

Capítulo 21

Estrategia de salud al campo, una experiencia vigente de la salud pública de Cali

DOI: 10.25100/peu.858.cap21

 **Lina María García Zapata**
Universidad del Valle
lina.garcia.z@correounivalle.edu.co

Resumen

Este capítulo representa un ejemplo del análisis de documentos de dominio público para determinar si las políticas de una entidad están alineadas con la política pública nacional. El abordaje de documentos, la técnica de análisis y el desarrollo, son un claro ejemplo de cómo los evaluadores de programas, políticas o proyectos pueden incorporar el análisis de contenido para responder preguntas de investigación que pueden ser resueltas a través de este abordaje metodológico. El objeto de estudio es identificar la coherencia de la Estrategia de Salud al Campo como estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) desde un abordaje pragmático, donde solo es verdadero aquello que funciona, enfocándose así en el mundo real objetivo, buscando valorar la insistencia en las consecuencias como manera de caracterizar la verdad o significado de las cosas. Para comenzar el análisis se identificaron grupos objetivos, participantes y contextos. Posteriormente se definieron los documentos a analizar, se codificaron a través de la técnica axial basados en el modelo teórico conceptual de Dahlgreen y Whitehead (1991), se realizó un análisis de frecuencias y co-ocurrencias a fin de identificar los aspectos comunes de la Estrategia de Salud al Campo con lo propuesto en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS– representado en tres textos. Para identificar las relaciones de coherencia de manera visual se utilizaron el árbol de asociación de ideas, el orden topográfico y semántico.

Introducción

Este capítulo pretende realizar la evaluación de coherencia del desempeño de un programa en salud pública (Estrategia de Salud al Campo) y la política de salud (PAIS) a través del modelo de atención (Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS), con base en conceptos de la Atención Primaria en Salud (APS) estrategia operativa de estas dos últimas, basados en el modelo teórico conceptual de Dahlgreen y Whitehead (1991) que permite detectar la característica que ambas deben contener, a partir de un abordaje cualitativo.

A nivel mundial se reconoce la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) como uno de los componentes claves de un sistema de salud efectivo, con experiencias que demuestran que puede ser interpretada y adaptada hasta ajustarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos (Organización Panamericana de la Salud, 2005). Existen experiencias de trabajo institucional que han adaptado la estrategia de APS con el fin de llegar a poblaciones distantes, con esquemas complementarios a los propuestos por el sistema de salud en aras de facilitar el acceso y mejorar la cobertura de los programas de salud, a fin de generar mayor equidad para poblaciones desprotegidas como las que habitan zonas rurales.

En Colombia en el año 2011 se emitió la Ley 1438 que propuso retomar la estrategia APS en el Sistema de Salud Colombiano, estableciendo la necesidad de reorientarlo hacia un modelo de atención basado en esta estrategia. Posteriormente la Resolución 0429 de 2016 define que el marco estratégico de la Política se fundamenta en la APS con enfoque familiar y comunitario, la gestión integral del riesgo, el cuidado y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones. Esto resulta interesante a la luz de organizaciones como la Empresa Social del Estado (ESE) Ladera de la ciudad de Cali que cuenta con experiencias de APS por más de diez años como la Estrategia de Salud al Campo, que a la fecha no han sido evaluadas y cobran importancia teniendo en cuenta las nuevas disposiciones normativas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Este capítulo pretende identificar cuáles aspectos de la Estrategia de Salud al Campo son compatibles con el nuevo Modelo Integral de Atención (MIAS) con el fin de mostrar a los tomadores de decisiones aquellos aspectos que pueden conservarse y cuáles deben ser objeto de ajustes al tenor de la nueva reglamentación.

La ruta metodológica

Para identificar si la Estrategia de Salud al Campo es coherente con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) se realizó un análisis de contenido desde la perspectiva de Bardin (2002) a tres documentos

representados en un informe de la Estrategia de Salud al Campo elaborado en 2009 por la Secretaría de Salud del Municipio de Cali y dos documentos legales del MIAS, la Resolución 0429 de 2016 y Política de Atención Integral del Ministerio de Salud. Dicho análisis se realiza con el fin de identificar qué tanto de la estrategia coincide con los lineamientos técnicos de la política, en ese sentido, se identificó el marco normativo y conceptual como base teórica para desarrollar este análisis.

Se utilizó el análisis de contenido ya que a través de sus técnicas se catalogan, miden y descubren los procedimientos mediante los cuales en cada relato comunicativo se relacionan los objetos de referencia con las normas y valores vigentes en el momento histórico y el seno de la cultura explicándolo con una base empírica (Bardin 2002).

El modelo teórico utilizado para el análisis de contenido fue el Socioeconómico de la Salud de Dahlgreen *et al.* (2006) que representa la interacción de los determinantes sociales, con centro en el individuo y los factores no modificables (edad, sexo y factores constitucionales). A su alrededor la capa de condicionantes modificables, que incluyen estilos de vida y las redes sociales y comunitarias. Para los autores los factores determinantes que condicionan la vida están relacionados con las condiciones de vida, el trabajo, alimento, acceso a los servicios, vivienda. Esas condiciones para la zona rural generalmente son diferenciales, lo cual se complementa con el concepto de inequidades en salud, definida como el producto de exposiciones y vulnerabilidades que surgen de diferencias en las posiciones socioeconómicas de los individuos, durante toda la vida del individuo, generando interacciones sociales, psicológicas y biológicas diferenciales. Esto se traduce en condiciones distintas para las personas que viven en la zona rural de Cali, representadas en mayores distancias a recorrer a la hora de necesitar asistencia sanitaria, costos diferenciales en el desplazamiento y problemas de acceso geográfico, entre otras.

Basados en el modelo teórico se establecieron las categorías, códigos y definiciones para el análisis de contenido (ver anexo 21.1). Con estas categorías y códigos se realizó codificación Axial ya que se relacionan las categorías y subcategorías previamente determinadas alrededor del eje de cada categoría

de acuerdo con sus propiedades y dimensiones de manera deductiva (Strauss y Corbin, 2002).

Inicialmente se realizó la codificación de manera manual, como se muestra en el Anexo 21.2. Posteriormente se utilizó el programa ATLAS.ti, donde se incluyeron los documentos del informe de la ESE Ladera y los otros dos documentos: la Política de Atención Integral en Salud y la Resolución 0429 de 2016, utilizando las frases como unidades de registro.

Posteriormente se definieron para la enumeración, las reglas de recuento, la frecuencia y la coocurrencia. La primera porque según el número de veces que aparece le da más importancia en el texto y la coocurrencia entendida como el proceso de asociación en que un autor utiliza términos relacionados entre sí por pertenecer al campo semántico. Dada la intención de establecer la coherencia entre los textos este tipo de análisis permitirá cumplir el objetivo, utilizando la identificación de varias unidades de registro al mismo tiempo.

Con el análisis de frecuencia los códigos que más se repitieron fueron: Acceso a salud (26), Familia (18), APS (16), Factores de riesgo (14), Comunidad, Derecho a la salud, Salud y Vulnerabilidad (12) y Equidad en salud (9). Mejorar el acceso a los servicios es uno de los principales objetivos de la APS como lo refleja la frecuencia de este código, representado en expresiones como:

(...) El punto más valorado por los habitantes de la zona rural, en este programa, es la atención en salud del mayor número de personas en sus propias viviendas, con la garantía de un adecuado seguimiento a los pacientes, la entrega de medicamentos necesarios y también, la toma de muestras de laboratorio en el sitio. (Documento 001 Informe Salud al Campo ESE Ladera, 2009)

La Tabla 21.1 relaciona las frecuencias de los códigos.

Las categorías más frecuentes en los textos analizados son Acceso a los servicios de salud, Familias y la estrategia de APS, lo que ya da una idea de los ejes centrales de la Estrategia y su coherencia con la Política del MIAS. Para realizar el análisis de coocurrencias se utiliza el comando respectivo del programa ATLAS.ti, que genera la salida que se muestra en la Figura 21.1.

Tabla 21.1. Frecuencia de Códigos en los tres documentos revisados.

Código	Frecuencia
Acceso a salud	26
APS	16
Autocuidado	10
Bienestar	3
Calidad de vida	10
Calidad en salud	6
Comunidad	12
Educación	12
Enfermedad	1
Derecho a la salud	12
Equidad en salud	9
Equipos de salud	12
Estilos de vida	1
Factores de riesgo	14
Factores individuales	2
Familia	18
Redes de atención	2
Gestión integral del riesgo	13
Intersectorialidad	10
Participación comunitaria	5
Salud	12
Rural	7
Trabajo	0
Vivienda	1
Vulnerabilidad social	12

Fuente: elaboración propia.

Las categorías que más co-ocurrencia presentan son Acceso a Servicios de Salud, APS y Salud. Lo que va en la misma intención de la Política de Atención Integral. Las categorías que no presentaron coocurrencia fueron Educación, Enfermedad, Vivienda y Rutas Integrales de Atención. Se elaboró una tabla de las salidas con los valores absolutos y porcentuales, ver Anexo 21.3.

De acuerdo con el análisis de co-ocurrencia realizado se identifica que las categorías más relacionadas son Comunidad y Familia (10), y Salud y Gestión Integral del Riesgo (8). Las categorías que presentaron co-ocurrencia con otras fueron Salud, Intersectorialidad, Familias y APS. Lo cual está asociado con la frecuencia mencionada anteriormente.

Al revisar cada documento se encuentra que las familias de códigos se comportan como se muestra en la Tabla 21.2.

Los documentos contienen elementos comunes en todo su contenido, las condiciones de vida son las que más se reflejan en los tres, seguidos de las

condiciones económicas, culturales y medio-ambientales. Se utilizan el árbol de asociación de ideas, el orden topográfico y semántico como opciones de visualización que tiene el programa ATLAS.ti, como herramientas que permiten identificar relaciones que aportan insumos para la discusión a la investigación.

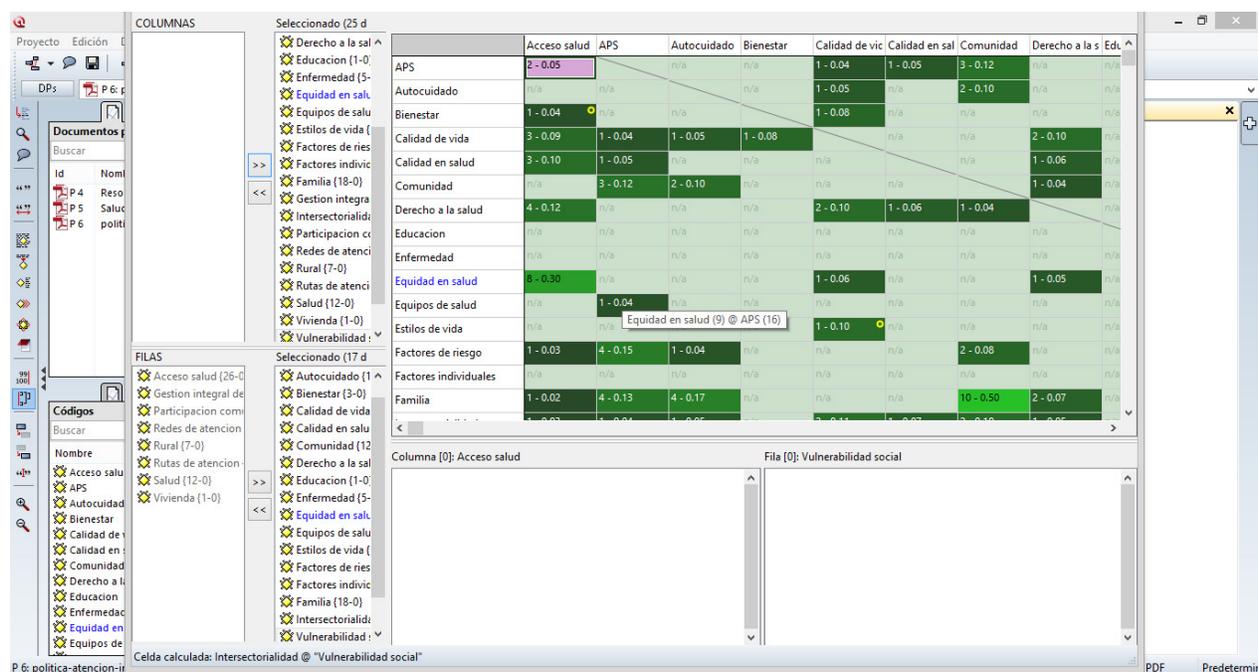


Figura 21.1. Imagen de salidas de las frecuencias y coocurrencias del análisis realizado en programa ATLAS.ti.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 21.2. Familias de códigos de la revisión documental.

	Resolución 0429 de 2016	Documento Salud al campo	Documento de Política del Ministerio de Salud
Condiciones de vida	16	15	48
Condiciones individuales	6	3	5
Condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales	10	9	28
Estilos de Vida	3	0	22
Redes sociales y comunitarias	2	4	17
TOTALES:	37	31	120

Fuente: elaboración propia.

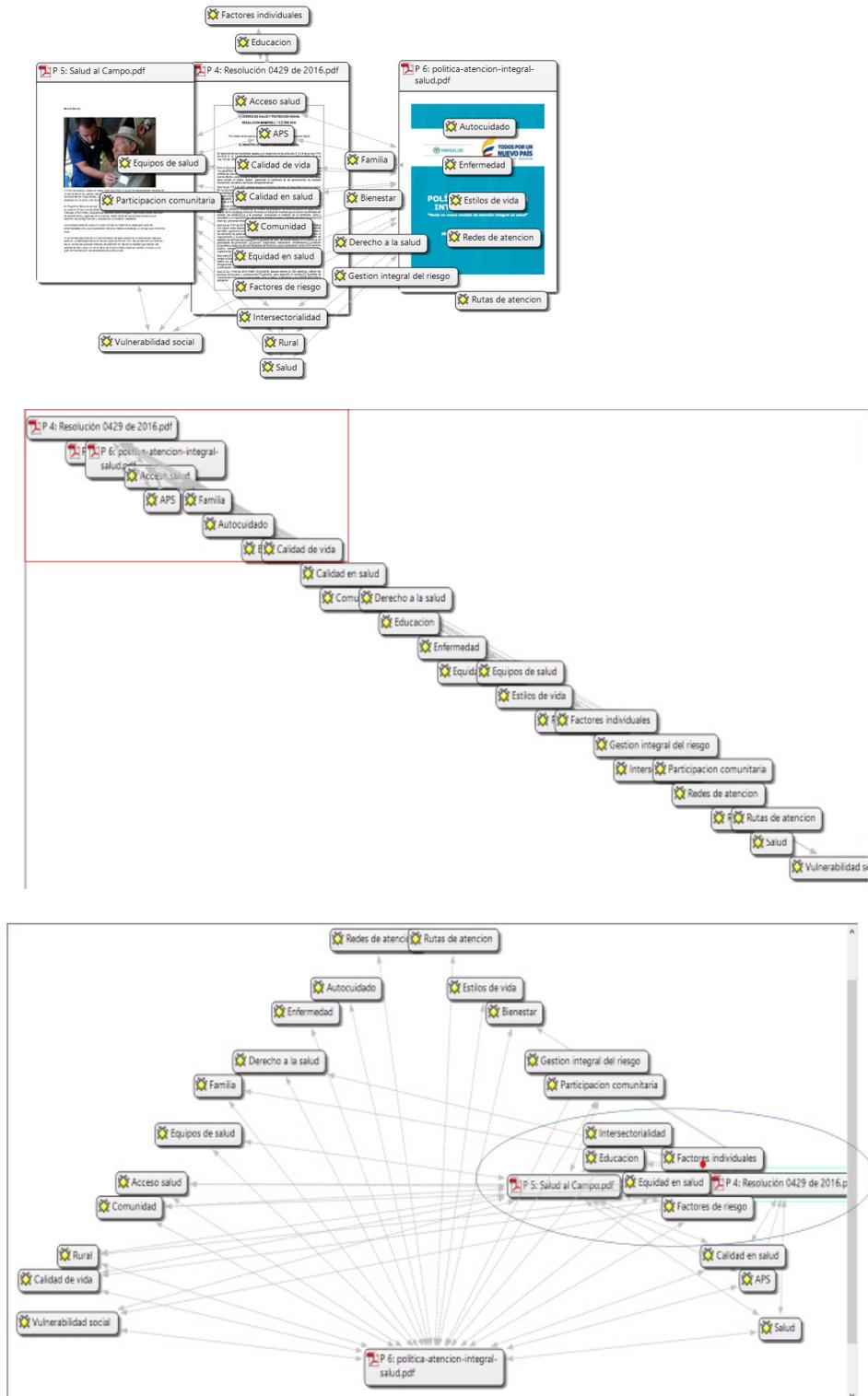


Figura 21.2. Representación visual de las relaciones generadas en el análisis de contenido realizado en el programa ATLAS.ti.

Fuente: elaboración propia.

Análisis

La Estrategia de Salud al Campo comparte las categorías más representativas de la reglamentación de la Política de Atención Integral incluyendo Acceso a salud, APS, Calidad de vida, Calidad de salud, Comunidad, Equidad en salud, Factores de riesgo, Intersectorialidad, Vulnerabilidad Social y Rural y Salud, aspectos relacionados con los equipos de salud. Lo más representativo de este hallazgo es que esta es una estrategia ideada por el equipo técnico de la ESE Ladera en el año 2009, con el fin de llegar a la población rural de la ciudad de Cali, basados en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con recursos propios y el apoyo de la Secretaría de Salud de Cali. Se adelantan en el tiempo a lo que estableció el Ministerio de Salud para todos los integrantes del Sistema de Salud.

En las ausencias se identifican categorías como autocuidado, enfermedad, estilos de vida, redes de atención, rutas de atención, educación y factores individuales que hacen parte del corpus teórico, se sugiere sean complementados como soportes teóricos de Salud al Campo.

El diseño semántico de los documentos revisados muestra cómo la Estrategia de Salud al Campo es coincidente con la Resolución en muchos de sus conceptos y hace parte de un importante componente de la Política, siendo ambas altamente coherentes. Pareciera que con la Estrategia de Salud al Campo se hubieran adelantado en el tiempo, pues esta estrategia data del año 2009 y la Política PAIS del 2016.

El análisis topográfico de las categorías muestra cómo los tres documentos se ligan alrededor de la Resolución 0429 de 2016 y cómo están interrelacionados con la APS, Familias, Autocuidado y Calidad de vida principalmente.

Conclusiones

La Estrategia de Salud al Campo fue una estrategia diseñada para buscar acercar los servicios de salud de una ESE Ladera de Cali a la población rural, en el año 2009. Siete años después de su origen se emite una norma que exige a las IPS del país diseñar estrategias de APS con enfoque familiar y comunitario

para generar mejor acceso y cobertura para la población rural del país. La ESE Ladera se adelantó en el tiempo a este mandato.

Este abordaje metodológico es una herramienta importante para dar respuesta a componentes de la evaluación de servicios, teniendo en cuenta que este campo ha obtenido un desarrollo importante en los últimos veinte años, lo que ha representado un reto para el sector salud, es pertinente y relevante su abordaje conceptual para aportar en la resolución de preguntas de investigación relacionadas.

Esta investigación es un ejemplo de las oportunidades de trabajar interdisciplinariamente con los profesionales de la psicología organizacional en el campo de la Salud Pública con énfasis en las acciones sociales. Este trabajo responde a un desafío del campo evaluativo desde un entendimiento deductivo para el investigador que puede dar cuenta de componentes de coherencia en intervenciones de esta naturaleza.

Se requiere incluir componentes de tipo estadístico a fin de lograr identificar cómo se triangulan los datos para realizar análisis más robustos del mismo fenómeno.

Este capítulo permite identificar una de las aplicaciones del análisis de contenido en el campo evaluativo el cual se fundamenta en el abordaje deductivo, y facilita el entendimiento de los fenómenos de manera complementaria. Este abordaje metodológico facilita al evaluador en salud herramientas para comprender e interpretar información cualitativa y ampliar horizontes de investigación en esta área del conocimiento.

Referencias

- Bardín, L. (2002). *Análisis de contenido*. Ediciones Akal.
- Congreso de la República de Colombia. (19 de enero de 2011). *Ley 1438, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
- Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health: Institute for future studies. https://econpapers.repec.org/paper/hhsifswps/2007_5f014.htm.

- Dahlgren, G., Whitehead, M., McIntyre, D. y Thiede, M., (2006). What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low-and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine*, 62(4), 858-865.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (17 de febrero de 2016). *Resolución 0429 de 2016*. Diario Oficial No. 49.794. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion2016.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Renovación de la APS de las Américas*. Montevideo, Paraguay.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Imprenta Universidad de Antioquia.

Anexos

Anexo 21.1. Conceptos basados en el modelo teórico de Dahlgreen y Whitehead (1991).

Categorías	Códigos	Definición
Condiciones socioeconómicas, culturales y del medio.	Calidad de vida	Lleva implícito el término de bienestar y comprende tres niveles, el primero relacionado con el bienestar de satisfacer necesidades individuales, el segundo como acceso a bienes que ofrecen mejor vida y el tercero bienestar en torno a valores y sistemas de creencias.
	Bienestar	Estado de la persona cuyas condiciones físicas y mentales le proporcionan un sentimiento de satisfacción y tranquilidad.
	Vulnerabilidad social	Diferencias de las personas y colectivos asociadas a factores físicos, psíquicos, sociales, psicosociales, culturales, económicos, ambientales, entre otros. Gradiente que incrementa la probabilidad de ser afectado diferencialmente por un riesgo de cualquier naturaleza y está relacionado con la capacidad de enfrentarlo.
	Derecho a la salud	Se refiere a que la persona tiene como condición innata, el derecho a gozar de un medio ambiente adecuado para la preservación de su salud, el acceso a una atención integral, de salud, el respeto a su concepto del proceso salud-enfermedad y a su cosmovisión.
	Equidad en salud	Todas las personas deben tener la justa oportunidad para atender su total potencial de salud y nadie debe quedar en desventaja para lograrlo si esto puede ser evitado. La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad.
	Urbano	En donde la demanda se ubica especialmente en la intermediación de la oferta, ya que esta es suficiente en los diferentes segmentos tecnológicos y no existen barreras relevantes en la distancia entre los servicios y la población.
	Rural	En donde la oferta de servicios tiende a ser monopólica y en gran parte de los casos es de naturaleza pública, con prevalencia de servicios de baja complejidad y poca capacidad de resolución por lo que complementan sus servicios con instituciones de mediana y alta complejidad ubicadas en municipios aledaños.
Condiciones de vida	Rural disperso	Municipios con densidad poblacional muy baja, por lo que la disponibilidad y accesibilidad a los servicios es reducida; además, presentan limitaciones en la oferta de servicios y de recurso humano en salud, y en las vías de acceso, como también barreras geográficas o culturales, normalmente se requiere disponibilidad de transporte aéreo, fluvial o marítimo para acceder a los servicios.
	Educación	Formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de una persona de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen.
	Salud	Estado de completo bienestar social, físico, mental y social.
	Acceso a Salud	Posibilidad que tiene cada individuo de hacer uso de los servicios de salud cuando lo requiere.
	APS	Estrategia integradora entre las necesidades de la población, las respuestas del sistema, los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho.
	Equipos multidisciplinarios de salud	Profesionales de salud y del área social organizados para realizar visitas domiciliarias, con el fin de caracterizarlos y realizar acciones de promoción y prevención al grupo familiar.

Categorías	Códigos	Definición
	Factores de Riesgo	Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una lesión o enfermedad.
	Multidisciplinar	Que comprende varias disciplinas o materias en torno a un objetivo común.
	Rutas de atención en salud	Herramienta que define a los integrantes del sector salud las condiciones para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, acciones para promover el bienestar en donde se desenvuelve el individuo, así como las acciones para prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
	Redes de prestación de servicios	La red es entendida como una organización cuyo accionar apunta hacia la provisión de servicios de salud que de manera ordenada y coordinada asume las responsabilidades fiscales y asistenciales propias de la atención de sus usuarios en pro de su bienestar.
	Gestión integral del riesgo	Estrategia para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se presentan detectarlos y tratarlos precozmente para que no evolucionen.
	Enfoque diferencial	Adaptación del modelo a las particularidades de los territorios, características de la población y las estructuras de servicios disponibles considerados como factores críticos de éxito en el desempeño del Sistema de Salud.
	Cuidado	Capacidades, decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea, es decir, las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad, así como del Estado del cual es parte.
	Enfermedad	Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.
Redes sociales y comunitarias.	Intersectorialidad	Diferentes grados de relación entre los sectores gubernamentales, según los propósitos de las políticas sociales, pero también significa que toda vez que se pretende un abordaje integral de un problema social, y la integración entre sectores
	Comunidad	Conjunto de personas que viven juntas bajo ciertas reglas o que tienen los mismos intereses.
	Participación comunitaria	Proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios, y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de vida.
Estilos de vida	Familia	Conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas relacionadas entre sí por parentesco legal o de sangre.
Condiciones individuales	Autocuidado	Actividades de salud no organizadas y de autoaprendizaje, mediante las cuales, individuos toman decisiones para la conservación y mantenimiento de la salud.
	Factores individuales	Aspectos como edad, raza, sexo que son característicos de cada persona que no son modificables con intervenciones en salud.

Anexo 21.2. Codificación Manual Documento Salud al Campo.

Universo para analizar	Documento Informe Salud al Campo Red de Salud.
Unidades de análisis	Segmentos de documentos para relacionarlos con el objetivo y ubicarlos en categorías.
Categorías de análisis	<p>1. Condiciones socioeconómicas, culturales y del medio (morado)</p> <p>1.0 Calidad de vida</p> <p>1.1 Bienestar</p> <p>1.2 Vulnerabilidad social</p> <p>1.3 Derecho a la salud</p> <p>1.4 Equidad</p> <p>1.5 Rural</p> <p>2. Condiciones de vida (amarillo)</p> <p>2.1 Salud</p> <p>2.2 Acceso a salud</p> <p>2.3 APS</p> <p>2.4 Calidad de salud</p> <p>2.5 Interdisciplinariedad</p> <p>2.6 Educación</p> <p>2.7 Equipos de salud</p> <p>2.8 Vivienda</p> <p>2.9 Gestión integral del riesgo</p> <p>2.10 Trabajo</p> <p>2.11 Vivienda (Precariedad)</p> <p>3. Redes sociales y comunitarias (azul)</p> <p>3.1 Intersectorialidad</p> <p>3.2 Comunidad</p> <p>3.3 Participación comunitaria</p> <p>4. Estilos de vida (verde)</p> <p>4.1 Familia</p> <p>5. Condiciones individuales (gris)</p> <p>Autocuidado</p> <p>Factores de riesgo</p> <p>Factores individuo</p>

Hipótesis y objetivos

La hipótesis es que la Estrategia de Salud al Campo es una estrategia que mejora el bienestar de las comunidades y cumple con los componentes de APS para facilitar el acceso a los servicios de salud.

Objetivo: Identificar en el texto, los elementos de la APS con que fue concebida la Estrategia de Salud al Campo.

Unidades de registro.

El tema: Salud para población rural

Reglas de enumeración

Frecuencias: 1.931 palabras. Salud 54, rural 14, comunidad 16, intersectorial 2, calidad de vida 2, acceso 2, calidad 7, campo 15, Ladera 10, gerente 7.

Ausencias: Condiciones culturales, salud pública.



	Codificación	Observaciones
A lomo de caballo y casa por casa, hace dos años un grupo de especialistas médicos de la red de Salud de Ladera, realizan un barrido por corregimientos y veredas para detectar condiciones de marginalidad, vulnerabilidad, exposición a riesgos y estado de salud de la población en la zona rural de Cali.	3.3 Rural 1.2 Vulnerabilidad 2.6 Salud 2.6.2 Factores de Riesgo	En el texto surgió el tema de Factores de Riesgo y equipos de salud como dos categorías especiales que no estaban en el modelo.
El Programa "Salud al campo", en el que se han invertido 1.500 millones de pesos desde su inicio el 27 de junio de 2009, beneficia a una población aproximada de 5 mil personas. Médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, epidemiólogas, higienistas orales, técnicos de saneamiento y agentes comunitarios, hacen parte de los equipos de salud que recorren los corregimientos y veredas con la dotación necesaria.	2.6.3 Equipos de salud 3.3 Rural	
Los profesionales de la salud no sólo brindan el tratamiento adecuado para las enfermedades, sino que la población tiene su médico al alcance, un amigo que vive entre ellos.	2.6 Salud 1.1 Bienestar	
Al cumplirse dos años de la implementación de este programa, el balance es más que positivo. La Estrategia Salud al campo logró conformar una red de atención primaria en salud, donde los cuerpos médicos, se adentran en las comunidades que habitan las laderas de Cali, para vivir en el seno de la comunidad, creando fuertes vínculos y una gran familiaridad con los pobladores de la zona rural.	2.6.4 APS 1.1 Bienestar 3.3 Rural	
Y es así. Los médicos y sus equipos de trabajo, se han ido a vivir al campo. Ya en terreno, detectan los riesgos que afectan la calidad de vida de la población y desarrollan programas de salud orientados a la prevención de las enfermedades. La proximidad con la gente ha hecho más oportuna la labor de precisar los perfiles epidemiológicos en los momentos adecuados.	2.6.2 Riesgos 2.6 Salud 3.2 Comunidad	
"Uno de los objetivos principales de este trabajo es identificar todo lo que afecta directa o indirectamente la calidad de vida de la comunidad y generar estrategias intersectoriales y multidisciplinarias para dar solución concertada a las problemáticas sociales. Esto ha permitido desarrollar acciones de salud, coordinadas y ejecutadas en los 15 corregimientos de la zona rural del municipio de Santiago de Cali, mejorando la calidad de atención en salud que reciben estas comunidades", manifestó Alejandro Varela, Secretario de Salud Municipal de Cali	1.0 Calidad de Vida 3.1 Intersectorialidad 3.6.1 Interdisciplinaria 3.3 Rural 2.6 Salud	El documento resalta el hecho de lograr que el médico viva en la comunidad y sea parte de ellos.
Salud al campo en cifras: En el primer año de puesta en práctica la estrategia de "Salud al campo" se realizaron cerca de 12 mil actividades odontológicas, de las cuales 1.671 fueron consultas. También se hicieron 6.927 consultas con médico general, de las que se derivaron 11.227 controles posteriores de seguimiento con especialistas. Entre 2009 y 2010, se practicaron además cerca de 21 mil pruebas de laboratorio, que representaron una cobertura de 44 % de incremento en la ampliación del servicio. En el primer trimestre de este año, ese incremento se vio reflejado en un 28 % de ampliación de este tipo de prestaciones a la población rural.	2.6.1 Acceso	
El punto más valorado por los habitantes de la zona rural, en este programa, es la atención en salud del mayor número de personas en sus propias viviendas, con la garantía de un adecuado seguimiento a los pacientes, la entrega de medicamentos necesarios y también, la toma de muestras de laboratorio en el sitio.	2.6.1 Acceso	
"Ellos van a todas las veredas, incluso a las que quedan a 2 y 3 horas de camino a caballo. Hace poco, uno de ellos, subió a la media noche en medio de la lluvia a traer un intoxicado. "La labor de nuestros médicos es muy hermosa", comenta Marina Torres, una de las habitantes de Villacarmelo.	3.3 Rural 1.1 Bienestar	

	Codificación	Observaciones
El programa Salud al Campo cuenta con un médico, para la atención de urgencias, consultas externas, visitas domiciliarias, procedimientos ambulatorios de baja complejidad programados, instrucción a través de charlas educativas y la participación en mesas de trabajo intersectoriales para dar respuesta a las necesidades de cada población.	2.6.4 APS	
La conformación de equipos multidisciplinarios, de los que participan auxiliares de enfermería, promotoras de salud y trabajadoras sociales, permite la atención integral de incluso, casos de abandono y/o desplazamiento, así como medir la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios de salud.	2.6.3 Equipos interdisciplinarios 1.1 Bienestar	
Otra etapa de salud al campo: Debido a la gran extensión de terreno que comprende la zona rural del municipio, la dificultad de la topografía, una población que vive en hogares tan distantes y con caminos y trochas de difícil tránsito, la red de Salud de Ladera, en compañía de la administración municipal, dispuso de un sistema de transporte acorde a las necesidades. Fue así como se adicionó el caballo a la cotidiana tarea de médicos, enfermeras, promotoras de salud y trabajadoras sociales.	3.3 Rural 1.2 Comunidad 1.1 Bienestar	
El caballo, a pesar de los múltiples adelantos tecnológicos, cobra vigencia una vez más y paradójicamente, es el que contribuye, de forma capital, a llevar el bienestar y los servicios de la ciencia, al habitante de las zonas apartadas de Santiago de Cali.	El Caballo	Buscan que el personal de salud esté cerca de la comunidad y que conozcan las necesidades con la vivencia personal.
La Institución Prestadora de Salud (I. P. S.), de Felidia cuenta con un ejemplar; la I.P.S. de Peñas Blancas tiene tres caballos, la I.P.S. Golondrinas dispone de dos equinos, mientras que la I.P.S. Hormiguero y Pance cuentan con una moto.	2.6.4 APS	
Esta es una de las formas como la Administración Municipal, en compañía de la E.S.E Ladera, implementa el programa de Salud al Campo, con impacto social y resultados muy positivos en cuanto atención primaria en salud, supliendo las carencias de cobertura y eficiencia en la prestación de servicios en el sector rural del municipio.	2.6.1 Acceso	
Los usuarios del programa tienen asegurada la dispensación de medicamentos y toma de muestras de laboratorio en los propios corregimientos. La Red de Salud Ladera, Empresa Social del Estado, se ubica como pionera y modelo en la construcción de esta Estrategia.	2.6.1 Acceso	Resaltan la labor del caballo para facilitar el acceso al terreno.
“Este modelo en salud es un acercamiento de la comunidad con los servicios de salud. Es un hit que se anotan la Administración Municipal y la Secretaría de Salud de Cali, en el sentido que hoy no concebimos el trabajo en salud sin la participación de la comunidad. Este modelo que adelanta la Secretaría de Salud Pública Municipal logra eso, activar e integrar a la comunidad y sobre todo a la comunidad más vulnerada en la toma de decisiones. Toda vez que no solo se está haciendo atención en salud sino que además, se está levantando un perfil en salud en el que la comunidad aporta mucho para las acciones de promoción y prevención de la enfermedad y de esa manera garantizar una comunidad mucho más saludable”, aseguró Jorge E. Victoria, médico de la Organización Panamericana de la Salud.	3.2 Comunidad 3.2.1 Participación comunitaria	
La tecnología al campo: Gracias a la transformación total de su planta física, en la I.P.S. Peñas Blancas, ahora los usuarios pueden consultar a su médico en comunicación directa con la I. P. S. de referencia de la E. S. E. Ladera, en este caso es el Hospital Cañaveralejo, a través del servicio de Telemedicina.	3.6.5 Telemedicina	

	Codificación	Observaciones
Desde allí, por medio de un computador y una cámara de video, el médico que reside en Pichindé brinda asistencia a una promotora que vive en la vereda Peñas Blancas, dándole diagnóstico y orientación terapéutica sin que el paciente tenga que desplazarse, no obstante la regularidad de visitas a las casas del equipo médico.		
El proceso de conectividad adelantado por este programa, ha implementado el servicio telefónico para llamadas locales a números fijos, de forma totalmente gratuita y servicios de Internet en el auditorio de la I.P.S. Así, niños y jóvenes puedan realizar sus tareas, investigaciones y familiarizarse con nuevas tecnologías de información.		
Patologías más comunes: Las patologías más comunes en la zona rural de Cali y por las que las personas consultan son: En primer lugar se ubica la hipertensión arterial, con alto porcentaje en crisis hipertensivas, tanto del tipo de urgencia como el de emergencia. En segundo lugar están las enfermedades coronarias y cerebro vasculares en adultos mayores. El tercer lugar es para los trastornos pépticos o ácido pépticos. El trauma craneoencefálico (T. C. E), causado por caídas accidentales, en niños y ancianos ocupa el cuarto lugar. Y en quinto lugar están las infecciones respiratorias agudas, causadas por los cambios climáticos.	1.3 Rural 2.6.2 Factores de riesgo 4.1 Autocuidado 2.6.1 Acceso	
Mejores resultados para la comunidad: Desde la puesta en marcha de la estrategia, se han obtenido resultados satisfactorios para la empresa y para la comunidad. "En su primera etapa, la estrategia cobijó los corregimientos de Golondrinas, Pichindé y Saladito. Hicimos un reconocimiento por parte de los equipos médicos que llegaron a los lugares más apartados, a brindar atención a los habitantes de estas zonas rurales del municipio; así obtuvimos un mapa de potenciales riesgos y actualizamos la cartografía social para la aplicación de estrategias de promoción y prevención sobre grupos heterogéneos" aseguró el gerente de la Red de Salud de Ladera Alexander Durán Peñafiel, al referirse al vínculo entre comunidad y las Instituciones de salud.	1.1 Bienestar 3.2.1 Participación comunitaria	
La mayor difusión de servicios de salud y promoción de hábitos de vida saludables, entre los habitantes, además del aumento de la calidad, acceso y oportunidad de los servicios de salud de baja complejidad son otros de los puntos que se anota este modelo, en opinión del Gerente de la ESE de Ladera.		
Al cumplir dos años de la puesta en marcha la estrategia de "Salud al Campo" podemos decir que con estos equipos humanos y tecnológicos hemos estado contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de salud y disminuyendo la sensación de vulnerabilidad y abandono por parte del Estado, a los habitantes de la zona rural del Municipio de Santiago de Cali", aseguró el Secretario de Salud Pública, Alejandro Villegas.	2.1 Alimentación	
Es preciso anotar que se han implementado estrategias para potencializar la participación de la comunidad en salud con resultados muy alentadores. Mientras que en el año 2009 se realizaron 6.927 consultas con el médico general, en el 2010 estas consultas se incrementaron en un 13 %.	Gobernabilidad?	

	Codificación	Observaciones
En el año de su inicio, el programa practicó 779 citologías, el año pasado, la demanda por este examen creció en un 13.5 %, llegando a 901 pruebas tomadas. Por otro lado, creció, considerablemente, la actividad referente en prevención y promoción de salud. No en vano se llevan un total, hasta el primer trimestre del 2011, de 10.947 dosis de vacunas aplicadas a la población. También, se incrementó la promoción de las prácticas de hábitos de vida saludables, se han adelantado campañas de mejoramiento de condiciones nutricionales y se han emprendido estrategias de concientización ambiental.		
Como fenómeno paralelo a las gestiones de los equipos pertenecientes al programa de Salud al Campo, la zona rural de Cali evidencia hoy, un fortalecimiento de la gobernabilidad de la autoridad sanitaria en los corregimientos... !Un trabajo que da frutos que perduran en corazón y mente de las comunidades rurales gracias a la atención y servicios de salud que llega donde otros no llegan!		
Mauricio García - Comunicaciones Secretaría de Salud de Cali.		

Anexo 21.3. Tabla de co-ocurrencias del análisis de contenido realizado a los tres documentos.

	Acc salud	APS	Auto	CV	Com	DS	EQ	ES	EV	FR	F	GIR	I	PC	SALUD
Acceso Salud	xxxx	NA	NA	3 (0.09)	NA	4(012)	8(0.30)	NA	NA	1(0.03)	1(0.02)	1(0.03)	1(0.03)	1(0.03)	NA
APS	2(0.05)	xxxx	NA	1(0.04)	3(0.12)	NA	NA	1(0.04)	NA	4(0.15)	4(0.13)	NA	1(0.04)	1(0.059)	NA
Autocuidado	NA	NA	xxxx	1(0.05)	2(0.10)	NA	NA	NA	NA	1(0.04)	4(0.17)	NA	1(0.05)	NA	2(0.10)
Calidad de Vida	3 (0.01)	1 (0.04)	1 (0.05)	xxxx	NA	1 (0.06)	1(0.06)	NA	1(0.010)	NA	NA	NA	2(0.11)	NA	3(0.16)
Comunidad	NA	3 (0.12)	2 (0.10)	NA	xxxx	1 (0.04)	NA	NA	NA	2(0.08)	10(0.5)	NA	2(0.10)	NA	3(0.14)
Derecho a la salud	4 (0.12)	NA	NA	2 (0.10)	1(0.04)	xxx	1(0.05)	NA	NA	NA	2(0.07)	NA	1(0.05)	NA	2(0.09)
Equidad en salud	8 (0.30)	NA	NA	1 (0.06)	NA	1 (0.05)	xxx	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Equipos de salud	NA	1 (0.04)	NA	NA	NA	NA	NA	xxx	NA	3(0.13)	1(0.03)	NA	NA	NA	1(0.04)
Estilos de vida	NA	NA	NA	1 (0.10)	NA	NA	NA		xxx	NA	NA	NA	NA	NA	1(0.08)
Factores de Riesgo	1 (0.03)	4 (0.15)	1 (0.04)	NA	2(0.08)	NA	NA	3(0.13)	NA	xxx	3 80.10)	1(0.04)	NA	NA	1(0.04)
Familia	1 (0.02)	4 (0.13)	4 (0.17)	NA	10(0.5)	2 (0.07)	NA	1(0.03)	NA	NA	xxx	NA	2(0.08)	1(0.05)	1(0.08)
Gestión integral del Riesgo	1 (0.03)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	xxx	1(0.05)	NA	5(0.2)
Intersectorialidad	1 (0.03)	NA	1 (0.05)	2 (0.11)	2(0.10)	1 (0.05)	NA	NA	NA	NA	2(0.08)	1(0.05)	xxx	2(0.15)	NA
Participación comunitaria	1 (0.03)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1(0.05)	NA	2(0.05)	xxx	NA
Salud	NA	2 (0.10)	2 (0.10)	3 (0.16)	3(0.14)	2 80.09)	NA	NA	1(0.08)	3(0.10)	5 (0.20)	NA	NA	NA	XXX