



EVALUACION DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DEL ADULTO EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA DE SALUD. NORTE DE SANTANDER. 2022.

AUTOR

Maxwel Yulian Salcedo López

Codigo: 1115744928

Edna Yadira Bautista Rincón

Codigo:1094282615

Estudiantes de Campos de Acción profesional

Universidad de Pamplona

Facultad de Salud

Departamento de Enfermería

Pamplona, Norte De Santander

2022-2



SC-CER96940



"Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz"

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750
www.unipamplona.edu.co



**EVALUACION DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA
DEL ADULTO. INSTITUCIONES PUBLICAS DE SALUD. NORTE DE SANTANDER.
2022.**

Director:

José Luis Echavez Becerra

Belkis Zulay Hernández Cárdenas

Docentes

Campos de acción profesional

Universidad de Pamplona

Facultad de Salud

Departamento de Enfermería

Pamplona, Norte De Santander

2022-2



SC-CER96940



"Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz"

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750
www.unipamplona.edu.co



1. Tabla de contenido

2.	RESUMEN	4
3.	ABSTRACT	4
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
5.	JUSTIFICACION.....	15
6.	ANTECEDENTES	19
7.	OBJETIVOS.....	22
7.1	Objetivo General	22
7.2	Objetivos específicos.....	22
8.	MARCO TEORICO	23
9.	MARCO LEGAL	29
10.	METODOLOGIA	39
11.	CRONOGRAMA	44
12.	RESULTADOS	48
13.	DISCUSIÓN.....	60
14.	CONCLUSIONES.....	64
15.	BIBLIOGRAFIA.....	65
16.	ANEXOS.....	69



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750
www.unipamplona.edu.co



2. RESUMEN

En este trabajo de investigación se muestra la percepción de personas adultas acerca de la atención primaria en salud recibida en la institución de salud del municipio de Pamplona. **Objetivo:** Evaluar la atención primaria en salud desde la perspectiva del adulto en dos instituciones públicas de salud del norte de Santander. **Materiales y métodos:** Se utilizó una metodología de tipo cuantitativo transversal para recolectar los datos a través del instrumento PCAT. Tras un muestreo de tipo aleatorio simple. **Resultados:** Los resultados muestran que, en promedio, el 66,6% de la población objeto califica como inaceptable la atención primaria en salud del municipio y se encuentra relacionado principalmente con la poca implementación y la cultura de las personas frente al acudir a centros de salud. **Conclusión:** De lo anterior se concluye que el proceso de aplicación de la atención primaria en salud se ve obstaculizado por las dinámicas sociales y las características sociodemográficas por ello afecta la percepción de la misma.

Palabras clave: Atención Primaria en Salud, Adultos, Percepción.

3. ABSTRACT

This research work shows the perception of adults about the primary health care received at the health institution of the municipality of Pamplona. **Objective:** To evaluate primary health care from the perspective of adults in two public health institutions in the north of Santander. **Materials and methods:** A cross-sectional quantitative methodology was used to collect the data through the PCAT instrument. After a simple random sampling. **Results:** The results show that, on average,



66.6% of the target population qualifies primary health care in the municipality as unacceptable and is mainly related to little implementation and the culture of people when going to health centers. Health. **Conclusion:** From the above it is concluded that the process of applying primary health care is hindered by social dynamics and sociodemographic characteristics, therefore affecting the perception of it.

Palabras clave: Primary Health Care, Adults, perception.



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750
www.unipamplona.edu.co



4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la búsqueda de un sistema de salud sostenible y optimizado, produjo que se llevara a cabo a cabo el cambio del modelo de atención enfocado en la enfermedad y generó el modelo de atención primaria; La atención primaria de salud (APS) es un componente esencial del sistema de salud, este funciona como estrategia en búsqueda del fortalecimiento de la sociedad a través de la adquisición de habilidades y la reducción de las brechas en salud(1) . La OMS define como “La asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país”. (2)

No obstante, para el desarrollo de una atención fijada en la calidad con un costo social y económicamente accesible, se puede señalar el cambio de un sistema completamente a otro el cual consigo trajo nuevos retos en la actualidad, de la misma forma pone en desventaja el camino de la transformación para la adopción de un sistema diferente, basado en la atención por parte de las instalaciones, el personal y el desarrollo de procesos propios de la atención primaria en salud.

Desde sus inicios, se considera una política integradora de servicios de salud, sin embargo han existido dificultades para la implementación, basado en su discordancia con los procesos políticos, los distintos componente que buscan equidad, participación social, salud y determinantes sociales, esta implementación de la atención primaria en salud es evaluada por la relación del nivel de



satisfacción con la estrategia de adopción, siendo a su vez, predictor del nivel de calidad percibida por los usuarios(3).

Sin embargo, para el desarrollo de la evaluación de los sistemas de atención primaria en salud se debe evidenciar las causas basadas en las siguientes características, como el servicio, la integración del rol familiar y comunitario, la culturalización, coordinación y la atención continuada; Lo anterior desde la perspectiva del usuario como centro de la atención, quien valora la Política de Atención Integral en Salud en Colombia, dentro de la cual se encuentra el Modelo de Atención Integral en Salud, el cual propone intervenciones de promoción, cuidado, protección, detección temprana, tratamiento y rehabilitación a lo largo del curso de la vida. (3).

Quiroga y Gonzales en el 2019 refieren que existen características que afectan directamente la percepción de la atención de la APS, como lo son las barreras socioculturales, en las cuales se hace referencia al entorno del individuo y como este afecta su acceso a la atención primaria en salud, incluyendo además del entorno aspectos de la cultura quien limita el uso, la convicción de los servicios, derivando en el empleo de metodologías distintas a la médica contemporánea, en búsqueda de soluciones rápidas y de bajo costo; También se acredita los costos directos como desplazamiento, tiempo y los hábitos de los usuarios. (4).

Por otro lado también hablan de las barreras derivadas de las instituciones, estas se encuentran compuestas por las oportunidades, servicios, ofertas y calidad de la atención, el recurso humano, el desarrollo de procesos administrativos, así mismo como la infraestructura y la participación



colectiva, la cual se refiere al acceso de información oportuna, también informan que las barreras políticas, basadas en las directrices de funcionamiento para llevar a cabo una atención adecuada al servicio, sin embargo, los agentes accionarios tienen dificultades en el empleo de las políticas según su capacidad(4).

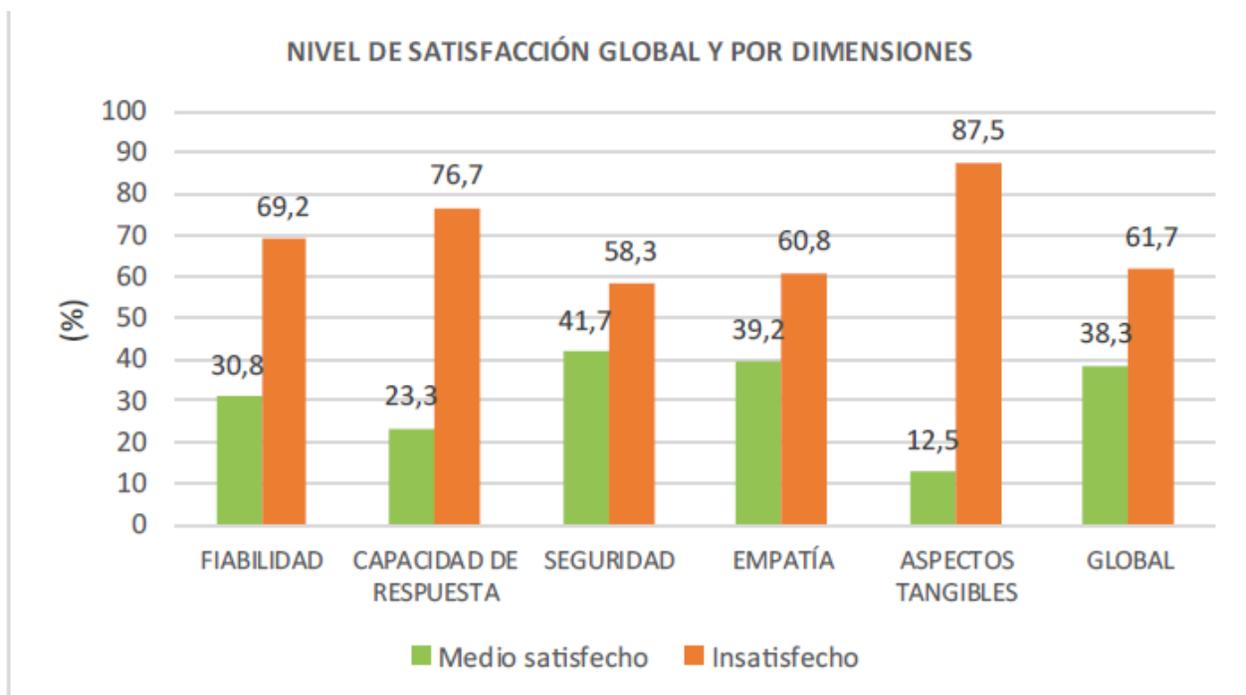
Según una encuesta de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre programas de salud en Colombia, adjudican el problema en la atención en salud a la accesibilidad de los servicios, seguido por la ineficacia de la operación y organización de la prestación del servicio, en donde asocian como causal las limitaciones presupuestaria, recurso humano, la infraestructura y tecnología de la red institucional de la atención primaria en salud; Brevemente se puede indicar basado en lo anterior, que las características definidas por las condiciones socioeconómicas como la dispersión, zonas rurales, limitan el acceso y comunicación de los servicios de la atención primaria en salud(5).

En consecuencia de la búsqueda de la satisfacción del usuario y la atención percibida por el usuario, Becerra, Pecho y Gómez, en el 2020 en su estudio, tenían el objetivo de determinar, determinar el nivel de satisfacción del usuario externo en un establecimiento de atención primaria de salud, este expresado por la calidad del servicio y la satisfacción del usuario, quienes tienen la percepción de identificar los elementos de la atención determinantes de la satisfacción, en este estudio se usó una escala que evalúa las dimensiones de globalidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles, la puntuación media total de la escala, fue de 63,45%; esto indica, insatisfacción con los servicios de salud, siendo el aspecto intangible, la dimensión con la que se



percibe menor satisfacción en la APS, basada en la orientación e indicaciones prestadas por el servicio (6).

Grafica 1. Resultados del estudio “SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN UN ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA, DURANTE LA PANDEMIA COVID-19”



Fuente: Bladimir, Pecho y Gómez en su estudio denominado “SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN UN ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA, DURANTE LA PANDEMIA COVID-19” en el 2020.



Por su parte en España, Fuentes, Bravo y Guillen en el 2018 en su estudio desarrollado en la región de Murcia, nombrado como “Calidad asistencial percibida y satisfacción de las personas sordas con la atención primaria de un Área de Salud de la Región de Murcia” (7). se obtuvo como resultados basados en la calidad de la asistencia, el trato humano recibido, la profesionalidad percibida y la satisfacción global, ejemplificados como:

Grafica 2. Resultados de calidad percibida del estudio “Calidad asistencial percibida y satisfacción de las personas sordas con la atención primaria de un Área de Salud de la Región de Murcia”

DEFINIR RESULTADOS ANALIZAR

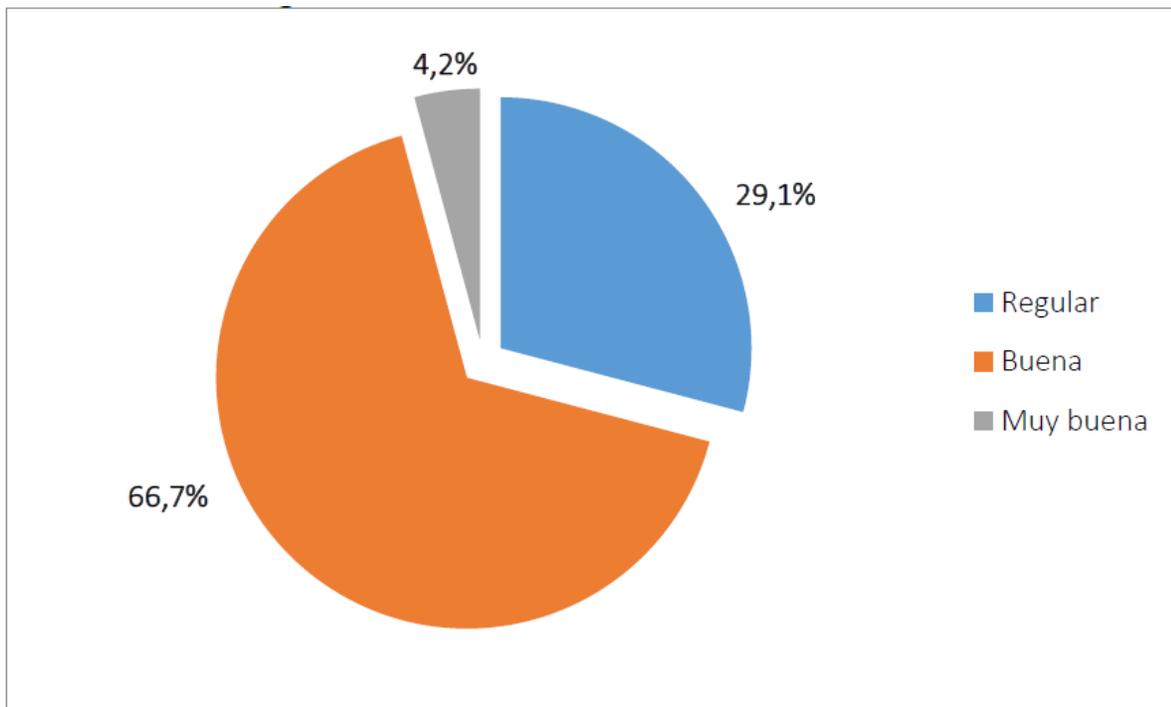




Gráfico 3. Resultados de profesionalidad percibida del estudio “Calidad asistencial percibida y satisfacción de las personas sordas con la atención primaria de un Área de Salud de la Región de Murcia”

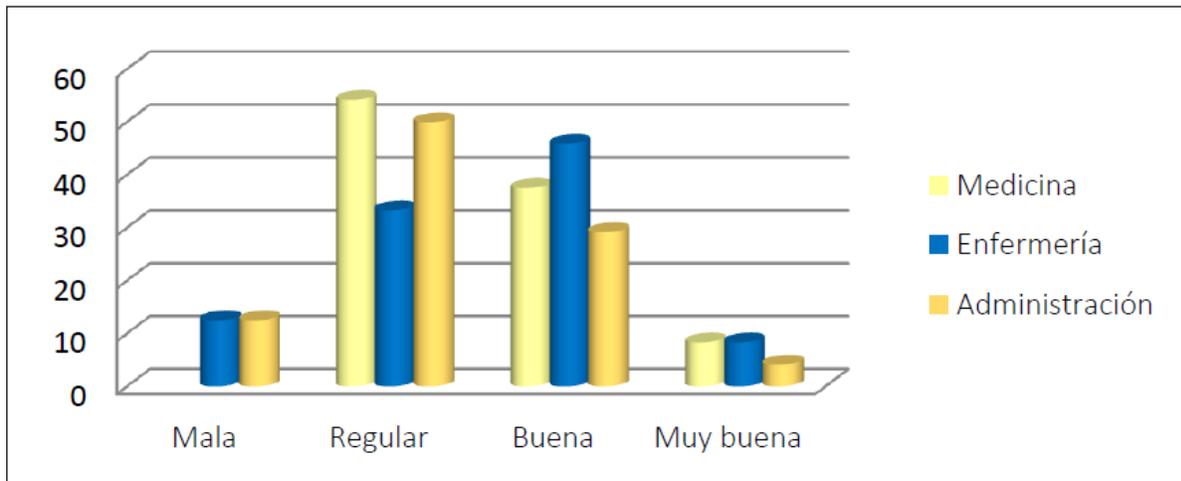
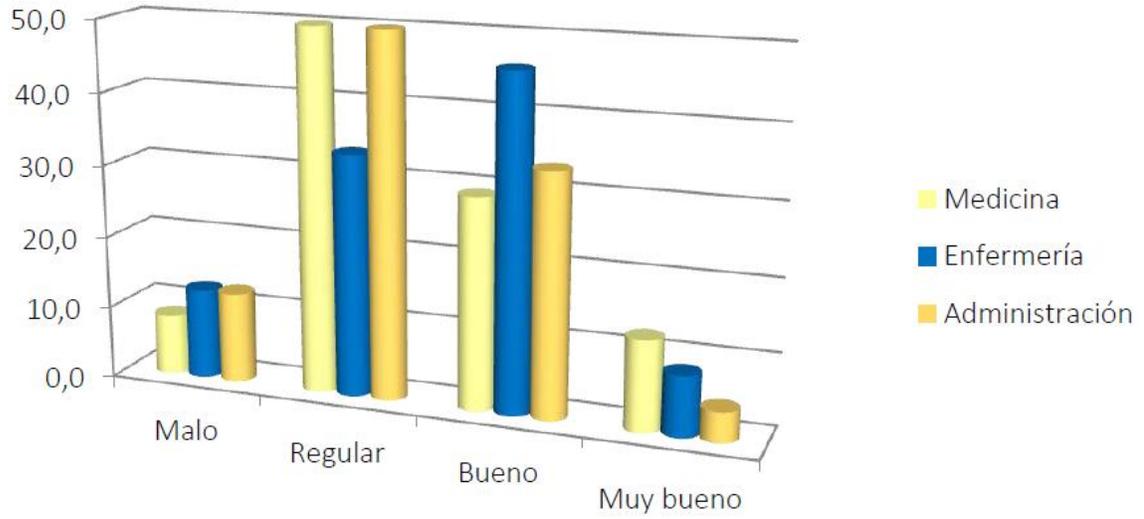


Gráfico 4. Resultados de trato humano percibido del estudio “Calidad asistencial percibida y satisfacción de las personas sordas con la atención primaria de un Área de Salud de la Región de Murcia”



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”
Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750
www.unipamplona.edu.co



SC-CER96940



"Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz"

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750
www.unipamplona.edu.co



Por otra parte, en Colombia Osorio, Vélez y Álvarez durante el 2021 en su estudio tenían como objetivo el identificar las características del desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de los usuarios y los factores que se relacionan con la utilización de los servicios; con resultados tales como, las principales razones para la solicitud de la atención se basa en la recuperación y la prevención de la enfermedad, se asocia a mayor edad, aumenta la solicitud de atención y la percepción del estado de salud se relacionó con la satisfacción de la última atención ofrecida(8).

La OMS establece que la importancia de la APS, se encuentra en el actuar de manera temprana ante estados de emergencia u enfermedad de la población, por ello cuando la implementación de la APS se ve obstaculizada por el acceso a la atención, por distintas barreras, estas acciones preventivas incrementan los casos de morbimortalidad en la población adulta, constituye mayores gastos institucionales, acrecienta la ocupación de centros de salud de mayor nivel, extiende problemas a las personas circundantes a los usuarios con dificultades de salud, por ende se verían afectadas las red de apoyo y lo relacionado con la vida personal del usuario(9)

Siendo así Jiménez y et al en el 2017, manifiestan que la percepción de los usuarios en cuanto a la atención primaria en salud, ha sido aumentada por las brechas en desigualdad de la población, por lo tanto, estas barreras percibidas por los usuarios afectarían el cumplimiento de la asistencia a los programas de promoción y prevención en salud, restándole importancia a la atención basada en la APS y determinan que dirigirse a los centros hospitalarios, solo se diera en caso de que se necesitase, incurriendo de esta manera en el aumento de comorbilidades en la edad adulta(10)



Según el análisis desde lo metódico se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la perspectiva del adulto sobre la Atención Primaria en Salud en una institución pública de salud de Norte de Santander en 2022?



5. JUSTIFICACION

La inequidad en salud es producto, en parte, de la falta de toma de decisiones de políticas públicas relacionadas a buscar mejores condiciones de vida para los ciudadanos, que incluyen la creación de sistemas nacionales de salud con base en atención primaria de salud (APS). La declaración de Alma Ata en 1978 marcó un hito en el debate sobre cómo deberían organizarse los sistemas de salud, reafirmando a la salud, como “un derecho humano fundamental”(11)

Por lo anterior es importante conocer que la Atención Primaria en Salud (APS) comprende tres componentes relacionados y sinérgicos: servicios de salud coordinados y completos, en los que se incluyen, como piezas centrales, la atención primaria y funciones y bienes de salud pública; acciones y políticas multisectoriales en el ámbito de los determinantes sociales de la salud y el establecimiento de un diálogo con personas, familias y comunidades, y su empoderamiento, para aumentar la participación social y mejorar la auto asistencia y la autosuficiencia en la salud, la APS en encuentran en el compromiso con la justicia social, la equidad, la solidaridad y la participación. Se basa en el reconocimiento del grado máximo de salud que se pueda lograr, siendo esto uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de religión, raza, condición socioeconómica o social, e ideología política.

Por otra parte, es importante mencionar los ciclos vitales estos tienen enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una



generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior. Además, permite mejorar el uso de recursos escasos, facilitando la identificación de riesgos, brechas y la priorización de intervenciones claves(12)

Es el caso de la presente investigación se tiene en cuenta los ciclos vitales, los cuales puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo, aunque no deben tomarse en forma absoluta y recordar que existe diversidad individual y cultural. Según la resolución 3280 da una clasificación por edades: primera infancia va desde los 7 días hasta los 5 años, 11 meses y 29 días, infancia (6 a 11 años), adolescencia (12-17 años), juventud (18 - 28 años), adultez (29 - 59 años) y vejez (60 años y más)(13).

Así mismo, la adultez es la etapa de ciclo vital más extensa, ya que va desde 29 a los 59 años. Ha sido una edad invisibilizada a lo largo de la historia por la sociedad, la cual prioriza las otras etapas por sobre esta, e incluso, por los propios adultos, pues se considera que las personas adultas, al entrar en dicha etapa, tienen resueltas todas sus necesidades (económicas, afectivas, políticas, etc.), se hallan en el momento pleno de su vida y pueden continuar su propio desarrollo sin apoyo de nadie, ni del Estado, y ello ha contribuido a que la adulta se convierta en una población con débil reconocimiento de sus derechos y, por ende, con una pobre exigibilidad de estos, incluso en lo que atañe al derecho a la salud; así, se favorece el deterioro en la calidad de vida y en la salud de adultos. Tal situación se debe, en gran parte, a que, subsumidos en los ámbitos de lo laboral y de lo económico, se ha generado un distanciamiento de su desarrollo humano integral(14)



Es importante destacar el papel de enfermería siendo este una de las profesiones más importantes de la atención a la salud, estando especializada en el ámbito de los cuidados orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud (15)

No obstante, cabe mencionar que los avances sanitarios han generado una gran diversidad en los conocimientos técnicos y en las funciones de los profesionales sanitarios, que exigen un abordaje multidisciplinar e integral de la salud. Por otro lado los cambios demográficos, sociales y económicos han determinado importantes cambios en los problemas de salud como el estrés; alteraciones nutricionales; enfermedades crónicas y degenerativas relacionadas con la edad avanzada que exigen atención sanitaria y cuidados continuados; nuevas epidemias como el VIH y otros procesos infecciosos relacionados como las hepatopatías, las ETS o la tuberculosis; accidentes de tráfico y sus secuelas; maltrato familiar; crecimiento de la pobreza y el desarraigo por la crisis y los recortes del estado del bienestar; o la marginación de la población inmigrante.

En este contexto la Enfermería, además de aplicar de forma integral un conjunto de cuidados al individuo, la familia y la comunidad en el proceso salud-enfermedad, debe contribuir a que adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado en el marco de una atención primaria integral y comunitaria que incluye la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, y la prevención de la enfermedad.

Se ocupa de los individuos, grupos familiares y de los diferentes grupos sociales, en los centros de salud, en los domicilios de los pacientes, en la comunidad y en las urgencias. Para poder abordar



con racionalidad y eficacia los problemas de salud es fundamental estudiarlos en el medio en que se ha desarrollado y analizar su evolución en el tiempo. Ello exige conocer el entorno de las personas y relacionarlo con los comportamientos saludables o de riesgo, los hábitos alimenticios, las condiciones higiénicas que le rodean, la actividad y el ejercicio que realiza la población, los patrones culturales, los hábitos y condiciones sociales, y el entorno profesional, escolar y familiar. El crecimiento de las enfermedades crónicas y los recortes a la Ley de dependencia obliga a muchas familias a desempeñar una actividad cuidadora, que precisa de apoyo educacional y asesoramiento sanitario por personal profesional adecuadamente formado y cercano al entorno familiar y comunitario como el que brinda la enfermería de Atención Primaria. También es relevante la labor de la enfermería en la promoción de la salud en los centros educativos.

Las universidades tienen un papel a cumplir en cuanto a construir competencias para brindar programas basados en las necesidades particulares de entrenamiento que se necesitan para la fuerza de trabajo en APS del mañana. Esto incluye liderazgo y destrezas en salud comunitaria, salud poblacional, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, más que en las competencias académicas tradicionales de las facultades.

Desde nuestra práctica Campos de Acción Profesional en el área de investigación podemos adquirir conocimiento en atención primaria de salud (APS), para contribuir en promoción de la salud, prevención de la enfermedad en los pacientes adultos.



6. ANTECEDENTES

Según una encuesta del CEPAL sobre programas de salud, 2005 en Colombia, Adjudican el problema en la atención en salud a la accesibilidad de los servicios, seguido por la ineficacia de la operación y organización de la prestación del servicio, en donde asocian como causal las limitaciones presupuestaria, recurso humano, la infraestructura y tecnología de la red institucional de la atención primaria en salud; Brevemente se puede indicar basado en lo anterior, que las características definidas por las condiciones socioeconómicas como la dispersión, zonas rurales, limitan el acceso y comunicación de los servicios de la atención primaria en salud(16).

En consecuencia de la búsqueda de la satisfacción del usuario y la atención percibida por el usuario, Bladimir, Pecho y Gómez en su estudio denominado “SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN UN ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA, DURANTE LA PANDEMIA COVID-19”, desarrollado en Perú, nos indica que tienen como objetivo, determinar el nivel de satisfacción del usuario externo en un establecimiento de atención primaria de salud, este expresado por la calidad del servicio y la satisfacción del usuario, quienes tienen la percepción de identificar los elementos de la atención determinantes de la satisfacción, en este estudio se obtuvo una muestra de 120 pacientes adultos, a los cuales se les aplicó un instrumento denominado “Escala de Satisfacción con los Servicios de Salud-S5/22”, la anterior escala evalúa las dimensiones de globalidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles La puntuación media total de la escala, fue de 63,45%; esto indica, insatisfacción con los



servicios de salud, siendo el aspecto intangible, la dimensión con la que se percibe menor satisfacción en la APS, basada en la orientación e indicaciones prestadas por el servicio(17).

Por su parte en España, Fuentes, Bravo y Guillen en su estudio desarrollado en la región de Murcia, nombrado como “Calidad asistencial percibida y satisfacción de las personas sordas con la atención primaria de un Área de Salud de la Región de Murcia” durante el 2018, tenían como objetivo, describir la calidad asistencial percibida y la satisfacción frente a los servicios de Atención Primaria del Área de Salud II Cartagena del Servicio Murciano de Salud por parte de las personas sordas de Cartagena y comarca; para el desarrollo de esta investigación se obtuvo una muestra de 24 participantes de los cuales el 41,7% de los participantes eran hombres y el 58,3% mujeres. Los participantes tenían una edad media de 43 años (+/-15)(18).

Por otra parte, en Colombia Osorio, Vélez y Álvarez en su estudio denominado “La atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios” quien tenía como objetivo el identificar las características del desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de los usuarios y los factores que se relacionan con la utilización de los servicios; en este estudio se obtuvo una muestra de 394 usuarios y se logró resultados tales como, las principales razones para la solicitud de la atención se basa en la recuperación y la prevención de la enfermedad, se asocia a mayor edad, aumenta la solicitud de atención y la percepción del estado de salud se relacionó con la satisfacción de la última atención ofrecida(19).



Cabe señalar que un estudio realizado por Indina Luz y Richard de Jesús, mencionan que los países de América Latina han implementado estrategias, políticas y programas enfocados en la APS, con una tendencia positiva en el aumento de la promoción y prevención en salud, por ende, Colombia, en conjunto con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que fue conformado con la Ley 100 de 1993. Posteriormente, La Ley 1438 de 2011 reforma el sistema de salud en el marco de la estrategia de APS. En el año 2016, es promulgada la Política de Atención Integral en Salud, dentro de la cual se encuentra el Modelo de Atención Integral en Salud, el cual propone intervenciones de promoción, cuidado, protección, detección temprana, tratamiento y rehabilitación a lo largo de los ciclos vitales.

De igual manera, el Ministerio de Salud elaboró las Rutas Integrales de Atención en Salud, las cuales están constituidas por tres tramos: promoción y mantenimiento de la salud, en las que se destaca la resolución 3280 Por medio de la cual se adoptan 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 se establecen las directrices para su operación atención para grupos de riesgo y atención específica para eventos. En el año 2019 y con el fin de que la atención en salud sea lo más ajustada a las necesidades territoriales, el Ministerio de protección social propuso el Modelo de Acción Integral Territorial con los ejes orientadores de visión de largo plazo, énfasis en la calidad, salud pública, reforzamiento del talento humano, y sostenibilidad financiera(20).



7. OBJETIVOS

7.1 Objetivo General

Evaluar la atención primaria en salud desde la perspectiva del adulto en dos instituciones públicas de salud del norte de Santander.

7.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población objeto de estudio.
- Reconocer los servicios accesibles y utilizados por la población como primer contacto con el sistema de salud.
- Identificar la atención continuada y global recibida por la población de estudio.
- Determinar la coordinación con otros niveles del sistema sanitario; enfoque familiar, comunitario y competencia cultural.



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750
www.unipamplona.edu.co



8. MARCO TEORICO

Según el medico Castellanos Robayo en el 2020, define la atención primaria “APS” como un enfoque de atención integral de la salud que combina una forma particular de identificar los problemas básicos de la población, así mismo describe que esta atención no son estrictamente médicos; pero implícitamente es una estrategia que aborda problemas de salud involucrando la participación activa de la comunidad y por ende la coordinación desde lo sectorial e intersectorial. Igualmente el neurólogo Vargas Tentori en 1981 argumenta en el boletín de la revista oficina sanitaria panamericana que la atención primaria en salud (APS) está basada en un instrumento que permite alcanzar la extensión de la cobertura de los servicios de salud, entendiéndola como la intervención adecuada para proveer servicios de salud a la población no atendida en las áreas rurales y subatendida de las áreas urbanas de bajo nivel de ingresos.

Por ende, evaluar la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) desde la perspectiva del usuario es fundamental en todos los ámbitos del sistema de salud, pues permite analizar la satisfacción de los usuarios, igualmente desde el establecimientos de salud como medida de calidad de la atención y la satisfacción por consiguiente se entiende como la evaluación positiva del usuario sobre la atención brindada por parte del personal de enfermería, con lo anterior propicia la adherencia del usuario al proveedor de servicios y orienta mejoras en organizaciones de salud(21).



Por otro modo la organización panamericana de la salud en el 2008, recomendó que, para el correcto abordaje de los problemas de salud de la población, correspondía involucrar ciertos componente como los servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, además enfatizaron la educación en salud, promoción de nutrición adecuada, provisión de agua y saneamiento básico, atención materno-infantil (incluyendo planificación familiar), inmunizaciones, tratamiento apropiado de enfermedades frecuentes, prevención o control de enfermedades endémicas locales y la provisión de medicamentos esenciales(22).

En la Declaración de Alma-Ata también se proponen algunos principios básicos que debe acatar la APS como: ***Participación Comunitaria, definida como la activa participación de sus miembros en la planificación, financiamiento, organización, funcionamiento y control de los servicio de salud; Intersectorialidad, entendida como la intervención coordinada de instituciones, gubernamentales y no gubernamentales, de más de un sector social, que comparten sus recursos en acciones destinadas a tratar los problemas vinculados con la salud, y finalmente la Descentralización, referida a la capacidad de tomar decisiones de acuerdo a la disponibilidad de recursos en cada uno de los niveles de gestión y en función de las necesidades sociales del área y la tecnología apropiada.***

En la misma dirección, ciertos autores consideran la APS como una política pública donde los recursos no necesariamente provienen del sistema de salud y los beneficios no se limitan al estatus de salud de los individuos y poblaciones, u otros como Shi sostienen que la APS se caracteriza por incluir políticas sociales más amplias, como el acceso universal a los servicios de salud.



Kruk asocia la APS a la movilización de las distintas fuerzas de la sociedad en torno a la transformación del sistema de salud de acuerdo a los valores de equidad, solidaridad y participación. Gómez considera que la APS es un componente clave de la política sanitaria internacional, pues constituye la expresión de una política pública mundial adoptada por los gobiernos preocupados por abordar el problema de la equidad en salud. Labonté la define como una política de salud orientada a reducir inequidades, donde la equidad en salud implica que, idealmente, todos los individuos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello puede evitarse. Por lo tanto, implica la inexistencia de diferencias en salud que resultan de factores que se consideran evitables e injustos al mismo tiempo(23)

El autor *Borroto Cruz*, en su libro *medicina familiar educación médica en el año 2000* y otros como los ejes fundamentales de la APS. En particular el concepto de intersectorialidad es destacado por autores que sostienen que para proveer salud no alcanza con sistemas de salud eficientes. En este sentido, Sansó Soberats y otros consideran que la APS es una convocatoria a la práctica de intersectorialidad con el objetivo de garantizar el derecho universal a la salud, a partir de asegurar la atención sanitaria esencial a las poblaciones y con ello, el mejoramiento de los perfiles de bienestar, entendidos como la accesibilidad de toda la población a servicios de salud, vivienda y educación, entre otros(24)

Definir que la calidad de la atención “es el conjunto de métodos, principios y estrategias con el fin de promover mayor satisfacción del usuario, mediante la integración de los esfuerzos a la mejora



de la calidad del producto o servicio que ofrece la organización”. La satisfacción es un estado en el que el cerebro produce una sensación de plenitud, complacencia, la cual se encuentra acompañado de seguridad racional como éxito de lo que se haya saciada, por lo tanto la satisfacción, una experiencia que está relacionada con la percepción de la calidad, lo que hace que en salud se represente con el cumplimiento exitoso del proceso, cubriendo el usuario su necesidad de manera positiva y se genere la adherencia a los servicios de atención que se brinden a la población adulta (24).

El concepto de APS queda establecido en 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata (Kazajistán, ex-Unión Soviética), organizada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Con el propósito de difundir internacionalmente modelos de atención en los cuales la población constituía un agente fundamental en la producción de salud, se presentaron experiencias (seleccionadas por su significancia en términos de tamaño y complejidad) implementadas en China, Tanzania, Bangladesh, India, Venezuela, Cuba, Yugoslavia, Níger y Nigeria. Se estipulo que la atención primaria en salud se basa en unos factores principales en cuanto a los problemas sanitarios de la comunidad, así mismo, fortalece que acorde a estos servicios correspondientes se encuentra inmerso lo preventivo, lo curativo y la rehabilitación, conforme a la protección de la salud, cabe destacar que estos factores están inmersos a la estabilidad de un sistema de salud que está vinculado a lo económico, valores sociales del mismo sistema u estado y la misma comunidad (24).



Competencia cultural: de acuerdo con la definición propuesta por Cross(1988) hace referencia a un conjunto de comportamientos, actitudes y políticas que confluyen en un sistema, institución, organismos o entre profesionales permitiendo trabajar eficazmente en situaciones donde existen diferencias interculturales. Esto indica que el personal de la salud debe tener la “capacidad” habilidad, conocimiento y aptitudes para trabajar eficazmente con poblaciones que tienen distintos patrones de comportamiento cultural, tales como creencias, valores, lenguaje, ideas, costumbres y normas de comportamiento aprendidas y transmitidas mediante la asociación de grupo y que llegan a ser diferentes a las del personal encargado de la salud, por lo tanto estos deben familiarizarse con los patrones culturales de los grupos con el objeto de modificar su práctica para ajustarse a las necesidades de los grupos culturalmente diversos y así ofrecer un cuidado culturalmente sensible y congruente(35).

Personal de la salud en atención primaria: profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería y médicos que realizan actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, educación y rehabilitación del estado de salud directamente con los grupos culturalmente diversos desde el primer nivel de atención, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar(35).

Grupos culturalmente diversos: definido como conjuntos de personas de todos los géneros y todas las edades que comparten pautas culturales dentro de un grupo y que se integran a la cultura general pero a la vez se diferencian de ella, en cuanto a que ellos viven de acuerdo con sus creencias, valores, lenguaje, ideas, costumbres y normas de comportamiento aprendidas y



transmitidas mediante la asociación de grupo en un proceso continuo de socialización, incluyendo las diferencias de raza/etnia, clase social, el papel dentro de una organización, religión, orientación sexual, habilidad física y otras identidades grupales, se pueden entender por su extensión como subculturas(35).

Atención primaria en salud: corresponde a la estrategia de coordinación intersectorial, es decir, apoyada en otros sectores diferentes a salud, pero que tiene relación estrecha con la garantía de la misma centrada en la atención de la población y no de la enfermedad, a fin de impactar en los determinantes sociales de la salud que permite la atención integral e integrada a toda la población residente en el territorio colombiano dirigida a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, educación y la rehabilitación del estado de salud directamente con los grupos culturalmente diversos desde el primer nivel de atención, para garantizar un mayor nivel de bienestar, basada en los principios de interculturalidad, universalidad, enfoque diferencial e igualdad(35).

Funciones del personal de la salud en atención primaria: el personal de salud que integra las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los grupos culturalmente diversos, que realiza funciones de diagnóstico familiar con el objeto de identificar el riesgo individual, familiar y comunitario por edad, sexo, raza y etnia; promoción de la afiliación al Sistema de manera individual y familiar; inducir la demanda de los servicios de los eventos de interés de salud pública y que impactan en la demanda de la salud



pública; facilita la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación(35).

Intersectorialidades: El concepto de intersectorialidad se define como la “intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida(35).”

9. MARCO LEGAL

la Ley 1751 Estatutaria. Habiendo pasado por todo este procedimiento político y administrativo en el cual hubo un sinnúmero de debates tanto a favor como en contra es dispuesta La ley estatutaria 1751 (2015) la cual establece: “***La Salud como un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable tanto en lo individual como en lo colectivo***”. Se habla de que es primordial para establecer el alcance que tiene la salud al ser denominado derecho fundamental además se incorporan y citan varios principios donde resalta el principio Pro omine, que adoptará la interpretación de las normas vigentes más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas; otro aspecto relevante es que por primera vez se toman los determinantes sociales en salud como uno de los aspectos que define el Estado de salud de los individuos y responsabiliza al estado por la implantación de políticas que ayuden a reducir la brecha de desigualdades de estos determinantes sociales en la población. Aunque el Estado con esta legislación busca blindar la calidad y prestación del servicio de salud para los colombianos existen diferentes actores a los cuales no les termina de



convencer que esta sea una solución y respuesta a toda la problemática por la cual está pasando la salud en el territorio nacional.

La ley estatutaria 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la Salud, basada en unos principios y elementos esenciales que serán los encargados de impactar la prestación de los servicios y tecnologías en salud con el fin de asegurar una atención acorde a las necesidades de la población. Con esta ley, la cual prevé un período de transición de hasta dos años para algunos aspectos, se establecerán políticas que definan nuevos esquemas de beneficios y unos nuevos criterios en la prestación de los servicios, cambios que involucran a todos los actores del sistema y que requieren que estos adopten una nueva actitud frente al mismo, entiendan la salud como un concepto integral e integrador y comprendan que los determinantes de esta son dinámicos, cambiantes y requieren de su participación activa; que se conviertan en protagonistas de estos cambios y que hagan parte de la formulación de iniciativas tendientes a consolidar y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos



esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada (25).

Recientemente la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria en Salud) ha tomado varios elementos del Derecho para resaltar su naturaleza como derecho fundamental. De este modo, la Declaración de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en especial la observación 14 y la Constitución Política de Colombia, han provisto las bases legales y constitucionales para instituir el derecho fundamental a la salud con base en sus características sustantivas, entre otras, que es inherente a la condición humana, es irrenunciable, que no prescribe y que es deber del Estado garantizarlo; para ello la citada norma incluye 18 elementos esenciales y principios que pretenden garantizar la prestación de los servicios de Salud de una manera que consoliden dicho derecho y lo conviertan en una realidad(25)

La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, reconoce el papel de los Determinantes Sociales de la Salud también esta ley obliga al Estado a garantizar y proteger el derecho a la salud de los colombianos(26)

Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: Ley 1753 de 2016 En su capítulo II: Movilidad social que tiene como objetivo mejorar las condiciones de la salud en la población colombiana(27)

Artículo 65: Política de atención integral en salud: Política Integral de Atención en Salud El objetivo de la PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e 17



intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución. Rutas Integrales de Atención en salud Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de la vida Comprende las acciones y las interacciones que el Sistema debe ejecutar para el manejo de riesgos colectivos en salud y la protección de la salud de la población, promoviendo entornos saludables para lograr el bienestar y el desarrollo de los individuos y las poblaciones. Incorporan actividades individuales y colectivas, que pueden ser realizadas en los entornos saludables, en el prestador primario o complementarias, y que están dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento. Rutas integrales de atención en salud para eventos específicos. Aborda condiciones específicas de salud, incorpora actividades individuales y colectivas que pueden ser realizadas en los entornos, en el prestador primario y complementario, orientadas al tratamiento, rehabilitación y paliación de patologías específicas(28)

A partir de 1993 Colombia dio los primeros pasos dentro de sus propia legislación para iniciar un proceso cuyos principales resultados en materia de salud 23 llevaría a lograr la cobertura en el aseguramiento de la misma para todos los ciudadanos; fue en esa fecha que se expidió la **Ley 100 del 23 de diciembre (1993)** donde: Se transformó el viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista estatal y caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada, en un Sistema General de Seguridad Social en Salud, regulado orientado y vigilado por el Estado, basado



en el aseguramiento universal con dos regímenes, uno contributivo y uno subsidiado. El Régimen Contributivo a través del pago de una cotización reglamentaria (para trabajadores asalariados e independientes que tiene capacidad de pago) y el Subsidiado que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales. Todos los asegurados recibirán un Plan Integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el Plan Obligatorio de Salud, la competencia de administradoras del seguro llamadas Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadores de Servicios. El sistema contempla importantes elementos de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desprotegidos(29).

El Decreto 3045 de 2013 se “dictan medidas para garantizar la continuidad en el aseguramiento... y establece que toda persona que ha ingresado al sistema de seguridad social en salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad” (25)

La implementación de la ley 100 del 93 “puso al país como referente en la ordenación de un sistema de salud, con pretensiones de universalidad y participación de particulares,”¹ su inicio fue la conformación de la organización de sus instituciones, procedimientos y financiación del Sistema de Seguridad Social. De ahí en adelante se da un andamiaje de reformas, todas estas susceptibles al cambio según el ritmo de las transiciones históricas, con el fin de promover y garantizar el aseguramiento y el bienestar de todos los seres humanos (30)



La ley 100 del 93 que estructuró el nuevo sistema de salud, como también el sin número de leyes que modifican y reforman el sistema, renuevan el compromiso al acceso equitativo y con calidad. ***La Ley 1438 de 2011 ya trae la atención primaria en salud de una forma precisa en su Artículo 12 como una estrategia formada en tres componentes integrados e interdependientes, intersectorial transectorial,*** además es la base en la intervención sobre las causas sociales, económicas y políticas que determinan las condiciones inadecuadas de salud en una población. Además, incorpora en forma directa una serie de disposiciones referidas al talento humano, Aplica una serie obligaciones tanto de los órganos que componen el sistema como de los usuarios del mismo sistema. ***Desde la Ley 100 del 1993 como de la misma Ley 1438 de 2011 se expresan los deberes y obligaciones de los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud, la difusión y capacitación para el desarrollo de la norma, como la política nacional de participación social la corresponsabilidad, la atención preferente y la conformación de redes integradas de salud son muestras que traen adelantos a él buen servicio justo y equitativo en salud.*** (30)

Con la implementación del Sistema de Seguridad Social en Salud *organizado por la Ley 100 de 1993, las principales políticas están inmersa en el Acto Legislativo No. 1 de 2005 en procura de garantizar la sostenibilidad y el equilibrio del Sistema, en armonía con las inquietudes macroeconómicas del país.* (30)

Los incisos 1 y 2 del Artículo 152 de la Ley 100 de 1993, ya reza el objeto de la ley 100 dentro del sistema de protección social para salud, y dicho objeto además de establecer el sistema de seguridad social, desarrolla sus fundamentos y determina la dirección del sistema, su organización



y su funcionamiento como también sus normas administrativas, financieras y de control a las obligaciones que emanan de su aplicación. Los objetivos del Sistema general de Seguridad Social en salud son muy claros, el principal es regular el servicio público esencial de Salud y crear condiciones de acceso a todo habitante del territorio nacional, al servicio de salud en todos los niveles de atención(30)

Según la ley 1438 de 2011, la Atención Primaria en Salud (APS) es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (31)

Posteriormente, con el surgimiento de *la ley 1122 de 2007 se da un Impulso a la ley 1438 de 2011*, reforma más social que puntualiza y hace énfasis en la falta de una cultura, de una costumbre, de un orden y de una concientización ciudadana de los usuarios, de sistema y desde su inicio con el artículo 1 el objeto de la ley, aplica la estrategia de atención primaria en salud, que permite la acción coordinada del Estado, las Instituciones y la Sociedad.(30)

La resolución 412 de 2000¹⁵ "por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas



y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública" es la que rige la manera como se llevan a cabo las actividades de prevención de la enfermedad en todo el territorio nacional.

La ley 1438 de 2011 adoptó la Atención Primaria en Salud como uno de los componentes principales de la prestación del servicio público de salud. El profesional de enfermería debe conocer a profundidad esta legislación, sus alcances, sus limitaciones y la forma como puede integrar su quehacer profesional dentro de los equipos multidisciplinarios.(30)

Es fundamental identificar que la ley 911 del 2004 menciona en sus artículos que:

ARTÍCULO 3o. El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.(32)

En el artículo 11 dice que el profesional de enfermería deberá garantizar cuidados de calidad a quienes reciben sus servicios. Tal garantía no debe entenderse en relación con los



resultados de la intervención profesional, dado que el ejercicio de la enfermería implica una obligación de medios, mas no de resultados. La valoración ética del cuidado de enfermería deberá tener en cuenta las circunstancias de tiempo, modo y lugar que rodearon los hechos y las precauciones que frente al mismo hubiera aplicado un profesional de enfermería prudente y diligente.(32)

Definió la calidad en la prestación de servicios de salud como: "El conjunto de características técnico-científicas y humanas que debe tener la atención en salud, que se provea para alcanzar los efectos deseados por los usuarios del servicio, caracterizado por la oportunidad, continuidad, suficiencia e integridad, racionalidad lógico-científica y grado de satisfacción de los usuarios" (32)

la ley 266 de 1996. dentro de los deberes del profesional de enfermería resalta velar porque se brinde atención profesional de enfermería de calidad, a todas las personas y comunidades sin distinción de clase social o económica, etnia, edad, sexo, religión, área geográfica u otra condición, El ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia se ejercerá dentro de los criterios y normas de calidad y atención y de educación que establezca la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia , Para enfermería, según reglamenta el ejercicio profesional, la calidad se incluye como uno de los principios rectores en el cuidado de enfermería, definiéndola como una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico – científicos, sociales, humanos y éticos(33)



La Ley 266 de 1996 la cual reglamenta la práctica de enfermería y ha sido complementada con la creación de la Ley 911 de 2004, bajo la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica de la profesión y se define el acto del cuidado de enfermería como la esencia de la profesión. Este se debe dar a partir de la comunicación y la relación interpersonal entre la enfermera y el paciente y dictamina que el profesional de enfermería debe brindar un cuidado integral y de calidad a quien le preste el servicio(33)



10. METODOLOGIA

Esta investigación tiene un estudio de naturaleza cuantitativa de tipo descriptivo de corte transversal, debido a que permite la expresión de información numérica recolectada en un tiempo en concreto, permitiendo valorar la magnitud del problema, con la finalidad de percepción de los adultos frente a la APS.

la investigación tiene en cuenta los ciclos vitales, los cuales puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo, aunque no deben tomarse en forma absoluta y recordar que existe diversidad individual y cultural. Según la resolución 3280 da una clasificación por edades: primera infancia va desde los 7 días hasta los 5 años, 11 meses y 29 días, infancia (6 a 11 años), adolescencia (12-17 años), juventud (18 - 28 años), adultez (29 - 59 años) y vejez (60 años y más); Siendo esta investigación dirigida a la población adulta con edades comprendidas entre 29 años a 59 años.(13)

Para el presente estudio descriptivo, se utilizó un muestreo aleatorio simple, tomando como referencia inicial el total de la población del municipio de Pamplona (53.909) habitantes y empleando un nivel de confianza del 95% y un 5 % de margen de error, a partir de este cálculo el tamaño de la muestra es de 382 personas. Posteriormente, la distribución porcentual del tamaño de la muestra se asignó de acuerdo con la información reportada en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) del municipio, con relación a la proporción de cada uno de los ciclos vitales a investigar, en este sentido, el valor de la proporción de mujeres y hombres adulto mayor fue de (15.6%) lo equivalente a 137 usuarios en edad adulta.



ESTUDIANTES	POBLACIÓN OBJETO	METODOLOGÍA	MUESTRA	DOCENTE TUTOR
P-1	Wilson Andrés Carrero Rigaud	Cuantitativa	(60)15.6 %	Isabel Florez Florencio Arias
	Luz Dary Pelaez Acevedo		(60)15.4%	
P-2	Maxwel Yulian Salcedo Lopez	Cuantitativa	(137)36%	Balkys Zulay Hernández José Luis Echavez
	Edna Yadira Bautista Rincón			
P-3	José Luis Mendoza González	Cuantitativa	(127)33%	Judith Patricia Morales Velandia
	Yordy Darío Caicedo Jaimes			

Además, se realizó una revisión sistemática de la literatura en la cual se siguieron los lineamientos establecidos en la declaración PRISMA. Se consultaron las bases de datos bibliográficas: Pubmed, Scielo, Dialnet, Scopus, Ebsco, Embase, Ibecs Medes y cuidatge, la búsqueda tuvo como periodo de observación desde septiembre de 2022 a octubre 2022. Se utilizaron las siguientes palabras clave: Atención Primaria en Salud, Adultos, Percepción. Estas se combinaron con los operadores booleanos para configurar ecuaciones de búsqueda que se adaptaron a los idiomas inglés y portugués, a continuación, se presentan las ecuaciones en idioma español:

- Atención Primaria en Salud, Adultos, Percepción.
- Primary Health Care, Adults, perception.
- Atensão Primária à Saúde, Adultos, percepção

Así mismo se tuvieron en cuenta los siguientes atributos para su construcción:

- Servicios accesibles



- Atención continuada y global
- Coordinación
- Enfoque familiar
- Enfoque comunitario
- Competencia cultural

Criterios de inclusión:

- Usuarios mayores de 18 años, con edad comprendida según la población en adultez (29 a 59 años)
- Usuarios que acepten participar voluntariamente en el estudio y firmen el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Usuarios con limitación cognitiva
- Usuarios que utilizan servicios de salud particulares



Tabla 1 Variables de estudio

Grupo	Descripción	Tipo
Variables dependientes	Número de visitas consulta a demanda	Cuantitativa
Coordinación		Cuantitativa
Enfoque familiar	Nivel de salud de cada uno de las personas que componen la familia,	Cuantitativa
Enfoque comunitario	Modelos integrados y equipos multidisciplinarios.	Cuantitativa
Variable independiente		Cuantitativa
Sociodemográfica		
Edad	Años	Cuantitativa
Sexo	Varón/mujer	Cualitativa
Régimen	Activo/pensionista	Cualitativa



Atención médica		
Servicios accesibles		Cualitativa
Competencia cultural	Movilización de recursos	Cuantitativa

Hipótesis:

En relación con la literatura empleada; surge el interrogante de analizar si la percepción de los usuarios a cerca de la atención primaria en salud , que reciben gran parte es positiva, calificando o evaluando como parte fundamental del sistema de salud Colombiano (Hospital San Juan de Dios Pamplona.)

Consideraciones éticas:

El estudio se desarrollará teniendo en cuenta las normas establecidas en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud; de acuerdo con el artículo 11, este estudio se clasifica como una investigación “sin riesgo” ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran.

Se tendrá en cuenta la participación voluntaria y quienes acepten formar parte del estudio firmarán el consentimiento informado. Los datos serán manejados con estricta confidencialidad y anonimato sin realizarse análisis individuales, el formato de valoración estará numerado con un código el cual



sólo es útil para el proceso de tabulación y estará separado del registro de consentimiento informado.

Análisis Estadístico

Posterior a la recolección de información, se verificará la numeración de cada uno de los formatos y los datos se introducirán en una plantilla en formato Excel para realizar un muestreo aleatorio del 10% de las encuestas y verificar la consistencia de la información registrada.

En el análisis preliminar de la base de datos se empleará un análisis exploratorio de los datos, posteriormente se aplicarán técnicas propias de la estadística descriptiva, se estimarán medias de resumen como la media y de dispersión como la desviación estándar, para las variables de naturaleza cuantitativa. Para las variables categóricas se estimarán prevalencias y proporciones.

11. CRONOGRAMA.

Cronograma

Inducción	SEPTIEMBRE							OCTUBRE				NOVIEMBRE			DICIEMBRE			
	Asesorías							Primera Sustentación	Asesorías			Asesorías	Segunda Sustentación	Asesorías		Sustentación final		
M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	M	M	M	M	M	M	M	
6	8	13	15	20	22	27	29	4	6	12	19	26	2	9	16	23	30	7



ANEXO 3

CRONOGRAMA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS FASES DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE								OCTUBRE					NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
	Asesorías								Sustentación	Asesorías				Sustentación	Asesorías		Sustentación Final		
	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	M	M	M	M	M	M	X	
	6	8	13	15	20	22	27	29	4	6	12	19	26	2	9	16	23	30	7
Inducción a estudiantes	X																		
Presentación del estado del arte y la aproximación del título de investigación		X																	
Presentación del Planteamiento del problema (refleja las características del fenómeno de interés, describiendo datos epidemiológicos y estadísticas e indicadores institucionales, y estudios investigativos referentes al tema)(Parfraseo)			X	X															
Presenta la pregunta que explicita el fenómeno que se va investigar/ Cualitativa: se explicita el tema o fenómeno a investigar					X														
Presenta la Justificación: Se fundamenta la importancia y relevancia del tema						X	X	X											



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”

Universidad de Pamplona
 Pamplona - Norte de Santander - Colombia
 Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750
 www.unipamplona.edu.co



12. RESULTADOS

Tabla. Caracterización Sociodemográfica

CARACTERIZACION DE LOS USUARIOS DEL ESTUDIO CON RELACION A LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS			
VARIABLES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD	29-38 años	59	43,06569343
	39- 48 años	46	33,57664234
	49- 59 años	32	23,35766423
SEXO	Femenino	100	72,99270073
	Masculino	37	27,00729927
LUGAR DE PROCEDENCIA	Rural	64	46,71532847
	Urbano	73	53,28467153
ESTADO CIVIL	Soltero	40	29,19708029
	Casado	48	35,03649635
	Union libre	42	30,65693431
	Divorciado	7	5,109489051
	Viudo	0	0
ESCOLARIDAD	Primaria	38	27,73722628
	Bachillerato	39	28,46715328
	Tecnico	40	29,19708029
	Pregrado	12	8,759124088
	Posgrado	8	5,839416058
AFILIACION AL SISTEMA DE SALUD	Subsidiado	101	73,72262774
	Contributivo	25	18,24817518
	Regimen especial	9	6,569343066
	Vinculado	2	1,459854015
OCUPACION	Hogar	59	43,06569343
	Empleado	41	29,9270073
	Independiente	33	24,08759124
	Pensionado	3	2,189781022
	Otro	1	0,729927007
INGRESOS ECONOMICOS MENSUAL	< 1 SMMLV	70	51,09489051
	Igual 1 SMMLV	41	29,9270073
	Entre 1 y 2 SMMLV	20	14,59854015
	Entre 2 y 3 SMMLV	3	2,189781022
	mas de 3 SMMLV	3	2,189781022



SC-CER96940



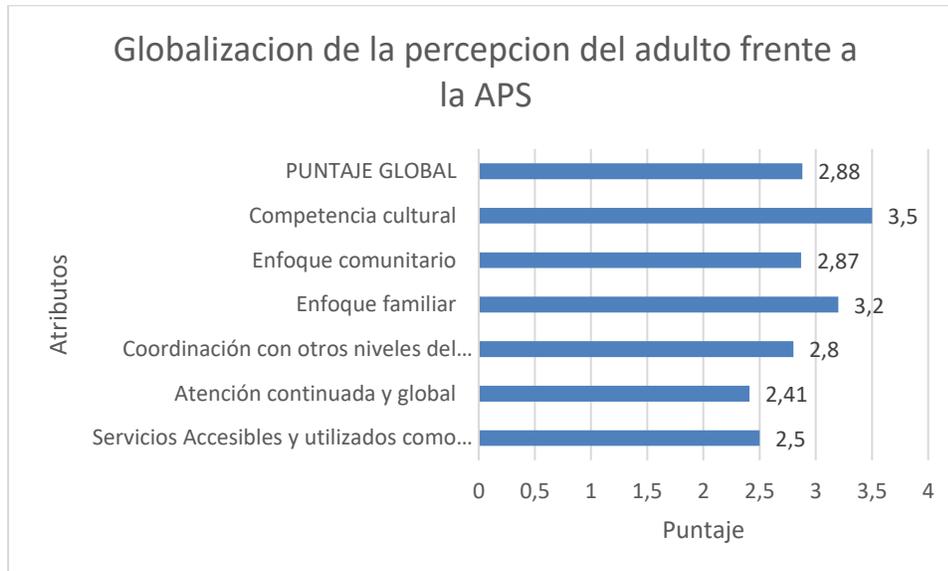
"Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz"

Universidad de Pamplona
 Pamplona - Norte de Santander - Colombia
 Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750
 www.unipamplona.edu.co



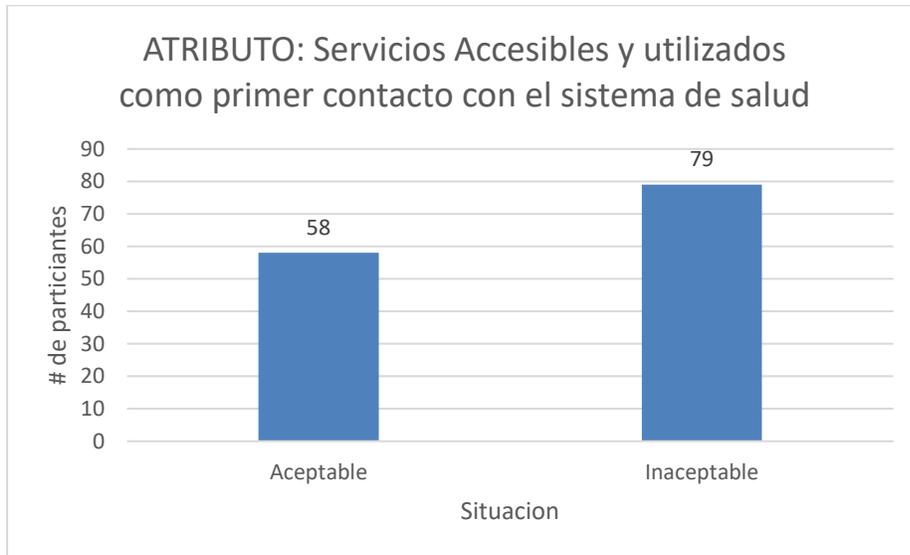
Análisis: A partir de la tabla anterior se deduce que la población con mayor porcentaje se ubica en el sexo femenino con 100 personas lo cual corresponde a un 72,9% y el sexo masculino con 37 personas equivalente a un 27%, los cuales principalmente la mayoría de la población objeto se ubica en el decenio de 29 a 38 años con un 43,03% con 59 personas, seguido del decenio de 39 a 48 años con 33% con 46 personas y por ultimo con el decenio de 49 a 59 años con un 23,3% con 32 personas, del total de población proviene en un mayor porcentaje la población urbana con 73 personas equivalente al 53,2% y el restante ubicado en el área rural con 64 personas equivalente al 46,7%, en donde prevalece el estado civil de casado con 48 personas lo que corresponde al 35%, seguido por la unión libre con 42 personas lo equivalente al 30% y por último el soltero con 40 personas equivalente a 29,1%; Se observa además de que la población se ubica principalmente en el nivel de escolaridad técnico con 40 personas lo que es equivalente al 29,1%, seguido por el bachillerato con 39 personas, lo que equivale al 28,4% y seguido por el nivel de primaria con 38 personas, equivalente a 27,7%, se observa que en su mayoría se encuentran asociados con la afiliación a nivel subsidiado con 101 personas lo que equivale a 73,7% seguido por el nivel contributivo con 25 personas lo que equivale al 18,2%, También se determina que la población en su mayoría se dedica al hogar con un 43% equivalente a 59 personas, seguido por estar empleado con un 29,9% equivalente a 41 personas, por ultimo a nivel de ingresos se observa que 70 personas tienen ingresos menores a un salario mínimo, lo cual equivale a un 51% y con 1 salario mínimo 41 personas, lo cual equivale a un 29,9%.

Grafica. Globalización de la percepción del adulto frente a la APS

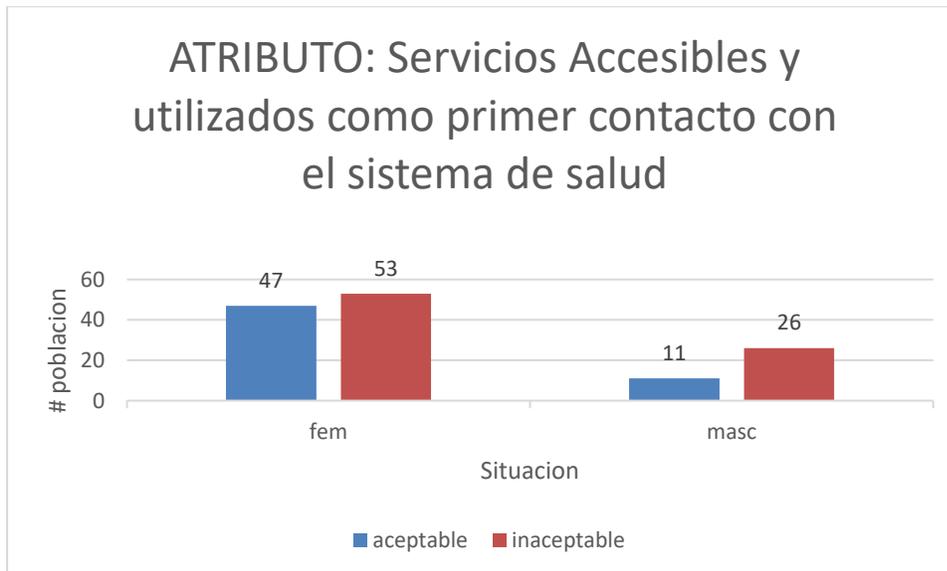


Análisis: De la anterior gráfica se determina que 66,6% de los atributos se encuentran un nivel inaceptable a través de la evaluación del instrumento, quien se encuentra mayor afectado es la atención continuada y global, y se observa fortaleza en el atributo de enfoque cultural, a partir de ello se ve afectado el puntaje global lo que indica que es inaceptable y que la situación mostrada en la APS frente a los adultos lo evalúan de manera negativa, lo que expresa que los procesos de atención primaria en salud en el municipio de Pamplona no se llevan a cabo como lo explica la norma, indicando una visión negativa de la atención como de baja calidad.

Grafica. ATRIBUTO: Servicios Accesibles y utilizados como primer contacto con el sistema de salud



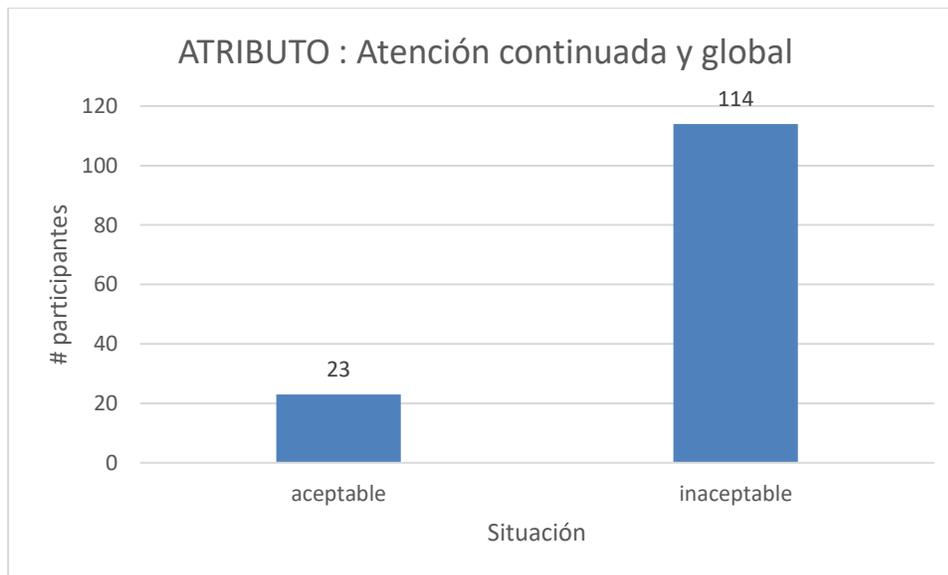
Grafica. ATRIBUTO: Servicios Accesibles y utilizados como primer contacto con el sistema de salud con relación al sexo.



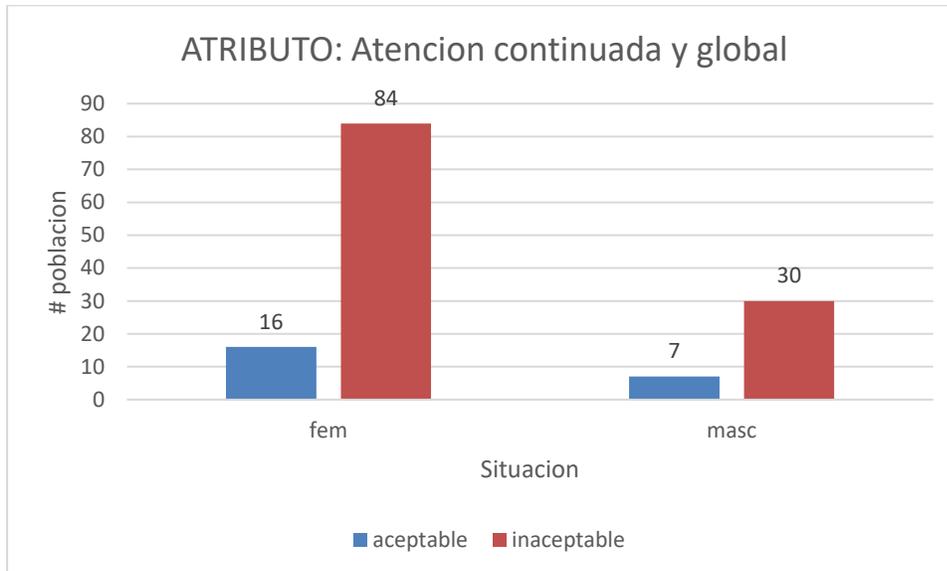


Análisis: De las anteriores gráficas en el cual se evalúa el atributo Servicios Accesibles y utilizados como primer contacto con el sistema de salud en el que se observa que 57,6% equivalente a 79 personas que califican el atributo como inaceptable, esto relacionado con el sexo, la población femenina califica el atributo como inaceptable el 53% y el 47% como aceptable por el lado del sexo masculino califican el atributo como inaceptable el 70,2% y el 27,8% lo califica como aceptable.

Grafica. ATRIBUTO: Atención continuada y global

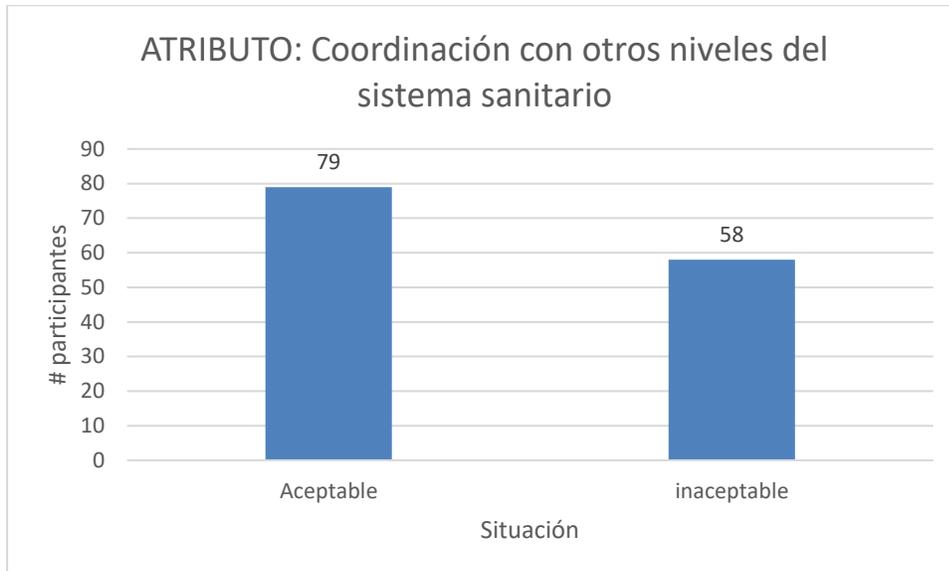


Grafica. ATRIBUTO: Atención continuada y global con relación al sexo.

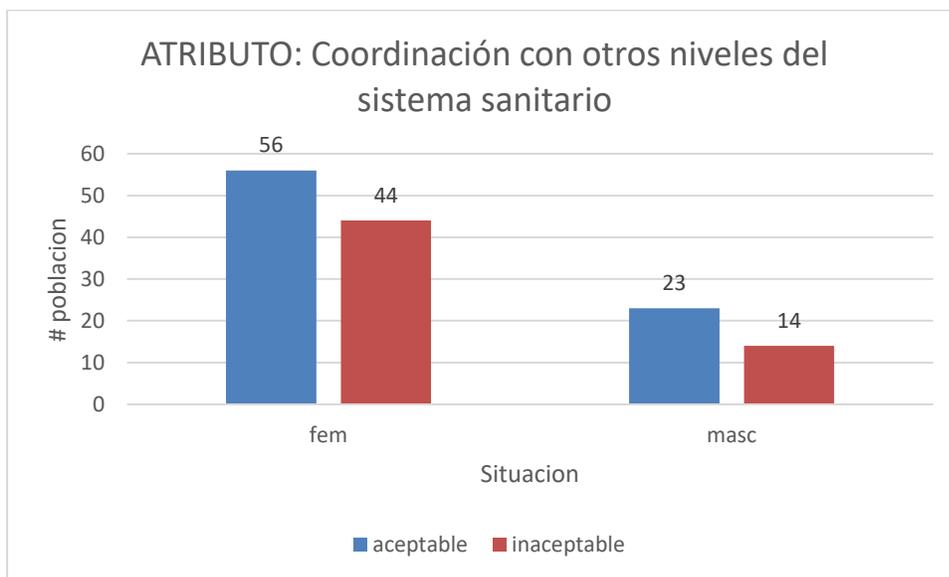


Análisis: De las anteriores gráficas en el cual se evalúa el atributo atención continuada y global en el que se observa que 83,2% equivalente a 114 personas que califican el atributo como inaceptable, esto relacionado con el sexo, la población femenina califica el atributo como inaceptable el 84% y el 16% como aceptable por el lado del sexo masculino califican el atributo como inaceptable el 81% y el 19% lo califica como aceptable.

Grafica. ATRIBUTO: Coordinación con otros niveles del sistema sanitario



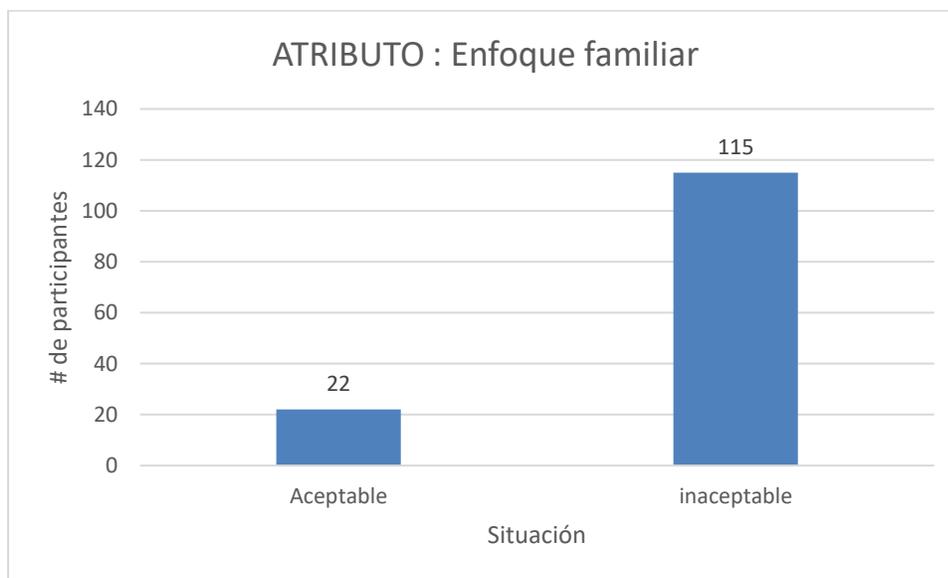
Grafica. ATRIBUTO: Coordinación con otros niveles del sistema sanitario con relación al sexo.



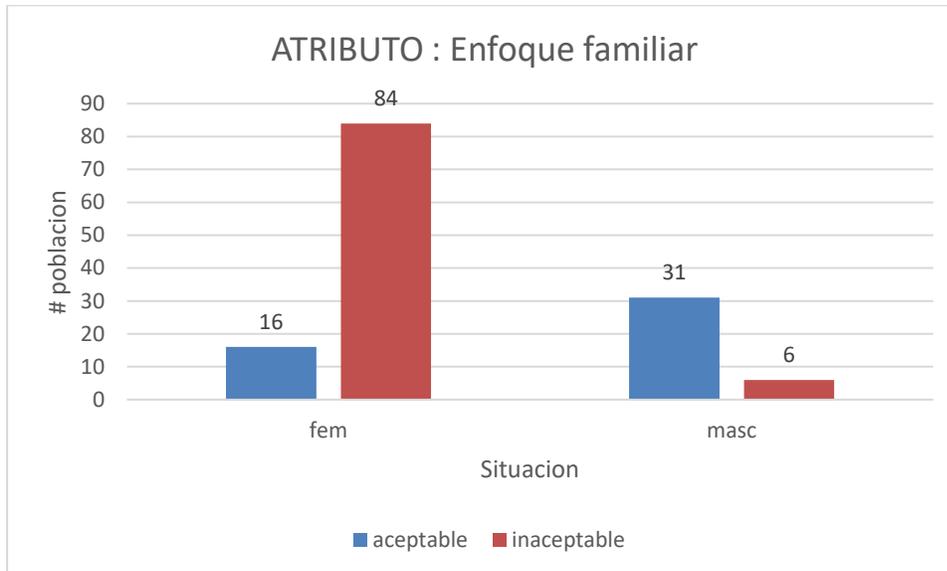


Análisis: De las anteriores gráficas en el cual se evalúa el atributo coordinación con otros niveles del sistema sanitario en el que se observa que 57,6% equivalente a 79 personas que califican el atributo como aceptable, esto relacionado con el sexo, la población femenina califica el atributo como inaceptable el 44% y el 56% como aceptable por el lado del sexo masculino califican el atributo como inaceptable el 37,8% y el 62,1% lo califica como aceptable.

Grafica. ATRIBUTO: Enfoque familiar

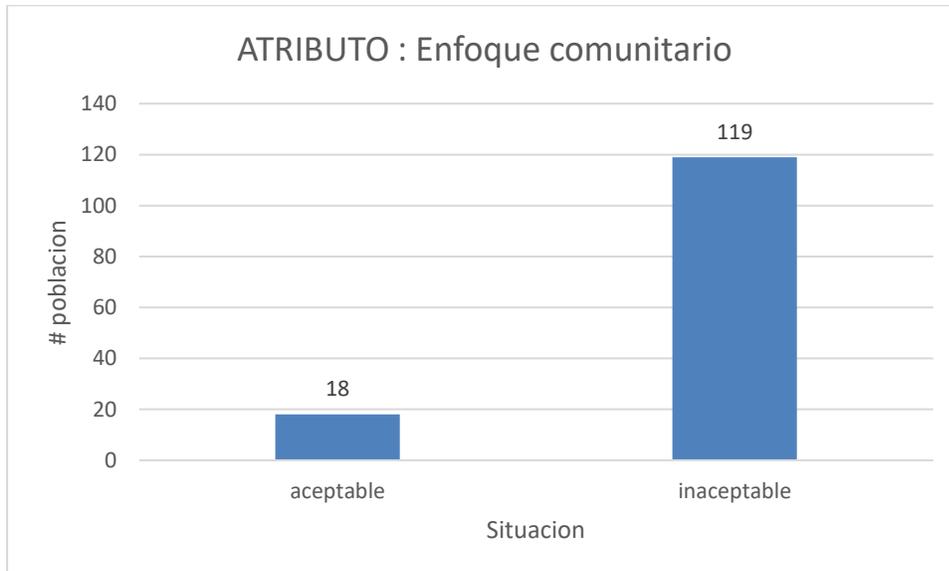


Grafica. ATRIBUTO: Enfoque familiar con relación al sexo

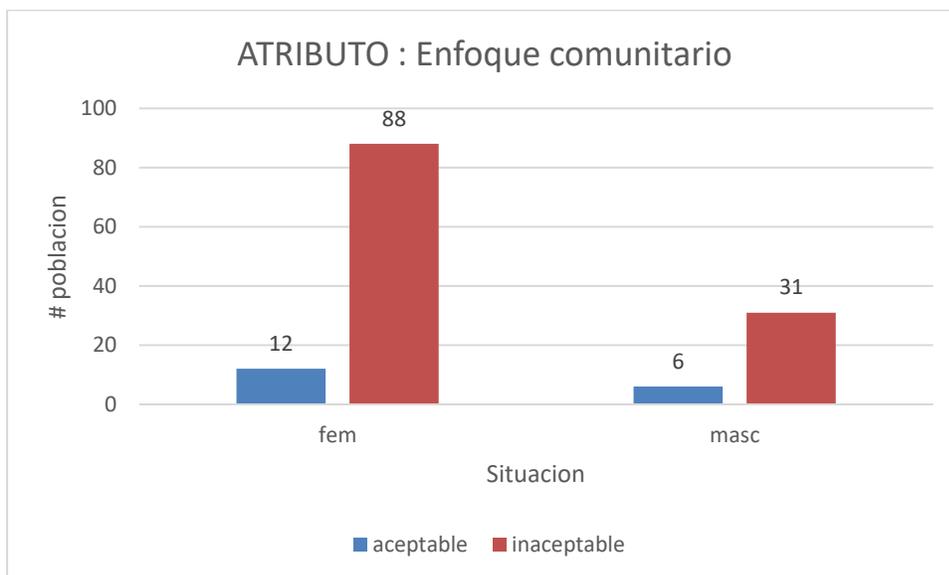


Análisis: De las anteriores gráficas en el cual se evalúa el atributo enfoque familiar en el que se observa que 83,9% equivalente a 115 personas que califican el atributo como inaceptable, esto relacionado con el sexo, la población femenina califica el atributo como inaceptable el 84% y el 16% como aceptable por el lado del sexo masculino califican el atributo como inaceptable el 16,2% y el 83,7% lo califica como aceptable.

Grafica. ATRIBUTO: Enfoque comunitario



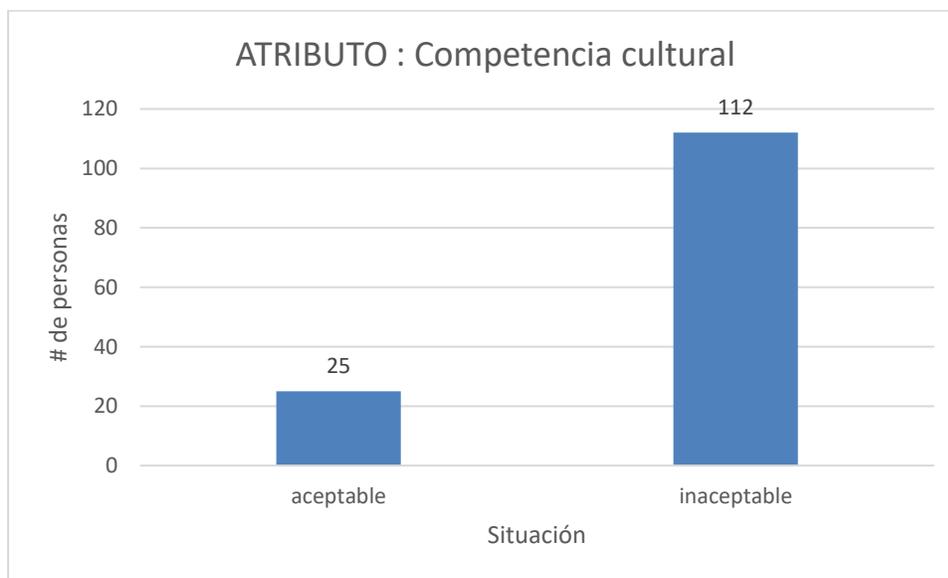
Grafica. ATRIBUTO: Enfoque comunitario con relación al sexo



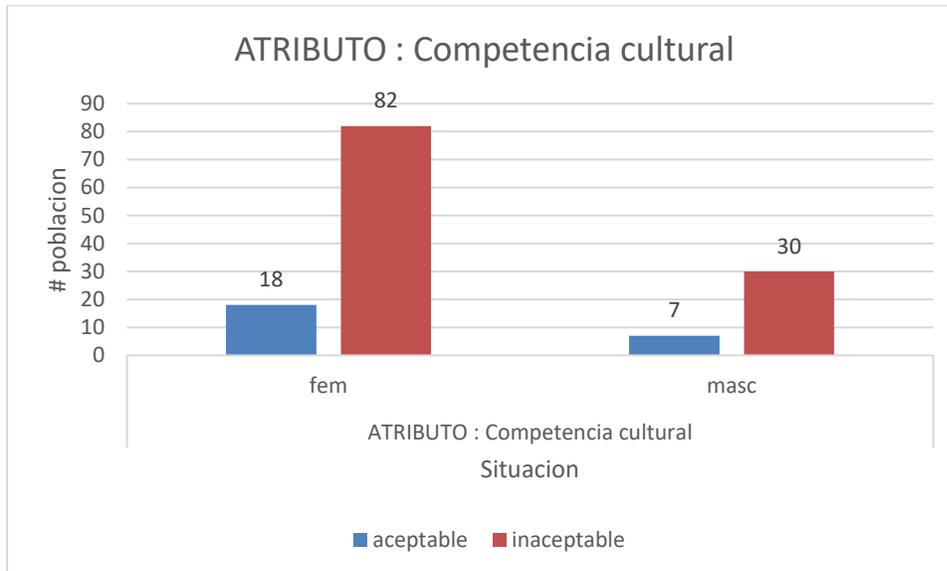


Análisis: De las anteriores gráficas en el cual se evalúa el atributo enfoque comunitario en el que se observa que 86,8% equivalente a 119 personas que califican el atributo como inaceptable, esto relacionado con el sexo, la población femenina califica el atributo como inaceptable el 88% y el 12% como aceptable por el lado del sexo masculino califican el atributo como inaceptable el 83,7% y el 16,2% lo califica como aceptable.

Grafica. ATRIBUTO: Competencia cultural



Grafica. ATRIBUTO: Competencia cultural con relación al sexo



Análisis: De las anteriores gráficas en el cual se evalúa el atributo competencia cultural en el que se observa que 81,7% equivalente a 112 personas que califican el atributo como inaceptable, esto relacionado con el sexo, la población femenina califica el atributo como inaceptable el 82% y el 18% como aceptable por el lado del sexo masculino califican el atributo como inaceptable el 81% y el 19% lo califica como aceptable.



13. DISCUSIÓN

Los datos evidencian que los atributos percibidos como inaceptables son: Enfoque comunitario, coordinación con otros niveles del sistema sanitario, atención continuada y global, Servicios Accesibles y utilizados como primer contacto con el sistema de salud, y los atributos evaluados como aceptables son únicamente el enfoque familiar y la competencia cultural; De ello existieron múltiples diferencias significativas entre los participantes de la investigación respecto a los distintos atributos evaluados, sin embargo la globalidad de los atributos termina siendo inaceptable.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo reflejan la percepción de los usuarios, siendo interesantes para objetivar la situación actual del municipio de Pamplona frente a la percepción que tienen los adultos en la APS, pero además resulta interesante compararlos con otros resultados locales e internacionales. En un trabajo realizado en la Policlínica Jardines del Hipódromo(34) en el año 2011 se obtuvo un valor correspondiente el atributo de atención continuada y global de 4,9, claramente mayor en comparación con el obtenido en Policlínica Los Ángeles que fue de 2,65 y en comparación con el obtenido en Pamplona que fue de 2,41, se observa un declive en ella, además la aplicación de la herramienta PCAT aplicada en Brasil en el año 2013, obteniéndose un resultado para el atributo total 3,80, que se aleja del puntaje global obtenido por estar ubicada en un 2,88, lo que direcciona a ser inaceptable.



La poca información relacionada con estudios de atención primaria en salud, nos indica la poca relevancia dada por el área de salud, de esta manera se comprende que los distintos atributos evaluados en la presente investigación se relaciona directamente con artículos tales como “*Salud pública, atención primaria y salud comunitaria: tres ramas del mismo árbol*” del 2021(35), en el que nos informan que la salud comunitaria aboga un estrecho trabajo con la salud pública en el que se da una relación que permite la detección oportuna de situaciones de importancia comunitaria como lo son enfermedades que estudia salud pública.

Por otro lado, en el enfoque familiar y la inclusión de la familia en la atención primaria en salud, el artículo “*Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria*” del 2020(36), nos informa que la familia es el elemento de la estructura de la sociedad responsable de la reproducción biológica y social del ser humano. El enfoque familiar es de gran importancia para el profesional de la salud, con ello se descubre las necesidades del paciente como de su familia. Debemos dejar en claro que cada familia, posee y transmite un patrón propio de creencias, reglas y normas, rituales, experiencias, relaciones entre sus elementos y con el entorno, que las hace únicas e irrepetibles, por lo que no es posible definir un patrón de normalidad, esto en relación con el presente estudio no muestra relevancia por el sistema de salud, debido a que este no le presta la importancia a la familia como principal predictor de los cuidados heredados.

Del mismo modo, en la competencia cultural la tesis denominada “*Competencia Cultural del Personal de Salud en Atención Primaria con grupos culturalmente diversos, Bogotá D.C.*” del



2018(37), nos informa que el conocimiento en cultura por parte del personal de salud que labora permite un abordaje mas holístico, y permite que la salud publica sea fácilmente intervenida, a través del estudio del estado cultural en el área geográfica que se evalúa, según el presente estudio el conocimiento del área cultural se evalúa de manera correcta y esta se interviene según la necesidad sentida.

En sentido de los atributos, el de accesibilidad de los servicios de salud evaluado teóricamente por el artículo denominado “*Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud*” del 2015(38), el cual nos indica que el proceso de la accesibilidad consiste en los elementos que confluyen para cumplir con los objetivos de otorgar atención médica de manera oportuna. Como producto, es uno de los componentes de la atención efectiva. La cual se encuentra condicionada con los aspectos económicos, culturales, sociales, geográficos y de contexto, en este caso se evidencia que el alcance de la salud se encuentra condicionada a aspectos sociodemográficos los cuales en el estudio tiene relación con la ubicación geográfica, debido a que casi el 50% de la población vive en área rural.

Continuando con el atributo de coordinación con otros niveles del sistema sanitario el cual se relaciona con el artículo denominado “*La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas*” del 2006(39), el cual nos indica que los procesos de sistematización de la coordinación en salud permite realizar de manera rápida la integración y manejo interdisciplinarios de los usuarios asistentes en relación con la institución aunque esta



sistematización ya se haya realizado, se infiere que el proceso de uso de esta como puede ser la demanda inducida no se lleva a cabalidad, afectando el puntaje y haciéndolo inaceptable.



14. CONCLUSIONES

- La descripción de las características de la población permite la centralización de que aspectos relevantes del participante pueden sesgar la evaluación de la atención primaria en salud, además nos permite visualizar la situación que condiciona la percepción de los mismos, de ello se puede abarcar de manera más amplia los participantes en futuros proyectos de intervención.
- Los servicios de salud accesibles van de la mano con el primer contacto, debido a que los sistemas de salud que enfocan su forma de mecanizar los procesos de atención, indican que la cercanía con el usuario va de la mano con la adherencia a los programas tales como prevención y promoción de la salud.
- Se indica que se debe fortalecer la atención continuada y del mismo modo generar un proceso de seguimiento para verificar la globalización de la atención, así mismo, implicar de manera interdisciplinaria al usuario según su individualidad.
- La coordinación de los niveles de salud están condicionados con la capacidad de generar alianzas con otras instituciones del mismo modo, estas se pueden ver interrumpidas por la operatividad de las EPS, debido a que estas para el mantenimiento en el tiempo ven por la factibilidad económica y acercamiento al usuario; de la misma forma en estos niveles se debe ver reflejada la cuna de los hábitos de la sociedad tal como la familia que se encuentra inmersa en procesos culturales que transforman la forma de ver la salud y tergiversan la atención primaria en salud, a la cual le restan importancia.



15. BIBLIOGRAFIA

1. Katuska Reynaldos Grandón¹ Javiera Achondo Oisel² Valentina Azolas Valenzuela. FACTORES INFLUYENTES EN LA SATISFACCIÓN USUARIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD LATINOAMERICANA: REVISIÓN INTEGRADORA. Revista de Salud Pública. 2017;
2. Atención primaria de salud [Internet]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
3. Maritza Leyva Serrano D, Tania Bravo Acosta D. Impact of the Services of Integral Rehabilitation in the Primary Attention of Health. Vol. 1, Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. 2009.
4. Quiroga-Otálora Y, González-Támara L. Factores que influyen en el uso de servicios de salud por parte de los jóvenes. Caso Universidad Jorge Tadeo Lozano, sede Bogotá. Univ Salud. 2019 abr 16;21(2):141-51.
5. Los Usuarios El Hospital San Juan De Dios De El Carmen De Viboral Henry Alberto Berrío Ocampo Luisa Fernanda Cano Pulgarín July Carolina Franco Mejía DE. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. 2017.
6. BECERRA-CANALES B, PECHO-CHAVEZ L, GÓMEZ-LEÓN M. SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN UN ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA, DURANTE LA PANDEMIA COVID-19. Revista Médica Panacea. 2020 dic 30;9(3):165-70.
7. Fuentes PSC, Bravo M del MP, Guillén M de los AC. Perceived quality of care and satisfaction for deaf people with regard to primary care in a Health Area in the region of Murcia. Enfermeria Global. 2019;18(2):303-22.
8. Osorio G, Álvarez V. Enfermería Global La atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios.
9. Atención primaria de salud [Internet]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care#:~:text=La>
10. Jiménez Carrillo M, Martín Roncero U, Aldasoro Unamuno E, Morteruel Arizcuren M, Baza Bueno M. Population's perceptions and experiences of the changing pattern of primary care consultations during the pandemic. Aten Primaria. 2022 abr 1;54(4).



11. Cuba-Fuentes MS, Romero-Albino Z, Dominguez R, Rojas Mezarina L, Villanueva R. Dimensiones claves para fortalecer la atención primaria en el Perú a cuarenta años de Alma Ata. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2018 dic 30;79(4):346.
12. Ministerio de salud y protección social. *Ciclo de Vida*. ministerio de salud y protección social.
13. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN NÚMERO 3280 DE 2018. 2018.
14. Díaz Hernández TE. Condiciones de vida durante la adultez: un reto para una vejez feliz *Living Conditions During Dulthood: A challenge for a happy Old Age* As condições de vida na idade adulta: um desafio para uma velhice feliz. 2018.
15. Marea blanca. La enfermería y la atención primaria [Internet]. 2016. Available from: <http://www.mareablanca.cat/la-enfermeria-y-la-atencion-primaria/>
16. Arriagada Irma, Miranda Francisca, Aranda V, United Nations. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Social Development Division. Políticas y programas de salud en América Latina : programas y propuestas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, División de Desarrollo Social; 2005. 67 p.
17. BECERRA-CANALES B, PECHO-CHAVEZ L, GÓMEZ-LEÓN M. SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN UN ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA, DURANTE LA PANDEMIA COVID-19. *Revista Médica Panacea*. 2020 dic 30;9(3):165-70.
18. Fuentes PSC, Bravo M del MP, Guillén M de los AC. Perceived quality of care and satisfaction for deaf people with regard to primary care in a Health Area in the region of Murcia. *Enfermeria Global*. 2019;18(2):303-22.
19. Osorio G, Álvarez V. Enfermería Global The primary health care from the users perspective La atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios.
20. Torres ILR, Herrera RDJG. Primary health care strategies in five latin american countries. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2021;40(7):711-9.
21. José G, Lima S. PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD CAI III, MILAGRO 2018 PERCEPTION OF USERS ON QUALITY OF ATTENTION AT HEALTH CENTER CAI III, MILAGRO 2018.
22. SAMPIERI.



23. Eugenia Elorza Nebel Silvana Moscoso MI, Fernando Pablo Lago II. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. Vol. 43. 2017. Available from: <http://scielo.sld.cu><http://scielo.sld.cu>
24. Cruz BE, Lago LE, Recursos Humanos orientados la APS P. TENDENCIAS DE LA EDUCACIÓN MÉDICA ORIENTADA A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD 1 Necesidades Sociales Necesidades Sociales DESAFÍOS CAMBIOS A P S Salud Pública Práctica Médica Educación Médica FIGURA 1. ESQUEMA DEL CAPITULO II.
25. Andrés Mauricio Ramírez Ramírez; David Ernesto Rocha Beltrán; Luis Fernando Durango Suárez; Sara Bibiana Rodríguez Álvarez. Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo*. 2016 dic 2;7(2).
26. el CONGRESO DE COLOMBIA. LEY ESTATUTARIA No. 1751 de 2015. EL CONGRESO DE COLOMBIA. 2015;
27. el CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1753 de 2015. EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. 2015;
28. CINDY PAOLA MALDONADO PIZA. ANÁLISIS DE LAS ACCIONES QUE REALIZAN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE PARTICIPAN EN LA DETECCIÓN DE ALTERACIONES EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL. UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES UDCA. 2019;
29. Reina Janitzie Maldonado Díaz; Ana Mayerli Monsalve Mantilla. ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA LEY 1751 DEL 2015, A LA LUZ DE LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL. PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. 2016;
30. RICARDO LADRON DE GUEVARA CANEDO. “ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS LEYES 1122 DE 2007 Y 1438 DE 2011 EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”. UNIVERSIDAD DE LA COSTA. 2017;
31. el Congreso de Colombia. LEY. 1438 de 2011. El Congreso de Colombia. 2011;
32. el CONGRESO DE COLOMBIA. 911 de 2004. EL CONGRESO DE COLOMBIA. 2004;
33. el CONGRESO DE COLOMBIA. LEY 266 DE 1996. EL CONGRESO DE COLOMBIA. 1996;
34. Lizana M, Flores E, Carhuayo-Luján S. Evaluación de los atributos de atención primaria de salud en establecimientos del primer nivel atención de Ayacucho, Perú. Revista Medica Herediana. 2020 oct 16;31(3):175-80.



35. Segura del Pozo J. Public health, primary health care and community health: three branches from the same tree. Gac Sanit. 2021 mar 1;35(2):107-8.
36. Malpartida Ampudia MK. Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. Revista Medica Sinergia. 2020 sep 1;5(9):e543.
37. Villerland Rodríguez Gómez. Competencia Cultural del Personal de Salud en Atención Primaria con grupos culturalmente diversos, Bogotá D.C. 2018;
38. Accesibilidad a los servicios de salud_ debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud_.
39. Terraza Núñez R, Vargas I, María L/, Navarrete LV. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Vol. 20, Gac Sanit. 2006.



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750
www.unipamplona.edu.co