio de Santa Rosa usan de los servicios de salud preventivos en cada uno de los corregimientos.

Describir la forma mediante la cual los habitantes del municipio de Santa Rosa de acuerdo a su curso de vida usan los servicios de salud preventivos.

## Marco Teórico

### Antecedentes.

El uso de los servicios de salud se ha estudiado como parte de los componentes del acceso, entendido este último como el conjunto de barreras que limitan el goce efectivo de los servicios de salud. El uso de los servicios de salud depende de la disponibilidad o la oferta que exista en el medio donde el individuo reside, para el uso de los servicios de salud de acuerdo a la resolución 3280 de 2018 se agrupan los individuos por curso de vida.

La mayor parte de los estudios de acceso y uso de los servicios de salud en Colombia, se han centrado en las zonas urbanas, los estudios existentes orientados hacia las zonas rurales son limitados, y se enfocan principalmente a experiencias de implementación de modelos de promoción y prevención que se centran en cumplir indicadores de gestión del riesgo en salud. Además, el enfoque de los estudios está dirigido a los servicios curativos asistenciales y no a los servicios de salud preventivos.

Existen estudios sobre uso de servicios de salud en donde se registran experiencias que invitan a la reflexión sobre la disponibilidad. En el año 2009 en Sur África desconcentraron los servicios de salud urbanos para distribuirlos en la parte rural con el objeto de atender una epidemia que enfrentaban en ese momento, aspecto que contribuyó a su contención. En los países europeos la disponibilidad de los servicios es amplia incluso en las zonas rurales, acompañadas de un proceso de sensibilización que conlleva a que el individuo acuda a servicios preventivos con el objeto de identificar riesgos en salud y adoptar conductas saludables.

En Cuba la revista cubana de salud pública presenta evidencias como se ha logrado fortalecer el proceso de atención en salud basado en medicina familiar, atención primaria en

salud, centrada en la adopción de estilos de vida saludable. Su organización permite que un grupo de personas tengan un equipo de profesionales de la salud que los visita y guía en el proceso de uso de los servicios siempre enfocado en la parte preventiva, detectando riesgos y tomando decisiones tempranas.

En América Latina países como Colombia, Chile y Costa Rica han adoptado el modelo de salud de Estados Unidos el cual se basa en el concepto del mercado, oferta y demanda, en donde el usuario acude a los servicios cuando existe un proceso de morbilidad avanzado, la atención es institucional en las zonas urbanas, debido a que la mayor parte de la capacidad tecnológica instalada se encuentra en esos sitios. Son escasas las experiencias en atención en salud basada en atención primaria con promoción adecuada del servicio.

## **Fundamentos Teóricos y Conceptuales**

Las políticas públicas son el conjunto de normas, regulaciones, proyectos, actividades que el estado, el gobierno, mediante la gestión pública articulan para atender un problema; requiere de un proceso de gestión que recoja la participación social, lo político, económico, psicológico e institucional, que conduzcan la toma de decisiones a priorizar el gasto en aquellos sectores que contribuyan a neutralizar las causas del problema.

El uso de los servicios de salud es la demanda efectiva del servicio cuando existe disponibilidad, está sujeto a las necesidades del usuario, y a su vez a la información y promoción recibida por este, para que motivado por conservar un buen estado de salud los demande.



La posición de Donabedian, abordando la concepción de mercado en la prestación de servicios de salud afirma que la disponibilidad y uso de servicios de salud es simplemente una interacción efectiva entre los recursos, la población y los servicios médicos.

En este orden de ideas, independiente de los enfoques desde donde se aborde el tema, la mayoría de los estudios coinciden en que la disponibilidad y uso de los servicios de salud es un problema social y estructural que afecta principalmente a los países en desarrollo por su alto índice de pobreza, en ellos se reflejan grandes diferencias de oportunidad y calidad entre los grupos poblacionales.

En países de Europa para garantizar la disponibilidad y uso de los servicios de salud se ha optado por distribuir la infraestructura de manera estratégica de acuerdo a la concentración de población donde el estado asume directamente la administración de los servicios, con enfoque de APS.

En América Latina los estados exhortados por el banco mundial han adoptado un modelo de mercado para la prestación de servicios de salud, con seguros privados, o seguros asumidos por el estado. El enfoque del modelo de mercado es asistencial, curativo, carece de atención primaria en salud. La lógica del mercado conlleva a ubicar los negocios en sitios estratégicos donde más se venda, donde haya más clientes, parecido a la estrategia del marketing, aspecto que perjudica los sitios apartados, las zonas rurales y rurales dispersas, en las cuales no se invierte en infraestructura en salud porque en esos lugares el negocio no es lucrativo.

Al adoptar la prestación de servicios de salud desde la lógica del mercado incrementa los problemas en el uso y disponibilidad de los servicios de salud, se acentúan más en zonas rurales y rurales dispersas que en las zonas urbanas. Chopra y colaboradores en estudio realizado en el

año 2009 en Sudáfrica presentan un caso de re-direccionamiento de acciones políticas y estructurales para garantizar disponibilidad y uso de servicios de salud en zonas apartadas.

En Cuba como una estrategia para garantizar servicios de salud en zonas apartadas se adelantó un proceso integrado a largo plazo, se distribuyó la infraestructura en salud en sitios estratégicos con recurso humano formado en APS y Familia. De igual manera se realizaron inversiones en infraestructura social (acueducto y alcantarillado) para reducir los riesgos en salud existentes en el medio.

Para la prestación de servicios de salud se organizan de acuerdo a su nivel de complejidad. En el nivel primario aparece la atención inicial la cual se basa en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana del riesgo; las intervenciones se las agrupa por programas de acuerdo al ciclo de vida y a la situación en salud que el individuo afronte. La resolución 5621 de 1994 establece que el nivel primario de atención en salud se debe prestar en el área de residencia del individuo.

En Colombia desde el año 2011 con la promulgación de la ley 1438, se promueve un nuevo direccionamiento en la prestación de servicios de salud el cual busca garantizar el uso en cualquier lugar del país, tomando como pilar la APS y la salud pública. Surge el Plan Decenal de Salud Pública, como herramienta de planificación a nivel local, para que los gobiernos locales piensen la salud desde los territorios, con todos los componentes que la afectan: el uso y la disponibilidad del servicio, los determinantes sociales, estructurales, políticos e intermedios, con conocimiento de la situación en salud, propone que se debe garantizar bienestar al usuario el cual se debe adoptar como eje central para todas las políticas en salud.

Como complemento al plan decenal de salud pública, el estado propone crear un modelo integral de atención en salud (MIAS) que se ajuste a las particularidades de cada territorio es

decir que disponga de la infraestructura en salud necesaria, el personal suficiente, con enfoque de APS, apartándose del modelo de mercado.

La Declaración de Alma Ata define la Atención Primaria en Salud como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante la participación ciudadana y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar; con una estrategia de organización de los sistemas de salud y la sociedad para promover la salud, usando como herramienta la promoción de la salud y prevención de la enfermedad” (1979) .

La Organización Panamericana de la salud afirma “...Un Sistema de Salud Basado en la APS es un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema” (OPS, 2007).

La inserción del MIAS con enfoque de APS, esta propuesto para contribuir a la solución de los problemas de disponibilidad y uso de los servicios de salud, su implementación reduce las barreras de acceso a los servicios de salud y atiende las particularidades de los diferentes grupos humanos ya que contempla el enfoque diferencial en la atención.

Con relación al acceso a los servicios de salud Arrivillaga y Borrero en estudio denominado “Visión comprensiva y Crítica de los Modelos Conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970 – 2013” clasifican el acceso en cinco categorías:

El primero Acceso a los servicios de salud en la lógica de los “mínimos decentes” el cual consiste en la oferta de un paquete de servicios mínimos considerado adecuado para la atención, es decir garantizar un paquete mínimo a las personas. El segundo modelo, acceso a los servicios

de salud en la lógica del mercado: usa la concepción del modelo de accesibilidad de Julio Frenk (1985) el cual establece diferencias entre, acceso, accesibilidad, y disponibilidad de servicios de salud. Plantea que el acceso debe estar en función de la oferta y la demanda de los servicios de salud. El tercer modelo, Acceso a servicios de salud en la lógica de la multicausalidad (Aday y Andersen 1995). Existen muchos factores que intervienen en el acceso a los servicios de salud, la oferta y la demanda de servicios de salud, la organización de los servicios de salud, el comportamiento del individuo, los factores políticos, el sistema de salud, los determinantes, la satisfacción del consumidor, la manera como el individuo ve la enfermedad, los factores sociales y epidemiológicos, la accesibilidad, la aceptabilidad, la disponibilidad y acomodación, todos hacen que el individuo demande o no los servicios de salud. El cuarto modelo, acceso a servicio desde la lógica de las necesidades (Goddard & Smith 2001). Definen la necesidad como la carencia de algo que se considera imprescindible para resolver una situación, en este caso la atención en salud. Con ese concepto a partir de características poblacionales como la mortalidad y la morbilidad los gobiernos destinan recursos para la atención en salud. Desde esa posición el deber ser de la oferta de servicios, será en términos de igualdad para las personas en condiciones iguales. El quinto modelo acceso a los servicios de salud desde la lógica de la justicia social (Ruger 2007), plantea que la salud es un derecho humano y bajo ese principio de se deben desarrollar normas y procedimientos que faciliten su acceso.

Para este estudio de acuerdo a lo anterior se tomará el modelo propuesto por (Ruger 2007) La Salud como un derecho humano.

La prestación de servicios de salud posee protocolos de atención según el programa que se oferte, existe protocolo para la atención de la gestante, para el control y crecimiento del niño(a), protocolo para la atención del joven, para la atención del adulto y para la atención del

adulto mayor. Los procesos de atención individual en salud con servicios preventivos, frecuencias y programas según el curso de vida están regulados por la resolución 3280 de 2018.

Existen programas transversales como programa ampliado de inmunizaciones, salud sexual y reproductiva (citologías, planificación familiar), Control de la diabetes y la hipertensión arterial y control del adulto mayor.

### **Hipótesis**

Los procesos de gestión institucional en el municipio de Santa Rosa Cauca son débiles, han contribuido a que los habitantes no usen los servicios de salud preventivos como producto de la baja promoción de los servicios y la escasa demanda inducida que realiza la empresa administradora de planes de beneficios.

### **Marco Metodológico.**

#### **Tipo de Estudio y Diseño**

Se trata de una a partir de la información sociodemográfica y de servicios de salud del municipio de Santa Rosa - Cauca. Este estudio se realizará con fuentes primarias del municipio de Santa Rosa Cauca, se pretende establecer y cuantificar como los habitantes de este territorio usan de los servicios preventivos.

#### **Área de Estudio**

Área urbana y rural del municipio de Santa Rosa departamento del Cauca.

## **Población y Muestra**

La Población de estudio son los hogares de las zonas urbana y rural del Municipio de Santa Rosa, con más de seis meses de permanencia dentro del municipio.

Para tomar la muestra se tendrá en cuenta el censo de caracterización de la población del municipio de Santa Rosa año 2019, el cual evidencia que existen 5.094 habitantes distribuidos en 1.355 hogares en 4 corregimientos.

## **Diseño de Muestreo**

Se realizará un muestreo estratificado por etapas considerando el tamaño de la población los hogares del municipio de Santa Rosa según el censo de caracterización de la población año 2019.

## ***Tamaño de la Muestra***

Para el tamaño de la muestra se tienen en cuenta los siguientes valores y formula para población finita

Nivel de confianza 95%

n. = Tamaño la muestra (en este caso 1.355 hogares)

$Z^2 = 1.96^2$  (ya que el nivel de confianza es del 95%) y se considera población normal.

p. = proporción esperada de preferencia (en este caso 50% = 0,5)

q. = 1-p (en este caso 1- 0,5 = 0,5)

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q}{d^2}$$

d.= margen de error (en este caso se desea un 5%)

Sustituyendo los valores en la formula el tamaño de la muestra es 299

### **Unidad de Análisis**

Hogar del Municipio de Santa Rosa Cauca

### **Criterios de Inclusión**

- Hogares con permanencia en el municipio de Santa Rosa superior a los seis meses.
- Hogares que tenga como lugar habitual el municipio de Santa Rosa Cauca
- Que en el hogar se encuentre una persona mayor de 18 años en condiciones óptimas físicas y psíquicas para diligenciar y terminar la encuesta.
- Participar en el estudio de forma voluntaria.

### **Criterios de Exclusión**

- Hogares con permanencia en el municipio de Santa Rosa inferior a los seis meses.
- Que en el hogar no encuentre una persona mayor de 18 años en condiciones óptimas físicas y psíquicas para diligenciar y terminar la encuesta.
- Hogares que no deseen participar de forma voluntaria en el estudio

### **Recolección de Información**

*Fuente de Información*

Persona representante del hogar encuestada habitante del municipio de Santa Rosa –  
Cauca

### ***Técnica de Recolección de Información***

Aplicación de una encuesta. El instrumento utilizado en esta investigación es una adaptación, de la encuesta validada de acceso a servicios de salud para hogares colombianos (Arrivillaga, Aristizábal, Pérez, y Estrada, 2016)

### ***Proceso de Obtención de la Información.***

Para la obtención de los datos se realizará entrenamiento a los encuestadores, que será personal calificado con conocimiento de programas de salud preventiva. Adicionalmente, se realizará supervisión del trabajo de campo y verificación de los datos registrados en la encuesta.

### **Plan de Análisis**

Se señalará un análisis exploratorio de los datos donde se buscarán valores extremos mediante tablas de frecuencia para datos cualitativos y graficas de cajas y bigotes para datos cuantitativos, con esto se realizará el proceso de calidad de la información recolectada en las encuestas.

Para el análisis estadístico se realizará en las variables cualitativas medidas de frecuencia, para las variables cuantitativas se realizarán medidas de tendencia central y dispersión.

Como tercer paso se realizará un análisis según las tablas de frecuencia, el cual se enfocará de manera particular por corregimiento y por curso de vida

El análisis será ejecutado en el programa SPSS versión 19



## Resultados

### Características de la Vivienda

#### *Material predominante del Techo*

Las viviendas del municipio de Santa Rosa el 60,76% tiene techo de zinc, el 18,99 de eternit, el 7,59% de paja cartón, o material de desecho y el 12,66% teja de arcilla. (tabla 1).

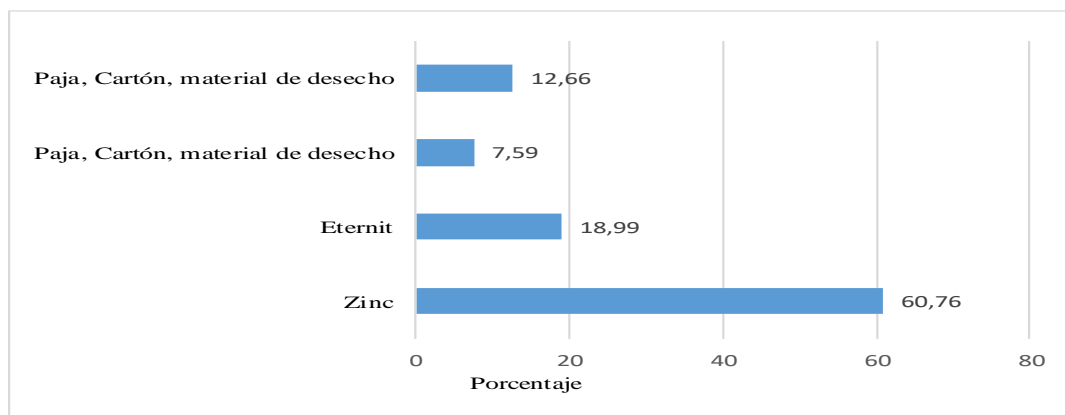
Más del 80% de las viviendas poseen techos de mala calidad, permite asumir que las condiciones económicas no son la mejores. Además, las viviendas con techos de material de mala calidad están en la zona rural o rural dispersa.

Tabla 1. Material Predominante del techo

Tipo	%
Zinc	60,76
Eternit	18,99
Paja, Cartón, material de desecho	7,59
Paja, Cartón, material de desecho	12,66

Fuente: Presente Estudio

Figura 1. Material predominante del techo.



Fuente: Presente Estudio

### ***Material Predominante en los Pisos.***

Las Viviendas del Municipio de Santa Rosa – Cauca el 30,38% tiene piso de tierra, el 1,27% concreto pulido, el 1,27% madera pulida, el 34,18% concreto primario, el 31,65 madera burda y el 1,27% cerámica. (tabla 2).

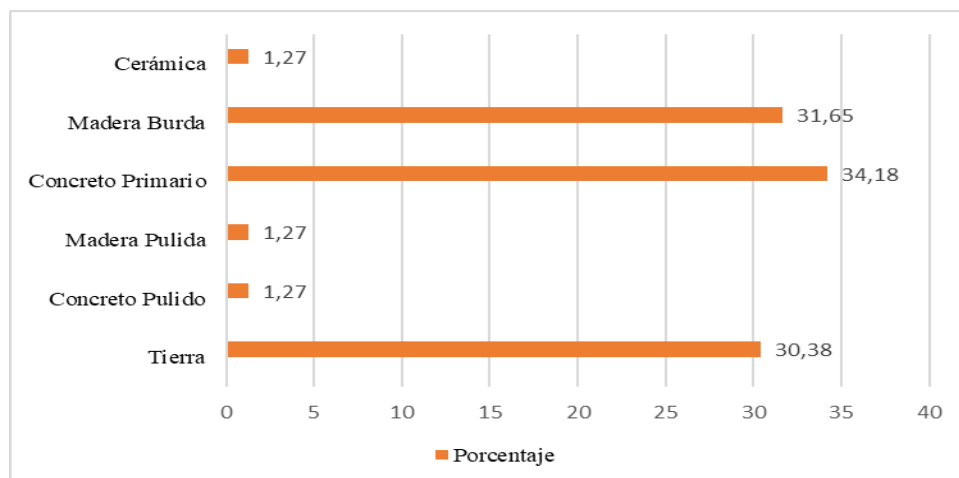
En general los pisos de las viviendas son de materiales que facilitan la proliferación de vectores que pueden transmitir enfermedades parasitarias, lo cual constituye un riesgo para las personas que las habitan en especial los grupos vulnerables, niños, adolescentes, gestantes y adultos mayores.

Tabla 2. Material predominante de los pisos

Tipo	Tierra	Concreto Pulido	Madera Pulida	Concreto Primario	Madera Burda	Cerámica
Porcentaje	30,38	1,27	1,27	34,18	31,65	1,27

Fuente: Presente Estudio

Figura 2: Material de los pisos



Fuente: Presente Estudio

### ***Material Predominante de las Paredes***

Las viviendas del municipio de Santa Rosa – Cauca el 1,27% tiene paredes de bloque ladrillo, piedra, o madera pulida; el 18,99% de bahareque, el 63,29% de madera burda, tabla o tablón; el 1,27% de zinc, tabla, cartón, latas o materiales de desechos plásticos, el 8,86% de tapia pisada o adobe; el 6,33% de guadua, caña, esterilla u otro vegetal. (tabla 3)

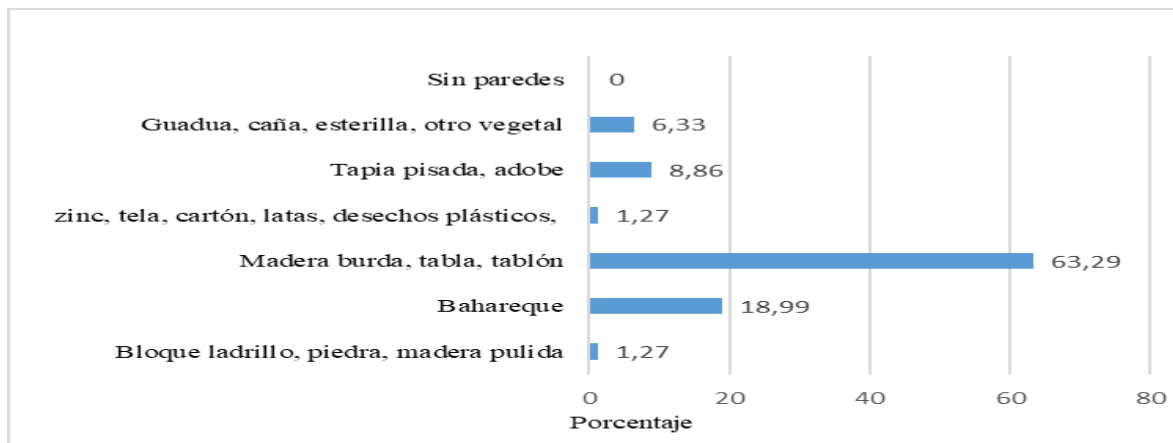
Los materiales en general no son las mejores, igual que techos y pisos en su mayoría están contruidos en materiales de mala calidad, perforables, fácil de acceder por diferentes agentes del medio

Tabla 3. Material predominante de las paredes

Tipo	Bloque ladrillo, piedra, madera pulida	Bahareque	Madera burda, tabla, tablón	zinc, tela, cartón, latas, desechos plásticos,	Tapia pisada, adobe	Guadua, caña, esterilla, otro vegetal	Sin paredes
Porcentaje	1,27	18,99	63,29	1,27	8,86	6,33	0

Fuente: Presente estudio.

Figura 3 Material predominante de las paredes



Fuente: Presente Estudio

### *Servicios Públicos*

En el municipio de Santa Rosa – Cauca el 15,19% de las viviendas tiene alcantarillado, el 8,86 tiene teléfono (celular), el 11,39% posee acueducto, el 11,39% posee servicio de recolección de basura, ninguna vivienda está conectada al servicio de gas natural domiciliario.

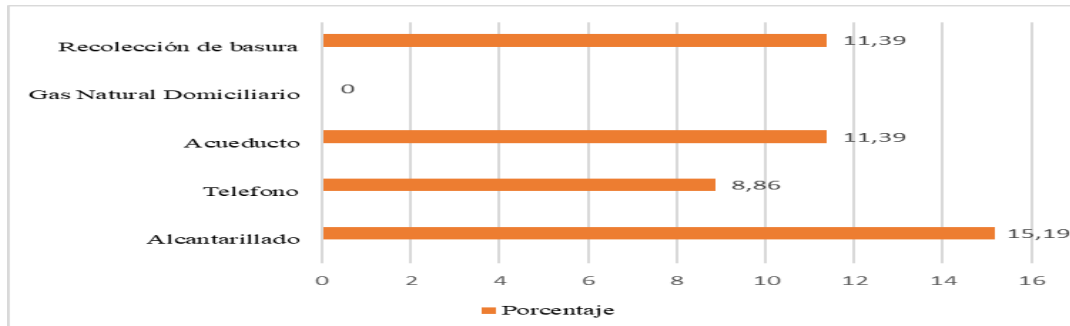
Las bajas coberturas de servicios públicos y saneamiento básico son condiciones desfavorables para la salud de los habitantes, permiten que aparezcan enfermedades de origen hídrico, proliferación de vectores y roedores los cuales pueden portar enfermedades y transmitirlos a los humanos, contaminar los alimentos y desencadenar muchas situaciones insalubres. Estas condiciones son más acentuadas en las zonas rurales y rurales dispersas.

Tabla 4. Servicios Públicos

Servicio	Alcantarillado	Telefono	Acueducto	Gas Natural Domiciliario	Recolección de basura
Porcentaje	15,19	8,86	11,39	0	11,39

Fuente: Presente Estudio

Figura 4: Servicios Públicos



Fuente: Presente Estudio

### *Eliminación de Basuras*

En el municipio de Santa Rosa Cauca el 11.39% de las basuras las recoge el servicio de aseo, el 5.06% la queman, el 25.32 la disponen de manera superficial, el 54,43 la usan como abono y el 3,8% la entierran.

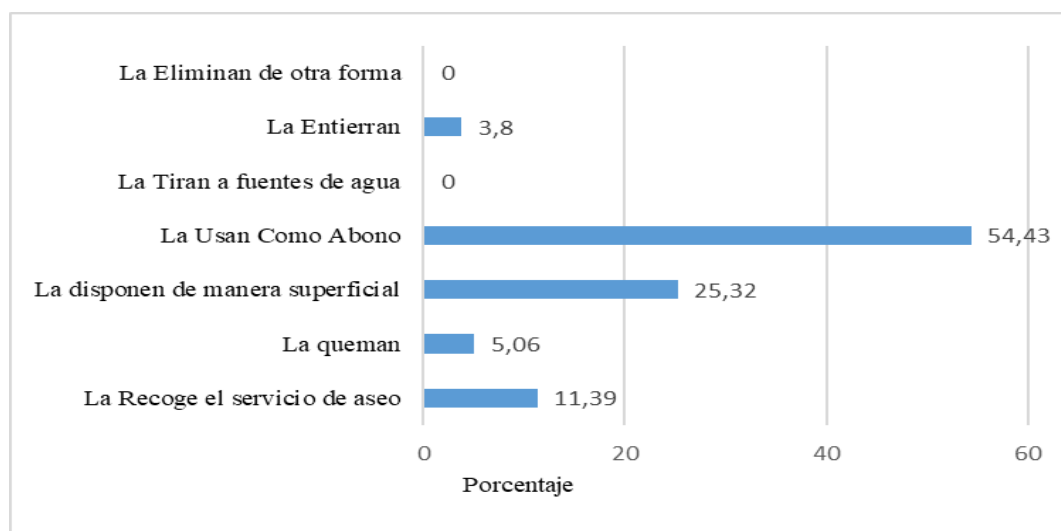
Una adecuada disposición de basuras permite controlar la reproducción de roedores y vectores como las moscas, la disposición superficial o disponerla como abono de manera directa, contribuye a que las condiciones insalubres se incrementen.

Tabla 5. Eliminación de basuras

Forma de Eliminación	La Recoge el servicio de aseo	La quema	La disponen de manera superficial	La usan Como Abono	La Tiran a fuentes de agua	La Entierran	La Eliminan de otra forma
Porcentaje	11,39	5,06	25,32	54,43	0	3,8	0

Fuente: Presente Estudio.

Figura 5. Eliminación de Basuras



Fuente: Presente Estudio

### *Servicio Sanitario.*

En el municipio de Santa Rosa –Cauca el 11.39% de las viviendas tiene inodoro con conexión a alcantarillado, el 51.9% tiene inodoro con disposición superficial, el 13,92% tiene letrina y el 22,78 no tiene servicio sanitario.

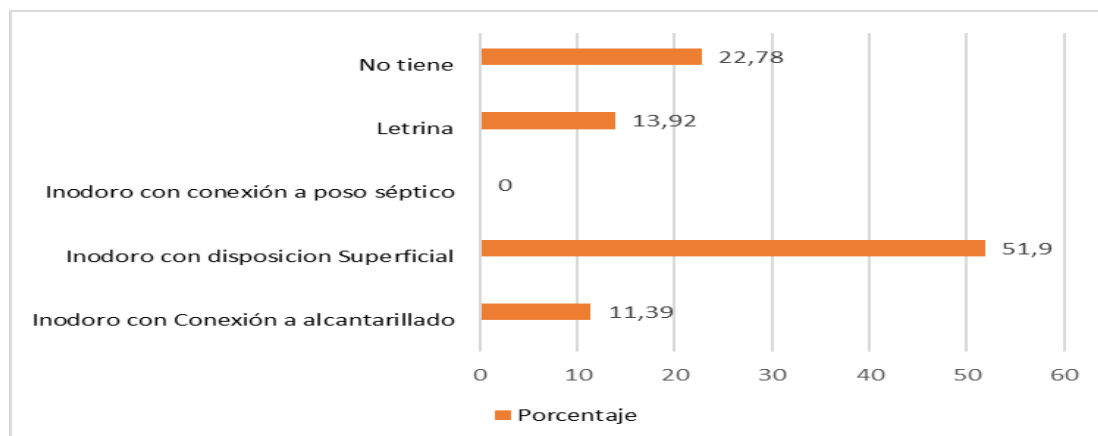
Más del 88% de las viviendas usa métodos no adecuados para la disposición de aguas negras y aguas servidas, se debe a que no existe una infraestructura adecuada para la disposición como sistemas de alcantarillado o pozos sépticos. El problema es mayor en la zona rural y rural dispersa.

Tabla 6. Servicio Sanitario.

Tipo	Inodoro con Conexión a alcantarillado	Inodoro con disposicion Superficial	Inodoro con conexión a poso séptico	Letrina	No tiene
Porcentaje	11,39	51,9	0	13,92	22,78

Fuente: Presente Estudio.

Figura 6. Servicio Sanitario



Fuente: Presente Estudio

### *Tipo de Alumbrado que Utiliza la Familia*

En el municipio de Santa Rosa – Cauca el 78.48% de los hogares se alumbran usando energía eléctrica, el 15.19% con kerosene, petróleo o gasolina y el 6,33 usa vela.

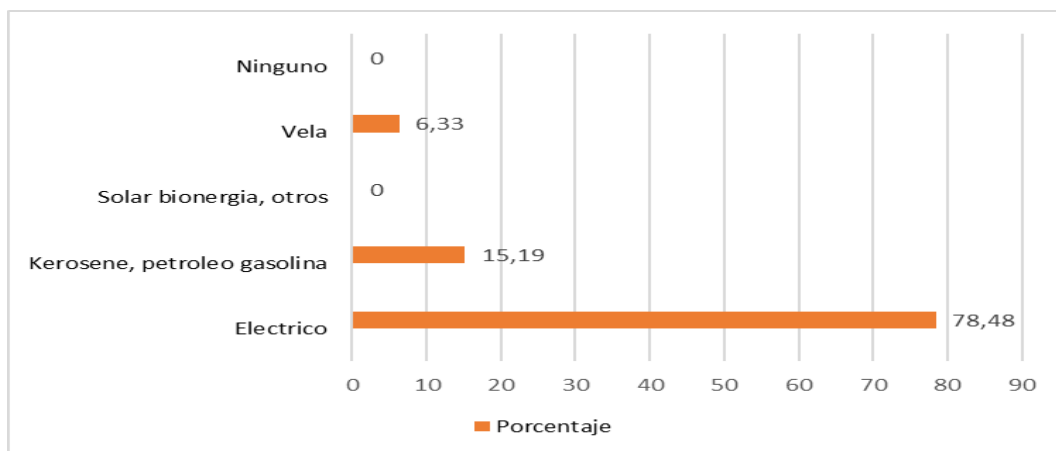
El servicio de energía es el que presenta mayor cobertura, existen redes en gran parte de la zona rural, sin embargo, existen hogares rurales que se alumbran con, kerosene, petróleo, gasolina o vela, aspecto que se relaciona con enfermedades respiratorias

Tabla 7. Alumbrado que usa la familia

Tipo	Eléctrico	Kerosene, petróleo gasoline	Solar bionergía, otros	Vela	Ninguno
Porcentaje	78,48	15,19	0	6,33	0

Fuente: Presente Estudio

Figura 7. Alumbrado que usa la familia



Fuente: Presente Estudio

### *Preparación de Alimentos*

Los hogares del municipio de Santa Rosa – Cauca para preparar alimentos el 1,27% usa energía eléctrica, el 35,44% usa gas propano en cilindro o pipeta, el 63,29% usa material de desecho, leña o carbón de leña.

La preparación de alimentos con material de desechos, leña o carbón de leña es un aspecto que tradicionalmente se usa en la región, especialmente el uso de leña por la abundancia de este recurso en el medio, sin embargo, es necesario mencionar que contribuye a la aparición de enfermedades respiratorias.

La dispersión de la población es amplia, en una relación de 1,5 habitantes por kilómetro cuadrado unido, a las malas vías de comunicación interna (ASIS 2019), limitan que la



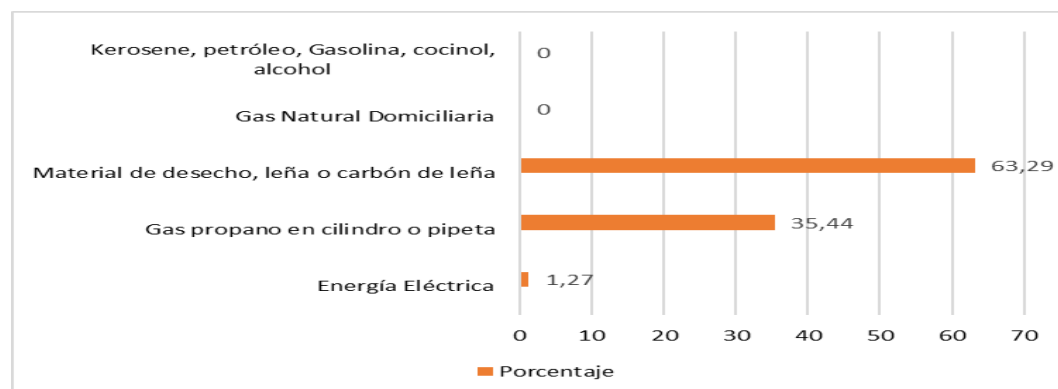
preparación de alimentos se haga en mayor porcentaje con gas propano o pipeta, ya que transportarlo a lomo de mula incrementa de manera significativa su costo.

Tabla 8. Preparación de Alimentos.

Modo	Energía Eléctrica	Gas propano en cilindro o pipeta	Material de desecho, leña o carbón de leña	Gas Natural Domiciliaria	Kerosene, petróleo, Gasolina, cocinol, alcohol
Porcentaje	1,27	35,44	63,29	0	0

Fuente: Presente Estudio.

Figura 8. Combustible para preparar alimentos



Fuente: Presente Estudio.

## Perfil Socio Demográfico

Los jefes de hogar que atendieron la entrevista por observación se pudo determinar que el 51,9% son hombres y el 48,1% mujeres. El 39% están en la juventud y el 61% en la adultez. El 13,18 se reconoce como indígena y el 86,82% como mestizo. En general la población se encuentra dispersa en una vasta geografía, aislados de las urbes, expuestos a precarias condiciones de vida. El ASIS 2019, menciona que el índice de necesidades básicas es del 78% para el municipio de Santa Rosa en general, en la zona rural y rural dispersa supera el 86%.

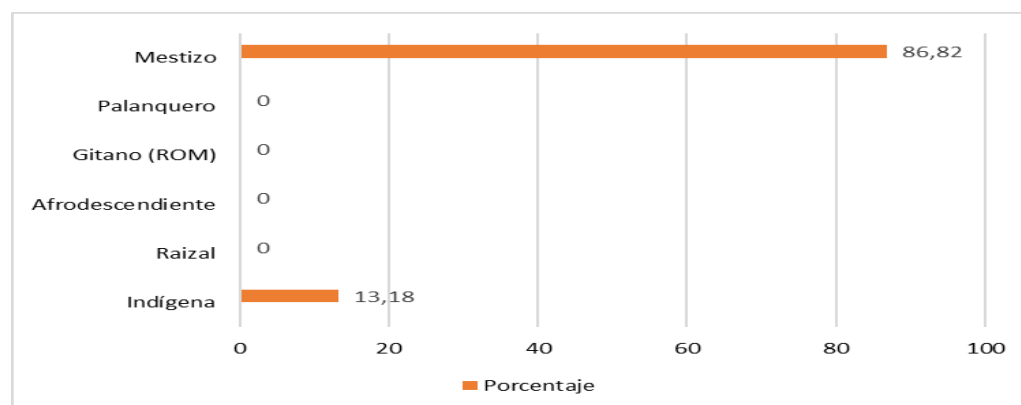
La población indígena de Santa Rosa pertenece a las etnias Inga y Yanacona y se radian en los corregimientos de Descanse y Santa Marta (ASIS 2019), estos grupos son los que poseen las peores condiciones de vida.

Tabla 9. Culturalmente como se reconoce la gente

Grupo	Indígena	Raizal	Afrodescendiente	Gitano (ROM)	Palanquero	Mestizo
Porcentaje	13,18	0	0	0	0	86,82

Fuente: Presente Estudio.

Figura 9. Culturalmente como se reconoce la gente



Fuente: Presente Estudio

### ***Nivel Educativo***

En el municipio de Santa Rosa – Cauca el 30,38% de la población posee algunos años de primaria, el 50,63% tiene primaria completa, el 6,33% a realizado algunos años de secundaria, el 3,8% tiene la secundaria completa, el 3,8% tiene uno o más años de formación de técnica o tecnología, el 2,53% tiene técnica o tecnológica completa y el 2,53% no tiene formación académica.

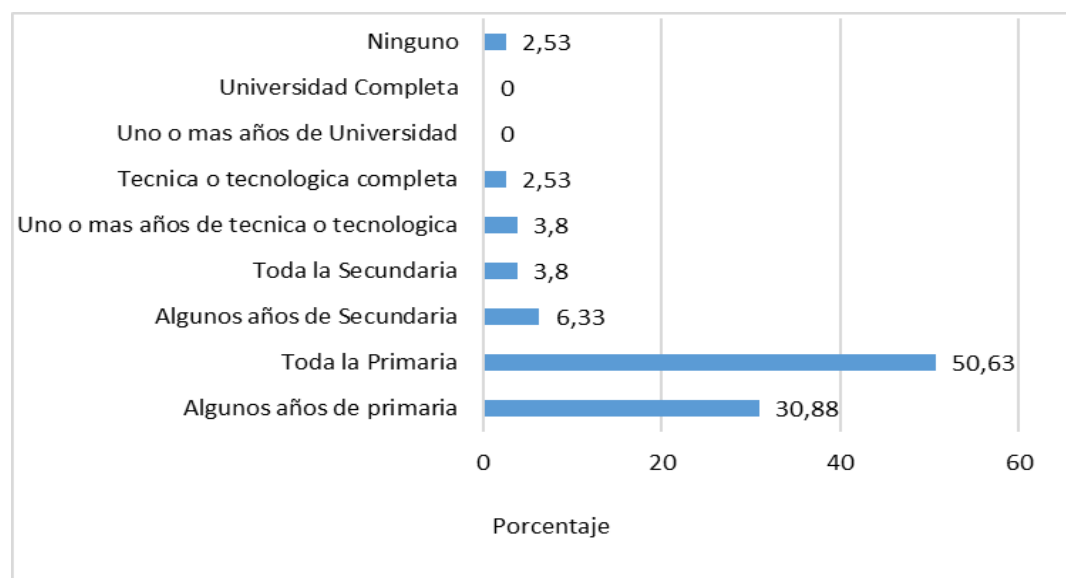
Las condiciones de dispersión poblacional se relacionan de manera directa con el nivel educativo ya que las distancias que deben recorrer para llegar a una escuela son amplias, lo que contribuye a que las personas vivan aplazando la decisión de acceder a la educación.

Tabla 10. Nivel Educativo

Algunos Años de Primaria	Toda la Primaria	Algunos Años de Secundaria	Toda la Secundaria	Uno o mas años de tecnica o tecnologica	Tecnica o Tecnologica completa	Uno o mas años e Universidad	Universidad Completa	Ninguno
30,38	50,63	6,33	3,8	3,8	2,53	0	0	2,53

Fuente: Presente Estudio.

Figura 10. Nivel Educativo de los Habitantes de Santa Rosa



Fuente: Presente Estudio

### *Estado Civil*

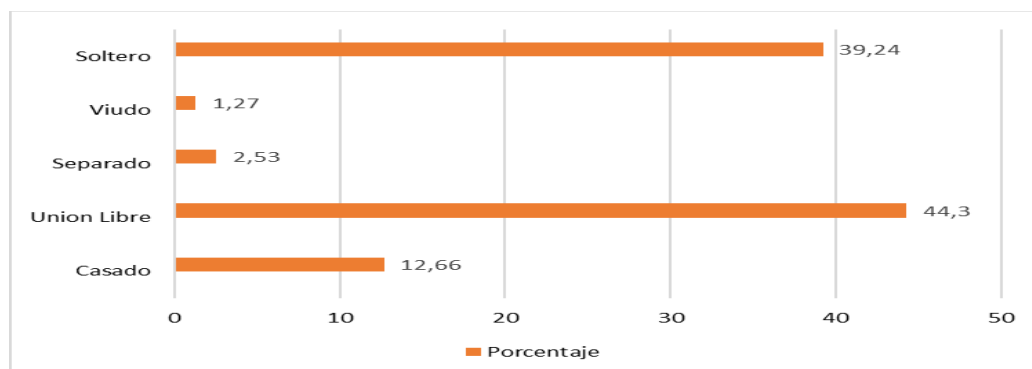
Las personas a las que se aplicó la entrevista el 12,66% casados, el 44,3% viven en unión libre, el 2,53% separados, el 1,27% viudos y el 39,24% solteros.

Tabla 11. Estado Civil

Estado	Casado	Union Libre	Separado	Viudo	Soltero
Porcentaje	12,66	44,3	2,53	1,27	39,24

Fuente: Presente Estudio.

Figura 11. Estado Civil



Fuente: Presente Estudio

### ***Situación Laboral***

La población en edad productiva del municipio de Santa Rosa – Cauca, el 1,27% es empleado de empresa particular, el 1,27% es obrero o empleado de empresa del gobierno, el 1,27% es empleado doméstico, el 1,27% es trabajador por cuenta propia, el 8,86% es trabajador familiar sin remuneración, el 11,39% es trabajador sin remuneración de en otros hogares y el 74,67% es jornalero o peón.

La oferta laboral es baja, no existen empresas generadoras de empleo, por tanto, la principal labor que desempeñan las personas es de peón o jornalero, labor que desarrollan de manera ocasional, o trabajan en sus fincas o parcelas para producir para el consumo.

Tabla 12. Situación Laboral

Obrero o empleado de empresa particular	Obrero o empleado de empresa del gobierno	Empleado domestico	Trabajador por cuenta propia (nc, m)	Trabajador por cuenta propia (P.T)	Patron o empleador	Trabajador Familiar	Trabajador sin remuneración	Jornalero o peon
1,27	1,27	1,27	1,27	0	0	8,86	11,39	74,67

Fuente: Presente Estudio

Figura 12. Situación Laboral



Fuente: Presente Estudio

### **Salud**

La población del Municipio de Santa Rosa el 88,35% de la población está afiliado al régimen subsidiado, el 9,04% afiliado al régimen contributivo y el 0,56% no tiene seguridad social.

Al no existir fuentes de empleo con el cual se pueda afiliarse al régimen contributivo, la población usa el régimen subsidiado, opción que toman para acceder a servicios de salud cuando es posible.

## Perfil Socioeconómico del Hogar

### *Ingresos de los Hogares.*

En el Municipio de Santa Rosa el 12.66% de los hogares tiene ingresos Menos de  $\frac{1}{4}$  de Salario mínimo ( $< \$ 219.450$ ), el 24.05% Entre  $\frac{1}{4}$  y  $\frac{1}{2}$  Salario mínimo ( $\$ 219.451$  y  $\$ 438.9$  Entre ( $\$ 658.353$  y  $\$ 877.803$ )02), el 21.52% Entre  $\frac{1}{2}$  y  $\frac{3}{4}$  de salario mínimo ( $\$ 438.903$  y  $\$ 658.352$ ), el 22.78% Entre ( $\$ 658.353$  y  $\$ 877.803$ ) y el 18,99% entre ( $\$ 658.353$  y  $\$ 877.803$ ).

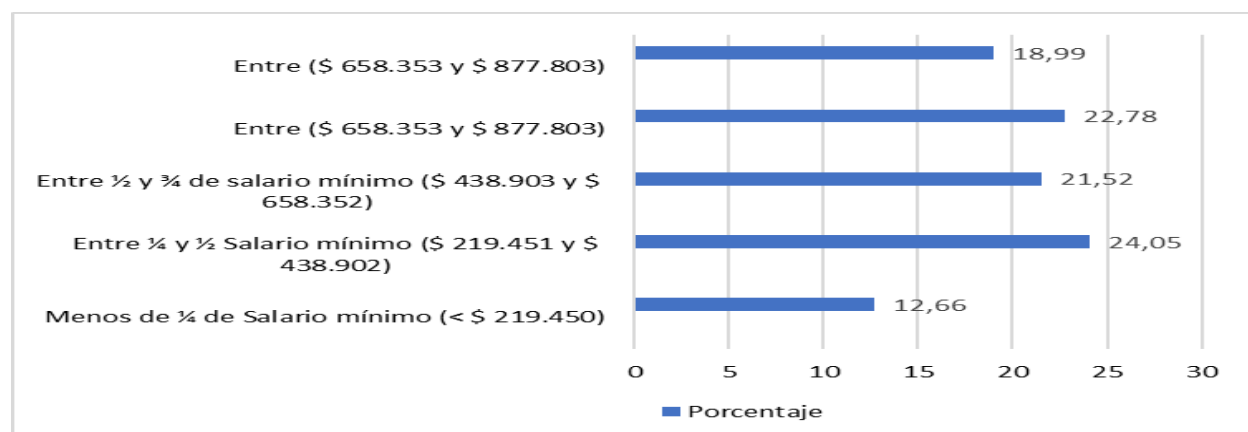
Los ingresos del hogar son bajos, en un alto porcentaje se mantienen con menos del salario mínimo, lo que se refleja en las condiciones de vida.

Tabla 13. Ingresos de los hogares

Rango	Menos de $\frac{1}{4}$ de Salario mínimo ( $< \$ 219.450$ )	Entre $\frac{1}{4}$ y $\frac{1}{2}$ Salario mínimo ( $\$ 219.451$ y $\$ 438.902$ )	Entre $\frac{1}{2}$ y $\frac{3}{4}$ de salario mínimo ( $\$ 438.903$ y $\$ 658.352$ )	Entre ( $\$ 658.353$ y $\$ 877.803$ )	Entre ( $\$ 658.353$ y $\$ 877.803$ )
Porcentaje	12,66	24,05	21,52	22,78	18,99

Fuente: Presente Estudio.

Figura 13. Ingresos de los Hogares



Fuente: Presente Estudio

## Vivienda

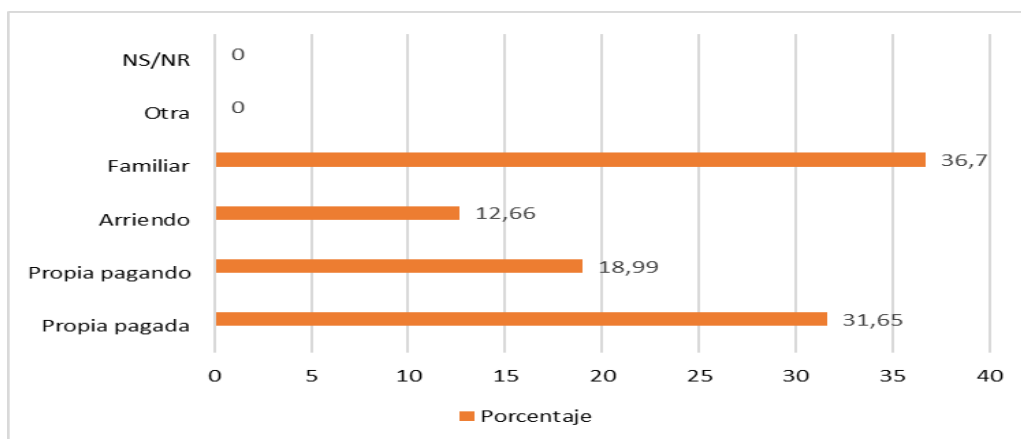
La tenencia de vivienda de los hogares en Santa Rosa – Cauca, el 31,65% es propia pagada, el 18,99% la están pagando, el 12,66% pagan arriendo, el 36,7 usan vivienda de un familiar.

Tabla 14. Vivienda

Tipo de tenencia	Propia pagada	Propia pagando	Arriendo	Familiar	Otra	NS/NR
Porcentaje	31,65	18,99	12,66	36,7	0	0

Fuente: Presente Estudio.

Figura 14. Vivienda



Fuente Presente Estudio

## Acceso a Servicios Preventivos.

### *Consulta médica por prevención.*

En el último año como parte de la prevención a diferentes enfermedades el 25% de los habitantes de Santa Rosa –Cauca fue al médico, el 15,19% al odontólogo, el 8,86% al médico y al odontólogo a la vez y el 50,63% a ninguno de los servicios.

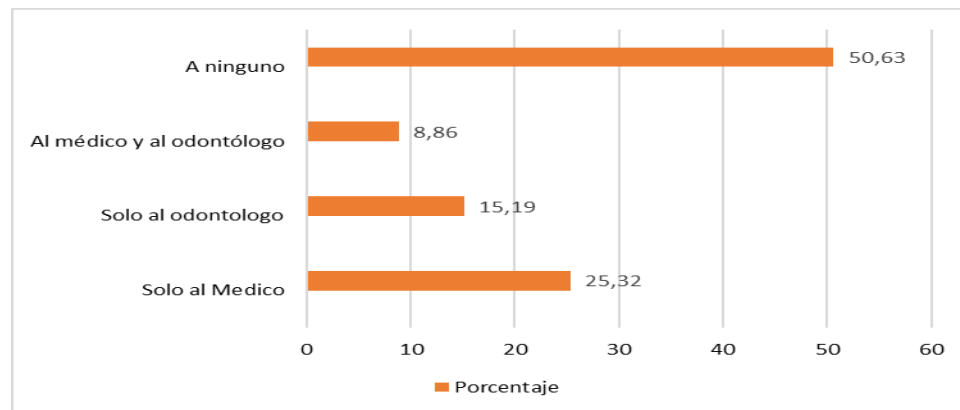
Los servicios preventivos en salud son la oportunidad para reducir las muertes evitables, o la aparición de enfermedades de alto costo, de acuerdo al proceso de atención las EAPB deben promocionar los servicios para que los diferentes grupos accedan, n el municipio de Santa Rosa, la promoción de servicios preventivos es baja, contribuyendo a la violación del derecho fundamental a la salud contemplado en la ley estatutaria.

Tabla 15. Uso de servicios médicos por prevención

Servicio	Solo al Medico	Solo al odontólogo	Al médico y al odontólogo	A Ningana
Porcentaje	25,32	15,19	8,86	50,63

Fuente: presente estudio.

Figura 15. Uso de servicios médicos por prevención



Fuente: Presente Estudio



### *Servicios preventivos primera infancia*

En el Municipio de Santa Rosa el 19,85% de los hogares tiene dentro de sus miembros personas de la primera infancia. De los 17 servicios que la resolución 3280 de 2018 contempla para este grupo poblacional, 9 le han sido ofertados a la población, siendo usados entre el 50% y 100%. Este grupo a pesar de que no goza de todos los servicios preventivos es el que más accede debido a que la madre en su momento de los controles de la gestante recibe amplia información sobre los programas que hay para el menor, y, porque los programas sociales como familias en acción persuaden a las madres para que los lleven a los programas preventivos, requisito para recibir los bonos económicos periódicos.

El problema de uso de los servicios en este grupo es más bajo en la zona rural y rural dispersa debido a que la oferta es baja o nula y deben desplazarse a los centros donde se ofrece.

Tabla 16. Servicios preventivos ofrecidos y usados para la primera infancia.

<b>Tipo de servicio</b>	<b>Ofrecidos</b>	<b>Usados</b>
1. Atención en salud por medicina general o especialista en pediatría o medicina familiar.	100%	100%
2. Atención en salud por profesional de enfermería	100%	75%
3. Visita domiciliaria al recién nacido y su familia	0	0
4. Atención en salud bucal por profesional de odontología	75%	50%
5. Atención por profesional de enfermería, medicina general o nutrición para la promoción y apoyo de la lactancia materna	0	0
6. Tamizaje para hemoglobina	100%	100%
7. Aplicación de barniz de flúor	100%	75%
8. Profilaxis y remoción de placa bacteriana	100%	100%
9. Aplicación de sellantes	100%	75%
10. Vacunación	100%	100%
11. Fortificación casera con micronutrientes en polvo	0	0
12. Suplementación con micronutrientes	0	0
13. Suplementación con hierro	0	0
14. Desparasitación intestinal antihelmíntica	0	0
15. Educación individual (padres o cuidadores)	100%	100%
16. Educación dirigida a la familia	0	0
17. Educación grupal	0	0

Fuente: Presente estudio

### *Servicios preventivos para la infancia*

En el Municipio de Santa Rosa el 42,95% de los hogares tiene dentro de sus miembros personas de la infancia. De los 11 servicios que la resolución 3280 de 2018 contempla para este grupo poblacional, 8 le han sido ofertados a la población, siendo usados entre el 30% y 100%.

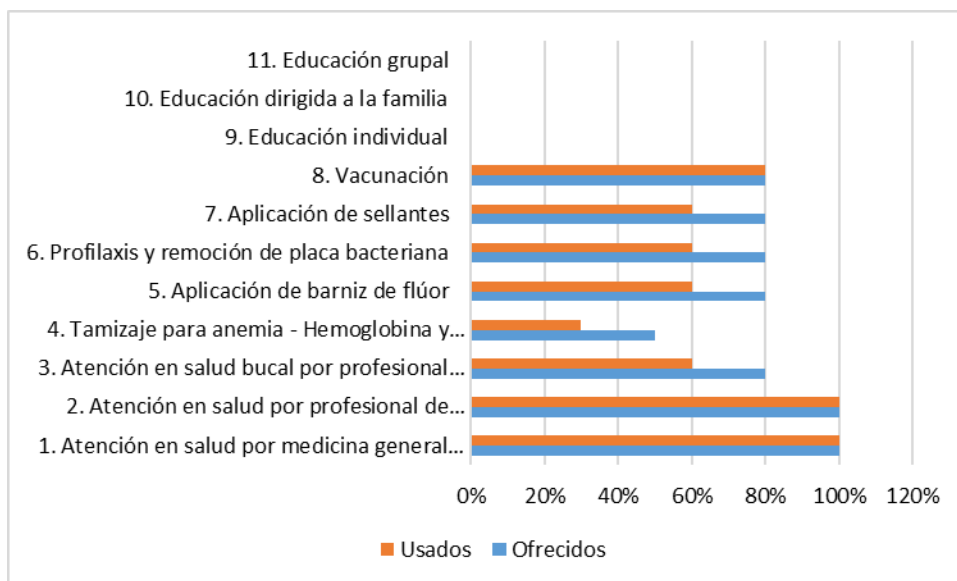
La infancia es el grupo en edad escolar, igual que el anterior son focalizados para programas sociales, y para cobrar los bonos económicos es requisito de que asistan a la escuela y a los programas preventivos en salud, no toman todos los servicios porque las instituciones de salud no los ofrecen, el problema es mayor, debido a que la oferta se realiza mediante jornadas de salud con bajas frecuencias, lo que viola lo establecido en los protocolos de atención y lo ordenado por la resolución 3280 de 2018.

Tabla 17. Servicios preventivos ofertados y usados para la Infancia

Tipo de servicio	Ofrecidos	Usados
1. Atención en salud por medicina general o especialista en pediatría o medicina familiar	100%	100%
2. Atención en salud por profesional de enfermería	100%	100%
3. Atención en salud bucal por profesional de odontología	80%	60%
4. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito*	50%	30%
5. Aplicación de barniz de flúor	80%	60%
6. Profilaxis y remoción de placa bacteriana	80%	60%
7. Aplicación de sellantes	80%	60%
8. Vacunación	80%	80%
9. Educación individual	0	0
10. Educación dirigida a la familia	0	0
11. Educación grupal	0	0

Fuente: Presente Estudio

Figura 17. Servicios preventivos ofertados y usados para la Infancia



Fuente: Presente Estudio

### *Servicios Preventivos para la Adolescencia.*

En el Municipio de Santa Rosa el 46,93% de los hogares tiene dentro de sus miembros personas adolescentes. De los 21 servicios que la resolución 3280 de 2018 contempla para este grupo poblacional, 9 le han sido ofertados a la población, siendo usados entre el 20% y 60%.

Este grupo e población es el que va al colegio, cuando son focalizados para programas sociales, es requisito usar los programas preventivos, el problema radica en que no todos van al colegio lo que se refleja en el bajo uso de los servicios por este grupo, de igual manera están expuestos a las condiciones narradas para los grupos anteriores.

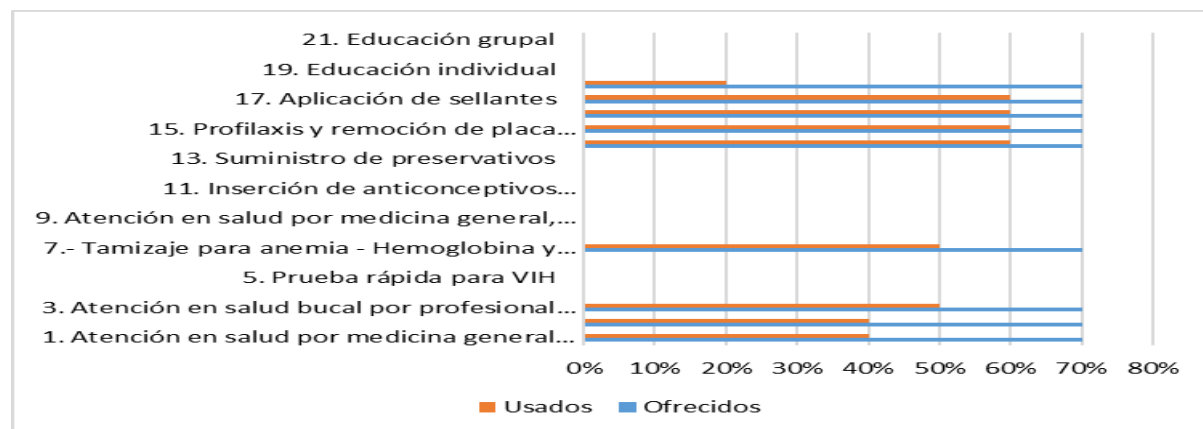
Los indicadores de salud son preocupantes, el ASIS 2019, registra que se presentan embarazos en adolescentes, se atribuye al bajo uso de programas preventivos en salud sexual y reproductiva, a la baja sensibilización frente a la protección en sus relaciones sexuales no solo para prevenir el embarazo sino para infecciones de transmisión sexual.

Tabla 18. Servicios preventivos ofertados y usados para la adolescencia

Tipo de servicio	Ofrecidos	Usados
1. Atención en salud por medicina general o medicina familiar	70%	40%
2. Atención en salud por profesional de enfermería	70%	40%
3. Atención en salud bucal por profesional de odontología	70%	50%
4. Pruebas rápida treponémica	0	0
5. Prueba rápida para VIH	0	0
6. Asesoría pre y pos test VIH	0	0
7.- Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito*	70%	50%
8.- Prueba de embarazo	0	0
9. Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción**	0	0
10. Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción - Control**	0	0
11. Inserción de anticonceptivos subdérmicos	0	0
12. Suministro de anticoncepción oral ciclo e inyectable.	0	0
13. Suministro de preservativos	0	0
14. Aplicación de barniz de flúor	70%	60%
15. Profilaxis y remoción de placa bacteriana	70%	60%
16. Detartraje supragingival	70%	60%
17. Aplicación de sellantes	70%	60%
18. Vacunación	70%	20%
19. Educación individual	0	0
20. Educación dirigida a la familia	0	0
21. Educación grupal	0	0

Fuente: Presente Estudio.

Figura 18. Servicios preventivos ofertados y usados para la adolescencia



Fuente: Presente Estudio

### *Servicios preventivos para la juventud*

En el Municipio de Santa Rosa el 69,45% de los hogares tiene dentro de sus miembros personas jóvenes. De los 27 servicios que la resolución 3280 de 2018 contempla para este grupo poblacional, 7 le han sido ofertados a la población, siendo usados entre el 2% y 60%, existen dos programas que sin ser ofertados se usan (medicina general y odontología).

En este grupo de población son esenciales los servicios preventivos en derechos sexuales y reproductivos, el cual no es usado como lo estipula la norma. El ASIS 2019 registra que los embarazos en este grupo son los más altos, de igual forma las infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH-SIDA con una tasa de notificación obligatoria en peores condiciones que la del departamento del Cauca

Tabla 19. Servicios preventivos ofertados y usados para la juventud.

<b>Tipo de servicio</b>	<b>Ofrecidos</b>	<b>Usados</b>
1. Atención en salud por medicina general o medicina familiar	0	20%
2. Atención en salud bucal por profesional de odontología	0	40%
3. Tamizaje de riesgo cardiovascular: glicemia basal, perfil lipídico, creatinina, uroanálisis	0	0
4. Pruebas rápida treponémica	0	0
5. Prueba para VIH	0	0
6. Asesoría pre y pos test VIH	0	0
7.- Prueba rápida para Hepatitis B	0	0
8.- Prueba rápida para Hepatitis C	0	0
9. Prueba de embarazo	0	0
10. Tamizaje de cáncer de cuello uterino (citología)	60%	30%
11. Colposcopia cervico uterina	0	0
12. Biopsia cervicouterina	0	0
13. Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción	0	0
14. Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción – Control	0	0

15. Vasectomía SOD	0	0
16. Sección o ligadura de trompas de Falopio [cirugía de pomey] por mini laparotomía sod	0	0
17. Esterilización femenina	0	0
18. Inserción de dispositivo intrauterino anticonceptivo [DIU] sod	30%	5%
19. Inserción de anticonceptivos subdérmicos	0	0
20. Suministro de anticoncepción oral ciclo e inyectable	30%	2%
21. Suministro de preservativos	0	0
22. Profilaxis y remoción de placa bacteriana	30%	25%
23. Detartraje supragingival	0	0
24. Vacunación	100	60%
25. Educación individual	0	0
26. Educación dirigida a la familia	0	0
27. Educación grupal	0	0

Fuente: Presente Estudio

### ***Servicios preventivos para la adultez.***

En el Municipio de Santa Rosa el 98,2% de los hogares tiene dentro de sus miembros personas adultas. De los 39 servicios que la resolución 3280 de 2018 contempla para este grupo poblacional, 9 le han sido ofertados a la población, siendo usados entre el 2% y 40%, existen dos programas que sin ser ofertados se usan (medicina general y odontología).

En este grupo se encuentra la población productiva, y es el que menos usa los servicios de salud preventiva, la oferta institucional es baja, unido a la dispersión de la población y la manera como se prestan los servicios hacen que el interés sobre usar servicios sea bajo debido a que se sienten sanos.

Igual que todos los grupos la promoción de los servicios preventivos que realiza la EAPB, es baja o nula lo que disminuye el interés por demandarlos.

Tabla 20. Servicios preventivos ofertados y usados para la adultez

<b>Tipo de servicio</b>	<b>Ofrecidos</b>	<b>Usados</b>
1. Atención en salud por medicina general o medicina familiar	0	60%
2. Atención en salud bucal por profesional de odontología	0	60%
3. Tamizaje de cáncer de cuello uterino (ADN VPH )	0	0
4.-Tamizaje de cáncer de cuello uterino (citología)	80%	40%
5. Tamizaje de cáncer de cuello uterino (Técnicas de inspección visual con ácido acético y lugol)	0	0
6. Crio cauterización de cuello uterino	0	0
7. Colposcopia cervico uterina	0	0
8. Biopsia cervico uterina	0	0
9. Tamizaje para cáncer de mama (Mamografía)	0	0
10. Tamizaje para cáncer de mama (valoración clínica de la mama)	0	0
11. Biopsia de mama	0	0
12. Tamizaje para cáncer de próstata (PSA )	0	0
13. Tamizaje para cáncer de próstata (Tacto rectal )	0	0
14. Biopsia de próstata	0	0
15. Tamizaje para cáncer de colon (Sangre oculta en materia fecal por inmunoquímica )	0	0
16. Colonoscopia	0	0
17. Biopsia de colón	0	0
18. Tamizaje de riesgo cardiovascular y metabólico: glicemia basal, perfil lipídico, creatinina, uro análisis	0	0
19. Prueba rápida treponémica	0	0
20. Prueba rápida para VIH	0	0
21. Asesoría pre y pos test VIH	0	0
22. Prueba rápida para Hepatitis B	0	0
23. Prueba rápida para Hepatitis C	0	0
24. Prueba de embarazo	30%	30%
25. Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción	40%	40%
26. Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción – Control	40%	20%
27. Vasectomía SOD	0	0
28. Sección o ligadura de trompas de Falopio [cirugía de pomey] por mini laparotomía sod	0	0
29. Esterilización femenina	0	0
30. Inserción de dispositivo intrauterino anticonceptivo [DIU] sod	40%	2%

31. Inserción de anticonceptivos subdérmicos	0	0
32. Suministro de anticoncepción oral ciclo e inyectable	40%	5%
33. Suministro de preservativos	0	0
34. Profilaxis y remoción de placa bacteriana	40%	20%
35. Detartraje supragingival	40%	20%
36. Vacunación	40%	30%
37. Educación individual	0%	0%
38. Educación dirigida a la familia	0%	0%
39. Educación grupal	0%	0%

Fuente: Presente Estudio

### *Servicios preventivos para el adulto mayor*

En el Municipio de Santa Rosa el 49,7% de los hogares tiene dentro de sus miembros personas adultas mayores. De los 29 servicios que la resolución 3280 de 2018 contempla para este grupo poblacional, 3 le han sido ofertados a la población, siendo usados entre el 40% y 85% de las personas, existen un programa que sin ser ofertado se usa (medicina general).

La mayor parte de los integrantes de este grupo poblacional ha sido focalizada para programas sociales “Colombia mayor”, para el pago de bonos económicos el programa exige que asistan a los programas preventivos, el que las demandan es el de control del riesgo cardiovascular (hipertensión arterial y diabetes). Existe una amplia canasta de servicios que no se ofertan al que tienen derecho y que contribuye a detectar a tiempo los riesgos en salud y a reducir la morbilidad evitable.

Tabla 21. Servicios preventivos ofertados y usados para el adulto mayor

<b>Tipo de servicio</b>	<b>Ofrecidos</b>	<b>Usados</b>
1. Atención en salud por medicina general o medicina familiar.	95%	85%
2. Atención en salud bucal por profesional de odontología	0	0
3. Tamizaje para cáncer de cuello uterino (ADN - VPH)		
4. Tamizaje de cáncer de cuello uterino (citología )	60%	40%



5. Colposcopia cervico uterina	0	0
6. Biopsia cervicouterina	0	0
7- Tamizaje para cáncer de mama (Mamografía)	0	0
8. Tamizaje para cáncer de mama (valoración clínica de la mama)	0	0
9. Biopsia de mama	0	0
10. Tamizaje para cáncer de próstata ( PSA)	0	0
11. Tamizaje para cáncer de próstata (Tacto rectal )	0	0
12. Biopsia de próstata	0	0
13. Tamizaje para cáncer de colon (Sangre Oculta en materia fecal por inmunoquímica )	0	0
14. Colonoscopia	0	0
15. Biopsia de colón	0	0
16. Tamizaje de riesgo cardiovascular: glicemia basal, perfil lipídico, creatinina, uro análisis	60%	50%
17. Prueba rápida treponémica	0	0
18. Prueba rápida para VIH	0	0
19. Asesoría pre y pos test VIH	0	0
20. Prueba rápida para Hepatitis B	0	0
21. Prueba rápida para Hepatitis C	0	0
22. Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción	0	0
23. Vasectomía SOD	0	0
24. Suministro de preservativos	0	0
25. Profilaxis y remoción de placa bacteriana	0	0
26. Vacunación	90%	85%
27. Educación individual	0	0
28. Educación dirigida a la familia	0	0
29. Educación grupal	0	0

Fuente: Presente estudio.

### *Servicios preventivos durante el embarazo*

En el Municipio de Santa Rosa el 4,28% de los hogares tiene dentro de sus miembros mujeres embarazadas. De los 6 servicios que la resolución 3280 de 2018 contempla para este grupo poblacional, 5 le han sido ofertados a la población, siendo usados entre el 50% y 80% de las personas, existen un programa que sin ser ofertado se usa (medicina general).

La oferta de este programa es más controlada ya que contiene indicadores que vigila el ministerio de salud (mortalidad materna, mortalidad neonatal, mortalidad perinatal) (ASIS 2019), la ocurrencia de casos implica sanciones para la entidad territorial, por tanto se pone amplio cuidado, vigilancia control y seguimiento, sin embargo no se realizan todos los servicios de prevención diseñados para la gestante como las ecografías las que pueden detectar alteraciones en la gestación y reducir los riesgos de morbilidad o muerte.

Tabla 22. Servicios preventivos ofertados y usados para las gestantes

<b>Tipo de servicio</b>	<b>Ofrecidos</b>	<b>Usados</b>
1. Consulta médica de primera vez	80%	80%
2. Controles prenatales	80%	70%
3. Pruebas de hemoclasificación	60%	50%
4. Exámenes de Laboratorio	60%	50%
5. Ecografías	0	0
6. Vacunación	80%	80%

Fuente: Presente Estudio

### ***Medio de Transporte para la atención en salud***

El 91% de las familias y personas habitantes del municipio de Santa Rosa usa uno o más medios de transporte para acceder a los servicios de salud. El 6,33% usa Mototaxi, el 45,6% va a pie, el 3,79% usa balsa, el 22,79% va a caballo, el 221,52% usa bus.

El transporte para el desplazamiento y uso de los servicios preventivos en salud es quizá uno de los principales condicionantes, la carencia de vías de comunicación son un obstáculo para el desplazamiento y uso de los servicios preventivos en salud, algunos deben caminar, usar medios alternativos como caballo u otros medios.

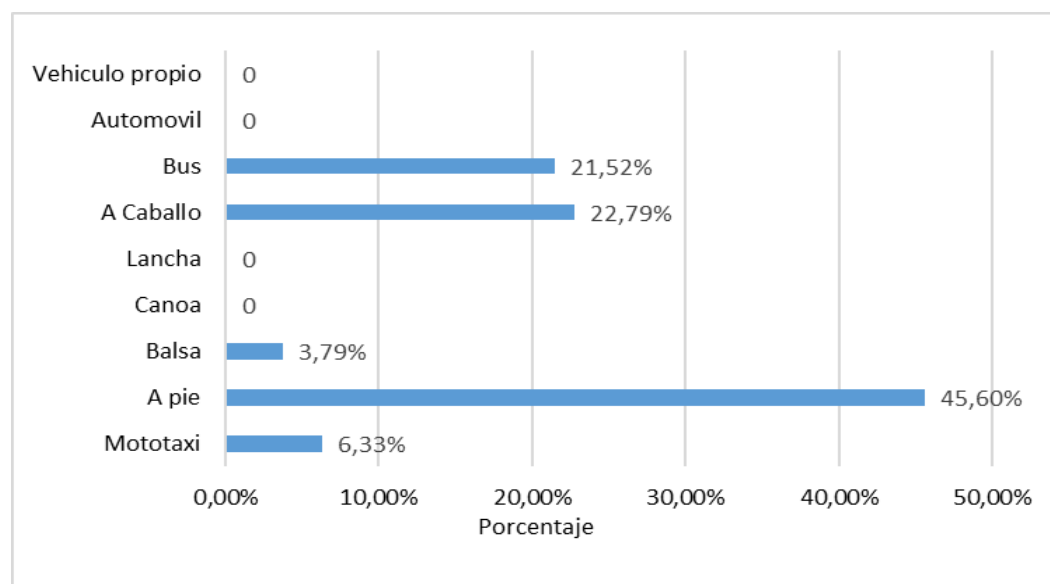
El transporte en Mototaxi, lo usan las personas donde hay vía, y viven cerca de las instituciones e salud.

Tabla 23. Medio de Transporte usado para acceder a los servicios de salud.

Medio	Mototaxi	A pie	Balsa	A Caballo	Bus	Automovil	Vehiculo propio
Porcentaje	6,33%	45,6%	3,79%	22,79%	21,52%	0	0

Fuente: Presente Estudio

Figura 23. Medio de Transporte usado para acceder a los servicios de salud.



Fuente: Presente Estudio

### ***Tiempo usado para trasladarse para recibir atención en salud.***

Para usar los servicios de salud los habitantes de Santa Rosa – Cauca, usan menos de una hora el 39.24%, entre 1 y 4 horas el 29.11%, entre 5 y 8 horas el 16.46% y más de 8 horas el 15,19%.

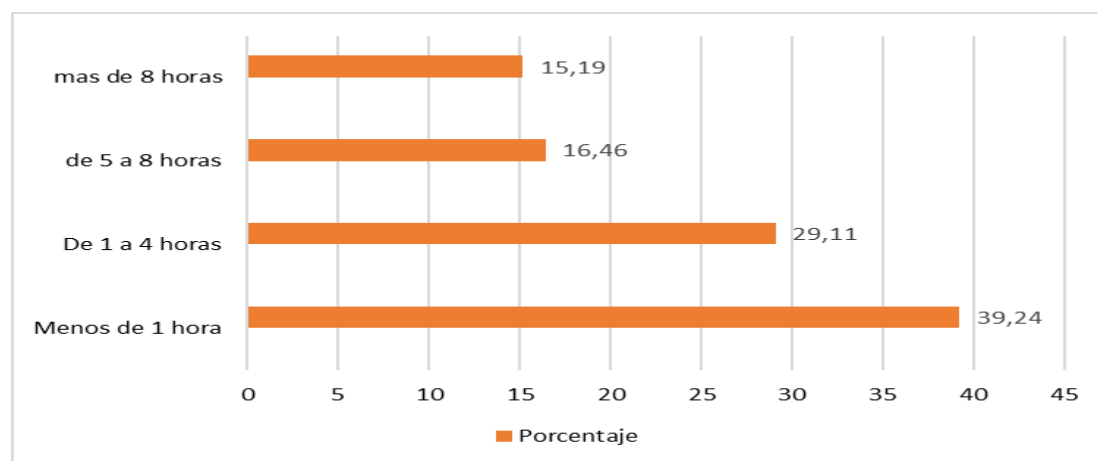
Los tiempos de desplazamiento además de las distancias se relacionan con las malas vías de comunicación, la dispersión de las viviendas. Para largas distancias en zonas donde no hay vías la población debe usar caballo, aspecto que afecta la parte económica por su alto costo.

Tabla 24. Tiempo Usado en el traslado para usar servicios de salud

Rango de Tiempo	Menos de 1 hora	De 1 a 4 horas	de 5 a 8 horas	mas de 8 horas
Porcentaje	39,24	29,11	16,46	15,19

Fuente: Presente Estudio.

Figura 24. Tiempo Usado en el traslado para usar servicios de salud



Fuente: Presente Estudio

### ***Distancia desde la casa hasta el punto de atención en salud***

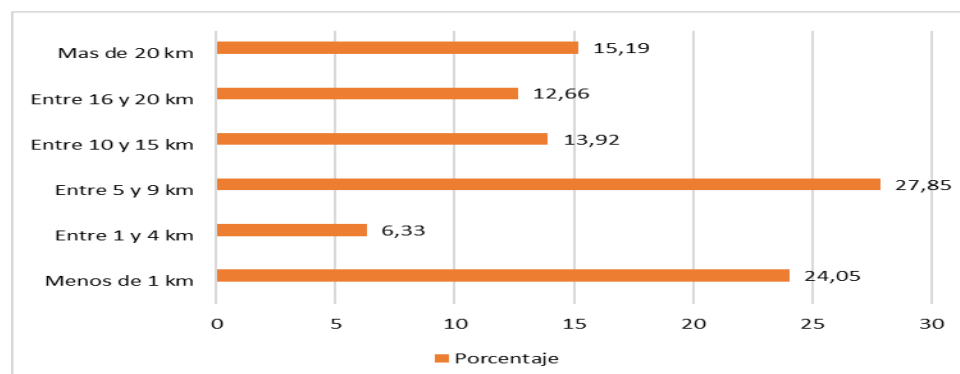
La distancia que deben recorrer los usuarios de programas preventivos en salud del municipio de Santa Rosa Cauca el 24.05% menos de 1 km, el 6.33% de 1 a 4 km, el 27.85% entre 5 y 9 km, el 13.92% entre 10 y 15 km, el 12.66% entre 16 y 20 km y el 15% más de 20 km.

Tabla 25. Distancia desde la vivienda al punto de atención en salud

Rango de distancia	Menos de 1 km	Entre 1 y 4 km	Entre 5 y 9 km	Entre 10 y 15 km	Entre 16 y 20 km	Mas de 20 km
Porcentaje	24,05	6,33	27,85	13,92	12,66	15,19

Fuente: Presente estudio.

Figura 25. Distancia desde la vivienda al punto de atención en salud



Fuente: Presente Estudio

## Acceso a servicios Curativos o de rehabilitación

### *Servicio de Urgencias.*

El 3,8% de los habitantes del Municipio de Santa Rosa ha tenido que acudir al servicio de urgencias en los últimos 6 meses.

Tabla 26. Uso del servicio de Urgencias

Servicio	%
Ha usado los servicios de urgencias	3,80
No ha Usado los servicios de urgencias	96,00

Fuente: Presente Estudio.

### ***Tiempo Transcurrido entre la llegada y la atención***

El tiempo transcurrido entre la llegada al servicio de urgencias el 33,33% estima que fue después de 31 minutos y una hora, el 66,67% considera que su atención fue después de una a dos horas.

Tabla 27. Tiempo transcurrido entre la llegada a urgencias y la atención

Tiempo Transcurrido	%
Lo atendieron Inmediatamente	0
En maximo 30 minutos	0
Entre 31 minutos y una hora	33,33
Entre una y dos horas	66,67
Mas de dos horas	0
NS/NR	0

Fuente: Presente Estudio.

El 100% de las personas atendidas por urgencias consideran que su caso fue atendido de manera satisfactoria a pesar de las demoras, y que le ordenaron solicitar consulta programada, por medicina general o por alguna especialidad. Califican la atención como buena. Para cubrir los costos de la atención el 100% uso EPS del régimen subsidiado

### **Medicina General.**

#### ***Uso del servicio de Medicina General.***

En los últimos seis meses el 31,65% de la población del municipio de Santa Rosa – Cauca ha usado los servicios de medicina general el 68,35%

En ese grupo están las personas focalizadas para programas sociales como familias en acción y Colombia mayor los cuales tienen en sus protocolos para pago de bonos económicos que los beneficiarios deben asistir a programas preventivos de salud

Tabla 28. Uso de los servicios de Medicina general

Uso	%
Ha Usado	31,65
No ha Usado	68,35

Fuente. Presente Estudio.

### ***Tiempo Transcurrido entre la cita y la consulta***

Con relación al tiempo transcurrido entre la solicitud de cita en medicina general y la atención el 100% de las personas que lo usaron afirman que recibieron atención el mismo día que la solicitaron.

La oportunidad en la prestación de servicios de medicina general es buena ya que se atiende el mismo día en que se solicita

Tabla 29. Tiempo transcurrido para la atención de medicina general

Tiempo Transcurrido	%
El mismo día	100
Menos de 1 semana	0
De 2 a 4 semanas	0,00
De 1 a 3 meses	0
De 4 a 6 meses	0
Mas de 6 Meses	0

Fuente: Presente Estudio

El 100% de las personas afirman que en su momento el médico general le brindó la atención necesaria, no tuvo dificultades con el tratamiento, la EPS le autorizó los medicamentos y exámenes o procedimientos, no le solicitaron copagos y los trámites para para gestionar medicamentos se realizaron con las promotoras de la EPS.

La fuente utilizada para cubrir los costos de la consulta médica general el 100% afirma que usaron EPS del régimen subsidiado.

### ***Atención Con Especialistas***

Los pacientes que han sido atendido por medicina general y luego remitidos a especialidades el 8% ha sido remitido a pediatra, el 20% a ginecólogo, el 8% a cirugía, el 24% a internista, el 4% a oftalmología el 20% a cardiólogo el 16% a traumatólogo u ortopedista. El 100% de lo remitidos fueron atendidos por EPS del régimen subsidiado.

Las especialidades a las que más se refiere desde el municipio de Santa Rosa Cauca son medicina interna y cardiología para los programas preventivos cardiovasculares (hipertensión arterial y diabetes) ginecología para gestantes.

Tabla 30. Remisión a especialidades

Especialidad	%
Pediatra	8
Ginecologo	20
Cirugia	8
Otorrinonaringologo	0
Neurologo	0
Internista	24
Oftalmología	4
Cardiologo	20
Traumatólogo u ortopedista	16
Otro.	0

Fuente. Presente Estudio

### ***Tiempo transcurrido entre la remisión a especialistas y la atención.***

El tiempo transcurrido entre la autorización de la EPS y la atención por especialista el 8% afirma que transcurrió una semana, el 32% afirma que transcurrió entre 2 y 4 semanas, el 56% afirma que transcurrió entre 1 y 3 meses y el 4% afirma que transcurrió entre 4 y 6 meses.



Existen demoras en garantizar atención por especialidades, lo que reduce el uso de servicios preventivos ya que desmotiva a los usuarios al no tener los controles a tiempo.

El 100% de las personas atendidas afirman que los especialistas le ordenaron medicamentos y le fueron entregados por la EPS, además consideran que la atención fue buena

Tabla 31. Tiempo Transcurrido para la atención por especialistas

<b>Tiempo Transcurrido</b>	<b>%</b>
No Aplica porque no ha sido atendido	0
El Mismo día	0
Menos de 1 semana	8
De 2 a 4 semanas	32
De 1 a 3 meses	56
De 4 a 6 meses	4
Mas de 6 meses	0

Fuente: Presente Estudio.

## **Gasto de Bolsillo**

La ultima atención en salud que recibieron los habitantes de Santa Rosa – Cauca el 29,11% fue consulta externa, el 2,53% hospitalización, el 6,33% urgencias el 62,03 no sabe. Ninguno pagó cuotas moderadoras o copagos, los, medicamentos, exámenes y procedimientos fueron autorizados por la EPS

Tabla 32. Ultima atención en salud

Servicio	Consulta externa	Hospitalización	Urgencias	NS/NR
Porcentaje	29,11	2,53	6,33	62,03

Fuente: Presente Estudio.

Sin embargo, para usar los servicios de salud el 50% de la población debió desplazarse y asumir gastos de transporte, alojamientos y alimentación por un valor entre \$50.000 y \$ 300.000.

Los gastos de bolsillo en que deben incurrir los habitantes de zonas dispersas con malas vías de comunicación, unido a los bajos ingresos de las personas y la familia son un factor que contribuye al bajo uso de los servicios de salud, aspecto que se debe considerar en los procesos para el diseño de modelos de atención en salud

## Conclusiones

Los habitantes del Municipio de Santa Rosa usan los servicios de salud preventivos de acuerdo a la oferta institucional y a las motivaciones externas como programas sociales (familias en acción, adulto mayor), que los motivan para que usen los programas de gestión del riesgo de acuerdo a curso de vida.

En los corregimientos de San Juan y Santa Rosa existe punto de atención de la institución Prestadora de Servicios de Salud de carácter público, hay prestación de servicios de salud preventivos de manera permanente, mientras que en los corregimientos de Descanse y Santa Marta los servicios de salud se prestan de manera extramural (brigadas de Salud).

Empresa Administradora de Planes de Beneficios no realiza demanda inducida para que los usuarios de acuerdo a su curso de vida usen los programas preventivos (gestión del riesgo), el uso de los servicios de salud es motivado por el gestor de programas sociales el cual solicita evidenciar que han usado los programas de acuerdo a la edad.

A la primera infancia, infancia y la adolescencia es la madre del menor quien los lleva a los controles de salud preventiva, los jóvenes y adultos lo hacen por motivación personal.

Los Adultos mayores (población igual o mayor a 60 años) son los que más usan los programas de salud preventivos, ya que en su mayoría son beneficiarios de programa Colombia Mayor, para recibir los bonos monetarios es requisito usar los programas de salud preventiva.

Las condiciones de la vivienda de los hogares del municipio de Santa Rosa favorecen la presencia de enfermedades prevenibles y las muertes evitables por sus características en las que están construidas y la calidad de los servicios públicos (alcantarillado, acueducto, disposición de basuras) que reciben.

Los habitantes del municipio de Santa Rosa son personas jóvenes, en su mayoría mestizos, de baja formación educativa, un alto número vive en unión libre y la mayoría trabaja como jornalero, su afiliación en salud en su mayoría al régimen subsidiado. Sus ingresos están por debajo del salario mínimo.

La mayor parte de los hogares del municipio de Santa Rosa poseen ingresos inferiores al salario mínimo, la tenencia de la vivienda en su mayoría de un familiar o propia, algunos la están pagando. La mayor parte de las viviendas se encuentra en el sector rural o rural disperso.

La oferta de servicios de salud preventivos para todos los grupos de población (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y adulto mayor y embarazadas) según el curso de vida es baja, la promoción de servicios que realiza EPS es poca o nula, existe desconocimiento de los derechos en salud. Los servicios que más conocen es vacunación, control de la gestante y adulto mayor, pero desconocen la canasta de oferta a la que tienen derecho.

A pesar de que el uso de los servicios de salud es bajo, para acceder a servicios básicos de medicina general y urgencias, la población incurre en gastos de bolsillo en transportes, hospedaje y alimentación, debido a los largos desplazamiento que deben realizar para llegar a los puntos de atención.

### **Recomendaciones.**

La formulación del modelo de acción integral territorial es una oportunidad que no se puede desaprovechar para adoptar un modelo de atención en salud que se ajuste a las características del medio, teniendo en cuenta la dispersión poblacional, la falta de medios de comunicación local, partiendo de lo que propone la ley estatutaria, con enfoque de derechos en salud y atención primaria en salud, partiendo de las necesidades de infraestructura existente y la necesidad de personal formado.

Mientras se formaliza el modelo MAITE, establecer un plan de acción para la atención en salud de modo extramural con personal en campo para que realice la promoción de servicios de salud de acuerdo al curso de vida, acción que debe ser articulada entre la EAPB y la IPS, aprovechando los recursos que por UPC diferencial le son transferidos a la EAPB y para que estos cumplan con el objeto para el cual fueron destinados.

Realizar alianzas con el sector educativo, con los grupos organizados, las etnias para coordinar la atención en salud de modo extramural.

Diseñar y poner en marcha un plan de capacitación para usuarios de acuerdo al curso de vida para que conozcan los servicios de salud preventivos a los que tienen derecho y que reducen los riesgos a adquirir enfermedades que mal tratadas se pueden convertir en alto costo.

La entidad territorial, la EAPB y la IPS deben realizar mesas de trabajo para revisar el paquete de servicios de salud preventiva que se están ofertando, compararlo con lo estipulado por la resolución 3280 de 2018 y definir planes de mejora para dar cumplimiento a lo consagrado en la ley estatutaria con relación a la concepción de la salud como un derecho fundamental.

## Bibliografía.

- Aguado, Quintero, L., F., Girón, Cruz, L., E., Osorio, Mejía, A., M., Tovar, Restrepo, J., H., Silva, Maya C., Andrade, Rivas, F., V.H., Dover, R. (2014) Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia.
- Análisis de la Situación en Salud Municipio de Santa Rosa (2019)
- Arrivillaga, M., Borrero, Y., E. (2015), Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013
- Ceferino, Rodríguez, P., M. (2009) Asistencia Preventiva al Sistema de Salud en la Zona de Influencia del Cerrejón: Factores Influyentes.
- Chopra, M., Daviaud, E., Pattinson, R., Fonn, S., Joy E. (2009). Salud en Sudafrica Salvando las Vidas de las Madres, Bebes, y los niños: ¿Puede dar el Sistema de Salud?
- Constitución Política de Colombia 1991.
- Cuevas, L., M., Ahumada, Castro, J., R. (2007). Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano
- Díaz, Grajales, C., Zapata, Bermúdez Y., y Aristizábal, Grisales J., C. (2011) Acceso a los servicios preventivos en los regímenes contributivo y subsidiado de salud en un barrio estrato dos de la ciudad de Cali.
- Echeverri, López, E., (2012). La salud en Colombia Abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades.
- Gálvez, González AM, González López R, Álvarez Muñoz M, Vidal Ledo MJ, Suárez Lugo NC, Vázquez Santiesteban M. (2018). Consideraciones económicas sobre la salud pública cubana y su relación con la Salud Universal. Rev Panam Salud Publica; 42: e28. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.28>

Informe de Indicadores de Gestión del Riesgo ASMET 2019

Ley 100 de 1993

Ley 1438 de 2011

MINHO, C., E., RODRIGUES, F., M. (2009) Análisis de la integración de la atención primaria en salud en la red de servicios en Europa y américa latina. Marzo, disponible en: [http://www.rededepesquisaaps.org.br/wpcontent/uploads/UserFiles/File/biblioteca/Artigo\\_Eleonora.pdf](http://www.rededepesquisaaps.org.br/wpcontent/uploads/UserFiles/File/biblioteca/Artigo_Eleonora.pdf).

Resolución 3280 de 2018.

Rodríguez, Triana, D., R., Benavides, Piracón, J. A. Benavides. (2013). Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud.

Rodríguez, Villamizar, L., A., Acosta, Ramírez, N., y Ruiz, Rodríguez, M. (2013) Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria en Salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia Departamento de Salud Pública, Universidad Industrial de Santander Colombia

Sentencia T – 760 de 2008

Tovar, Cuevas, L., M., Arrivillaga, Quintero, M. (2014). Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2014; 13(27): 12-26. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys13-27.eaia>

Vargas, Lorenzo, I., M., Vázquez, Navarrete L. y Mogollón Pérez, A. S. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia.

Ypanaqué, Luyo, P., Martins, M. (2015) Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana.