

La Practica Social Comunitaria de la Tecnológica FITEC como estrategia de Atención
Primaria en Salud (APS) desde el ámbito Universitario

Yanneth Montero Ojeda * - Paola Andrea Díaz Hurtado **

Resumen:

Se hace una revisión sobre el avance del programa de Atención Primaria en Salud (APS) a nivel nacional y regional y los alcances del mismo desde el ámbito universitario, a través de la Practica Social Comunitaria como alternativa de grado de los estudiantes de la Tecnología en Gestión en Servicios de Salud y la aplicación de las encuestas Bucaramanga Crece Contigo y las encuestas familiar saludable de FITEC a las unidades familiares seleccionadas y residentes en las veredas de los corregimientos 1,2,3 del municipio de Bucaramanga de acuerdo a la alianza de la Tecnológica FITEC con la ESE ISABU durante el periodo 2013-2015. Lo anterior soportado en la prevención primaria como base de la salud pública y el regreso hacia la comunidad y a las poblaciones que necesitan que el sistema de salud se concentre en sus necesidades locales; situación identificada dentro del plan de estudio del Programa de Tecnología en Gestión en Servicios de Salud y apropiada por sus estudiantes.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo transversal durante el periodo 2013-2015 donde se realiza una entrevista semi-estructurada con la aplicación de un total de 1018 encuesta familiar saludable a un total igual de unidades familiares.

Población: 1018 unidades familiares que se encuentran viviendo en las veredas de los corregimientos 1,2 y 3 del área metropolitana de la ciudad de Bucaramanga.

Criterios de Inclusión: Las Unidades familiares que se encuentran viviendo con más de 2 años en el sector debido que son una población muy fluctuante por temas sociales, económicos y / o violencia.

Criterios de Exclusión: Las Unidades familiares fluctuantes que no puedan tener una información objetiva sobre los temas que forman parte de las encuestas.

Resultados: Se aplican un total de 1018 de entrevistas semi-estructuradas a igual número de unidades familiares de las 26 veredas visitadas.

Se encuentra un total de 3631 habitantes distribución en: 1472 hombres, 1459 mujeres, 303 niños, 397 niñas. En escolaridad un total de 1544 habitantes eran de bachillerato y 1479 primaria; profesionales incluidos los técnicos y tecnólogos 137 y sin estudio 298 (correspondiente al 8,6 %) de los residentes. De acuerdo al tipo de aseguramiento se encontró un predominio del régimen subsidiado (1930) seguido del régimen contributivo (1334), vinculado y / o Sisbenizado (258), en el régimen de excepción 43, encontrándose un total de 63 personas entre adultos y jóvenes que no tienen ningún tipo de aseguramiento y que corresponde al 1,73% del total de la población que habita en las veredas visitadas (dato coherente con el informe de cobertura de aseguramiento existente en el municipio de Bucaramanga). Esta población fue notificada a la ESE ISABU para su intervención de forma oportuna.

Total de remisiones a los programas de demanda inducida ofertados por la ESE ISABU se realizó un total de 1916, distribuidos así: 147 mujeres al programa de detección temprana de cáncer de seno, 301 mujeres al programa de detección temprana de cáncer de cérvix, 371 personas al programa de salud oral, 194 personas al programa de agudeza visual, 252 personas al programa de adulto mayor, 150 usuarios al programa de riesgo cardiovascular, 77 menores de edad al programa de crecimiento y desarrollo, 15 gestantes al programa de Control Prenatal, 275 personas a planificación familiar, 56 usuarios a Plan Ampliado de Isoinmunización (PAI entre niños y adultos mayores) y 78 adolescentes a servicios amigables, con posibilidad de aumentar las coberturas en cada uno de estos programas.

Al hacer el seguimiento de los factores ambientales que comprometen el estado de salud de los pobladores en las diferentes veredas, en un 95% la presencia de Aedes comprometió el estado de salud de los pobladores al estar el municipio de Bucaramanga con epidemia para Dengue y Chikunguña para la época de los estudios. De forma adicional en algunas veredas el inadecuado manejo de las basuras y el uso de acueductos veredales fueron los causantes de problemas gastrointestinales y dermatológicos en la población infantil.

Dentro de los resultados de accesibilidad a los servicios de salud, del total de la población entrevistada, en un 77,8 % no se encontró barreras para acceder a los servicios de salud y en un 10,8% refieren barreras para acceder a los servicios de salud donde se incluye las limitaciones geográficas en épocas de lluvias y las económicas para lograr obtener un transporte que le permitan desplazarse a las consultas en los centros de salud de la ESE ISABU. Un 11,3 % de los pobladores no respondieron esta pregunta ni manifestaron los motivos de la falta de respuesta a esta pregunta.

A toda la población residente en las veredas se les capacitó en los diferentes temas de protección específica y / o detección temprana de la enfermedad, de acuerdo a los eventos de morbilidad detectados en las diferentes entrevistas.

En general se evidencio aceptación por parte de los pobladores de la presencia del grupo de estudiantes en las veredas y la motivación a mantener el autocuidado como una de las principales estrategias para disminuir la enfermedad y / o el riesgo de morir en el grupo de poblaciones vulnerables.

Introducción:

La Tecnológica FITEC dentro de sus alternativas de grado ha definido la Practica Social Comunitaria como una línea de investigación, donde se permite al estudiante de los diferentes programas trabajar con la comunidad como el aporte social dado por el beneficio de haber ingresado a estudiar en algunos de los programas de tecnología a través de los diferentes convenios, becas y / u otra modalidad de vinculación al sector educativo. Dentro de los programas de formación, la Tecnología en Gestión en Salud se encuentran abanderando esta línea de investigación al estar dentro de sus perfiles de egresados el trabajo en atención primaria en salud y apoyo a los programas de Demanda Inducida en las diferentes entidades vinculadas al sector salud (1).

Dentro de los cambios dados por el Sistema de Salud en Colombia el cual ha favorecido la implementación de las estrategias de APS, los esquemas de autocuidado y control de las enfermedades en la comunidad han tomado relevancia dentro de la prevención primaria.

(2)

La Tecnológica FITEC y su programa de Tecnología en Gestión en Servicios de Salud desde el año 2012 se vinculó a la estrategia de Atención Primaria en Salud definido en el Plan de Desarrollo para el municipio de Bucaramanga durante los periodos 2012 – 2015 en el eje “ Lo social es vital, Bucaramanga Crece Contigo que define: Bucaramanga para el año 2011 presentó 11.55% de población con necesidades básicas insatisfechas, dentro de las cuales se encuentran mujeres cabeza de familia, adultos mayores, población en situación de discapacidad, población víctima del conflicto armado, habitantes de calle, niños, niñas y jóvenes, que Habitan en condiciones de pobreza y desigualdad, en donde los niños, niñas y adolescentes contribuyen con la economía familiar, desarrollando actividades que atentan contra su integridad física y moral.. ” (3); con el trabajo articulado con la ESE ISABU, los estudiantes de la Tecnológica aplicaron las encuestas de familias saludables, donde identificaron las condiciones de vivienda, condiciones ambientales, aseguramiento, morbilidad, nivel de educación y servicios de salud; con las unidades familiares seleccionada, muy de la mano con lo promulgado hace más de veinte años en Alma Ata. (4).

Al ser la base de la salud pública la prevención primaria, no es que se esté regresando al pasado sino sí que se está regresando hacia la comunidad y a las poblaciones que necesitan que el sistema de salud se concentre en sus necesidades locales. (5) situación identificada dentro del plan de estudio del Programa de Tecnología en Gestión en Servicios de Salud y apropiada por sus estudiantes.

Al igual que el programa de APS implementado por la Secretaria de Salud del Distrito de Bogotá, en la ciudad de Bucaramanga se evidencio una mejoría en los indicadores centinelas de las poblaciones menos favorecidas. Lo anterior debido a la implementación de las estrategias saludables que permitieron acercar los servicios de salud a las comunidades

vulnerables y eliminar las barreras geográficas y/o económicas de las familias que no tienen como acceder a estos servicios. (6)

Durante el periodo de tiempo 2013– 2015 se aplicaron un total de 1018 Encuestas del programa Bucaramanga Crece Contigo y la encuesta saludable FITEC – ESE ISABU, como trabajo de grado desarrollado por los estudiantes de la Tecnología en Gestión en Servicios de Salud de la Tecnológica FITEC, donde se evaluaron los determinantes tanto sociales como ambientales que afectan la salud de las familias que se encuentran residenciados en las veredas seleccionada. Con los resultados de estas encuestas se logró realizar un análisis sociodemográfico de la población residente en el sector y conocer de primera mano la percepción del acceso a los servicios de salud y / o barreras que se han presentado para acceder a los mismos por parte de los pobladores de los corregimientos del municipio de Bucaramanga. (7).

Tipo de Estudio: El presente artículo es un estudio descriptivo transversal desarrollado durante el periodo 2013-2015 por los estudiantes de la Tecnología en Gestión en Servicios de Salud de VI semestre en las veredas seleccionadas de los corregimientos 1,2 y 3 del municipio de Bucaramanga.

Población: 1018 unidades familiares que se encuentran viviendo en las veredas de los corregimientos 1,2 y 3 del área metropolitana de la ciudad de Bucaramanga.

Marco Referencial:

Dentro de la historia de nuestros países; se ha realizado un largo recorrido para lograr alcanzar una salud equitativa para todos, la implementación de la estrategia de APS en la Conferencia Internacional de Alma-Ata, en 1978 se ha visto establecida como un compromiso global asumido por los gobiernos, al igual que el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental que obligo a mirarla desde el punto de vista de los derechos humanos y de los derechos de los pueblos (8).

Secundario a la Declaración de Alma-Ata, los diferentes modelos de APS desarrollados, causaron interrogantes en cuanto a la mejora del estado de salud de la comunidad, pero que se ha visto soportado de manera positiva con las experiencias acumuladas en la aplicación del modelo de atención primaria orientada a la comunidad (APOC). (9). A pesar de tener la APS y la política de SALUD PARA TODOS sus orígenes en el siglo XVIII y al movimiento de Medicina Social de 1848; que cambiaron el concepto de medicina en instituciones de salud, para llevarla a la comunidad, no ha sido fácil lograr este objetivo. (10).

Los cambios del sistema de salud en Colombia están orientados actualmente hacia la implementación de las estrategias de APS dentro de sus esquemas de control y prevención de las enfermedades en la comunidad; así como fue promulgado hace más de veinte años en Alma Ata, la base de la salud pública es la prevención primaria, no es que se esté regresando al pasado sino sí que se está regresando hacia la comunidad y a las poblaciones que necesitan que el sistema de salud se concentre en sus necesidades locales, de vivienda, salud, educación y servicios públicos. (11)

Teniendo en cuenta las fallas que se presentaron desde la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, se definió con la Ley 1438 de 2011 que decreto la reforma a la salud, reconocer la salud como un derecho fundamental, con acceso y equidad global para todos los pobladores; a través del establecimiento de un modelo de atención enmarcado en la estrategia de APS (Atención Primaria en Salud) que permita mejoría en la prestación de servicios de salud, fortaleciendo las actividades de vigilancia y control, creando nuevos mecanismos para la gestión financiera del sistema; así como también la actualización del POS (plan obligatorio de salud) y la creación de redes de prestación de servicios, que permitan reducir las barreras en acceso a los servicios de salud (12); (Ministerio de Salud – Reforma al Sistema de Salud- Febrero del 2013), al encontrarse el desempeño de la red pública con poco enfoque familiar, poca orientación hacia la comunidad, limitando el acceso a los servicios y sin lograr la equidad en salud de los pobladores, atributos necesarios para el logro de la APS.

(13). Y la implementación de escuelas de formación en Colombia de Médicos que puedan soportar la estrategia de APS desde el conocimiento del modelo de atención en salud (14).

Dentro de los cambios dados en la reforma, se amplían las políticas para los programas de promoción y prevención de la salud y se ratifica los programas de APS que permita mejorar los resultados en los indicadores de salud (Ley Estatutaria No 1751 / 2015); especialmente en el cuidado al binomio madre – hijo y la vinculación de los factores sociales, ambientales y culturales que afectan la salud, lo anterior al ser este grupo susceptible de enfermar de forma permanente y con repercusiones de forma permanente para una región y un país. (15).

Prioridad que fue tenido en cuenta en los programas de APS implementado por la Secretaria de Salud del Distrito de Bogotá, donde se han evidenciado una mejora en los indicadores de mortalidad infantil en menores de 5 años, en las poblaciones menos favorecidas. Lo anterior debido a la implementación de las estrategias saludables que permitieron acercar los servicios de salud a las comunidades vulnerables y eliminar las barreras geográficas y/o económicas de las familias que no tienen como acceder a estos servicios. (16); Bucaramanga a través de su Programa de Atención Primaria en Salud llamado Bucaramanga Crece Contigo ha logrado aumentar la demanda de los servicios de salud, mejorar las prácticas deportivas, aumentar la cobertura en el SISBEN, aumentar la demanda de los servicios de salud y mayor escolarización de los menores de edad, con el trabajo intersectorial de las diferentes entidades gubernamentales, logrando disminuir la inequidad entre las comunidades, siendo uno de los logros más importantes es *la reducción de la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años pasando de 9 por 1000 NV en el 2012 a 3.6 por 1000 NV en el 2015 y en menores de 1 año, pasó de 7,44 por 1000 NV en el 2012 a 3.32 por 1000 NV en el 2015.* (Los datos 2015 son preliminares, sujetos a validación por el DANE.) (17), programa que fue adoptado por los estudiantes de la Tecnológica FITEC para trabajar con las comunidades en condiciones de vulnerabilidad, a través de la aplicación de la ficha familiar y la realización de demanda inducida en las diferentes sectores rurales que se encuentran en la ciudad de Bucaramanga, con el fin realizar promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Comportamiento similares se han reportado en las estrategias de APS "la salud en su casa" definido por la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá en los planes de desarrollo para los

años 2004 – 2005, donde se ha evidenciado mejoramiento de la calidad de vida de las familias ubicadas en las zonas más vulnerables; la integración de los diferentes sectores gubernamentales y la comunidad en general, han logrado aumentar la cobertura, acceso a los servicios de salud y mayor implementación de los programas de promoción y prevención de la salud hacia la comunidad (18). Al igual que disminuir la inequidad entre las poblaciones con desventajas sociales (19).

En Santander se tiene experiencias positivas en APS, realizadas por auxiliares de enfermería en el sector rural, orientadas hacia el cumplimiento de las metas en Salud Pública en el primer nivel de atención y lideradas desde el nivel Departamental. Las limitantes del programa está dado por el tipo de fragmentación realizados por las aseguradoras para el cumplimiento del modelo integral de APS que debe ser fortalecido a nivel nacional en cumplimiento a un sistema de salud de tipo preventivo. (20), las autoras de estos trabajos han también demostrado que hay mayor desempeño en los servicios de salud “acceso a los servicios, enfoque familia y orientación comunitaria”, en los municipios que cuentan con mayor desarrollo del modelo de APS que aquellos municipios donde el programa se encuentra en etapa incipiente. (21).

En América Latina las estrategias de APS no se encuentran definidas dentro de un línea de trabajo estandarizadas; todas están más orientadas a la intervención de los eventos del binomio madre - hijo; a diferencia de Canadá que es un país donde se tiene organizado un sistema de salud por provincias con un enfoque preventivo; donde se invierte en salud y se garantiza mayor acceso a los servicios de salud. Para lograr un consenso sobre las líneas de trabajo en APS en América Latina, la OMS implemento una evaluación del programa a

través del método DELPHI, que permite identificar los factores condicionantes necesarios a evaluar en los programas de APS. (22), la incursión de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICS) y los avances realizados en Telemedicina involucrando la Atención Primaria en Salud están permitiendo mayor acercamiento de las poblaciones rurales a los servicios de salud de III nivel y la eliminación de barreras geográficas (23), programas donde se espera que los estudiantes de la Tecnológica FITEC también incursionen.

Materiales y Métodos:

El universo, la población y la muestra se centraron en las 1018 unidades familiares que se encontraban viviendo en las veredas seleccionadas de los corregimientos 1,2 y 3 correspondiente al área metropolitana del municipio de Bucaramanga y que fueron asignadas en convenio con la ESE ISABU para desarrollar la Practica Social Comunitaria.

La recolección de la información se realizó a través de una entrevista semi-estructurada, con la aplicación de la encuesta del Programa Bucaramanga Crece Contigo para el periodo comprendido entre 2013 - 2014 y la encuesta saludables de Fitec – ESE ISABU para el periodo comprendido entre 2015 – 2016. La cual permitió evidenciar la caracterización sociodemográficas, las remisiones a los programas de promoción y prevención, la percepción de los servicios de salud de acuerdo a los accesos y / o barreras en la prestación del servicio y el tema de capacitación que sería realizado a las personas residentes en la vereda seleccionada asociado al problema de morbimortalidad.

En el desarrollo de los proyectos de grado de los estudiantes de la Tecnología en Gestión en Servicios de Salud, se implementó un tipo de estudio descriptivo transversal que permitió conocer las características socio-demográficas, de la población que se encuentra viviendo para el año 2013 en las veredas (la sabana, pedregal, la esmeralda, San Ignacio, Capilla baja, Magueyes, Santos parte alta, Bolarqui bajo, Malaña sector occidental, Retiro grande, Gualilo bajo y Gualilo alto); para el año 2014 en las veredas (Rosa blanca, Sabana, Aburridos bajo, San José, Aburridos alto, Vijagual, San Pedro Alto) y para el año 2015 (Vereda el Pablón, Santa Barbara, San Ignacio, El Nogal, Vijagual) el número de veredas visitadas correspondía al total de grupos de estudiantes que matricularan el proyecto de grado en número de 2 a 3 máximo que formaban cada grupo de trabajo.

La entrevista semi-estructurada permitía conocer el conocimiento de la población en cuanto a los métodos de prevención de la enfermedad, la utilización de los diferentes programas de promoción y prevención definidos por la ESE ISABU, la presencia de factores ambientales que afectan la salud y la existencia de barreras de acceso a los servicios de salud dados y que se debía mejorar con la estrategia de atención primaria en salud APS.

De forma semestral durante 4 meses en el periodo correspondiente del 2012 – 2015, los estudiantes de la Tecnología en Gestión en Servicios de Salud que se encuentra realizando su proyecto de grado en la modalidad de Practica Social Comunitaria, aplicaron un total de 813 Encuestas del Programa Bucaramanga Crece Contigo y un total de 205 de las encuestas saludables de Fitec – ESE ISABU a las unidades familiares que se encuentran viviendo en las veredas de los corregimientos 1,2 y 3 del área metropolitana de la ciudad de

Bucaramanga. La selección de las mismas se realizó a través de un muestro aleatorio simple de acuerdo al programa de visitas extramurales de la ESE ISABU.

Criterios de Inclusión

Las Unidades familiares que se encuentran viviendo con más de 2 años en el sector debido que son una población muy fluctuante por temas sociales, económicos y / o violencia.

Las unidades familiares que fueron reportadas por los líderes y / o veedores social y que forman parte del comité de usuarios de la ESE ISABU (lo anterior para garantizar la seguridad de los estudiantes que eran los entrevistadores).

Toda la población que se encuentra habitando el área rural de la vereda seleccionada.

Los sectores rurales que se encuentran con limitación para el trabajo realizado por el grupo extramural de la ESE ISABU.

Criterios de Exclusión

Las Unidades familiares fluctuantes que no puedan tener una información objetiva sobre los temas que forman parte de las encuestas.

Toda la población que no acepto ser entrevistados por parte del grupo de estudiantes.

Las unidades familiares que se encontraban en riesgo de ubicación, problemas sociales y / o violencia que podían afectar a los estudiantes entrevistadores (especialmente asentamientos, barrios en las comunas 1,2 que fueron motivo de traslado de los estudiantes a otro lugar).

ANALISIS DE RESULTADOS:

En el periodo correspondiente a los años 2013 – 2015 se aplicaron un total de 1018 de entrevistas semi-estructuradas a igual número de unidades familiares de las 26 veredas visitadas, para el análisis de la caracterización sociodemográfica de los pobladores, encontrando un total de 3631 habitantes distribución en: 1472 hombres, 1459 mujeres, 303 niños, 397 niñas. La escolaridad predominante fue el ser bachillerato con 1544 personas, seguido de la primaria 1479, dentro del ser profesionales se encuentran incluidos los técnicos y tecnólogos 137 y sin estudio 298 (correspondiente al 8,6 %) de los residentes. En este criterio se evidencio una diferencia de 170 (correspondiente al 4,7) de aquellas personas que no informaron sobre el tipo de escolaridad, adicional del sesgo que se presentó en la información de las 298 personas sin estudio, al estar incluidos los menores de edad que no se encuentran en edad para ingresar a estudios de primaria.

Al indagar sobre el tipo de aseguramiento existente en las veredas entrevistadas se encontró un predominio del régimen subsidiado (1930) seguido del régimen contributivo (1334), vinculado y / o Sisbenizado (258), en el régimen de excepción 43, encontrándose un total de 63 personas entre adultos y jóvenes que no tienen ningún tipo de aseguramiento y que corresponde al 1,73% del total de la población que habita en las veredas visitadas (dato coherente con el informe de cobertura de aseguramiento existente en el municipio de Bucaramanga). Esta población fue notificada a la ESE ISABU para su intervención de forma oportuna.

Tabla No 1

Fuente: Entrevistas semi-estructura periodo 2013- 2015 Tecnológica Fitec – ESE ISABU

Al hacer el seguimiento de los factores ambientales que comprometen el estado de salud de los pobladores en las diferentes veredas, en un 95% la presencia de Aedes comprometió el estado de salud de los pobladores al estar el municipio de Bucaramanga con endemia para Dengue y Chikunguña para la época de los estudios. De forma adicional en algunas veredas el inadecuado manejo de las basuras y el uso de acueductos veredales fueron los causantes de problemas gastrointestinales y dermatológicos en la población infantil.

Dentro de los resultados de accesibilidad a los servicios de salud, del total de la población entrevistada, en un 77,8 % no se encontró barreras para acceder a los servicios de salud y en un 10,8% refieren barreras para acceder a los servicios de salud donde se incluye las limitaciones geográficas en épocas de lluvias y las económicas para lograr obtener un transporte que le permitan desplazarse a las consultas en los centros de salud de la ESE ISABU. Un 11,3 % de los pobladores no respondieron esta pregunta ni manifestaron los motivos de la falta de respuesta a esta pregunta.

Tabla No 3

RESULTADOS ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD					
AÑO	TOTAL VEREDAS	TOTAL UNIDADES FAMILIARES	SI	NO	NO RESPONDE
2013	13	470	159	1474	178
2014	8	343	155	810	171
2015	5	205	73	485	54
TOTALES	26	1018	387	2769	403

Fuente: Entrevistas semi-estructura periodo 2013- 2015 Tecnológica Fitec – ESE ISABU

A toda la población residente en las veredas se les capacitó en los diferentes temas de protección específica y / o detección temprana de la enfermedad, de acuerdo a los eventos de morbilidad detectados en las diferentes entrevistas.

En general se evidencio aceptación por parte de los pobladores de la presencia del grupo de estudiantes en las veredas y la motivación a mantener el autocuidado como una de las principales estrategias para disminuir la enfermedad y / o el riesgo de morir en el grupo de poblaciones vulnerables.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Manual de Tecnológica FITEC(2014)
2. Franco Giraldo, A. (2010). Atención Primaria en Salud (APS) ¿De regreso al Pasado? Colombia. Revista Fac. Nac. Salud Pública. Volumen 30 N° 1.
3. Plan de Desarrollo 2012- 2015 Bucaramanga Sostenible
4. Franco Giraldo, A. (2010). Atención Primaria en Salud (APS) ¿De regreso al Pasado? Colombia. Revista Fac. Nac. Salud Pública. Volumen 30 N° 1.

5. Vega Romero, R. Carrillo Franco J. (2006). APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. El caso 'Salud a su Hogar' en Bogotá. Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud Volumen 11 p.p 38 - 54.
6. Mosquera Méndez PA, Granados Hidalgo G, Vega Romero R. (2008) la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para Bogotá-Colombia y su relación con la disminución de inequidades de resultados en salud. Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 7, N° 14. pp. 88-109.
7. Proyectos de grados estudiantes Tecnología en Gestión en Servicios de Salud 2013-2015
8. Apráez Ippolito, G. (2010). La política de salud en Bogotá, 2004 - 2008. En búsqueda de la atención primaria en salud para todos: reflexiones de una búsqueda. Colombia. Dossier Salud Pública y Epidemiológica en Odontología. Volumen 29 N° 63.
9. Golfín, J. Golfín, R. (2007). Atención primaria orientada a la comunidad un modelo de salud pública en la atención primaria. Washington DC, Revista Panamericana de Salud Pública. Volumen 21 N° 2
10. Apráez Ippolito, G. (2010). La política de salud en Bogotá, 2004 - 2008. En búsqueda de la atención primaria en salud para todos: reflexiones de una búsqueda.

Colombia. Dossier Salud Pública y Epidemiológica en Odontología. Volumen 29 N° 63.

11. Franco Giraldo, A. (2010). Atención Primaria en Salud (APS) ¿De regreso al Pasado? Colombia. Revista Fac. Nac. Salud Pública. Volumen 30 N° 1.
12. Franco Giraldo, A. (2012). La Última Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Colombia. Revista Salud Pública Volumen 15 N° 5.
13. Vega Romero, R. Martínez Collante, J. Acosta Ramírez, N. (2009) Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria en Salud- APS. Revista. Colombia. Gerenc. Polit. Salud. Volumen 8 N°16 p.p. 165-190.
14. Yepes Delgado, C.E. (2005) La atención primaria en salud, como escenario para la formación médica y la transformación social. Colombia. Iatreia. Volumen 18 N° 2.
15. Ronaldo Luna, A. K. (1992). La política de salud en Bogotá, 2004 - 2008. Atención Primaria en Salud. Principios y Métodos. 2ª edición enero de 1992 -ISBN 968-860-416-X. Página 5 – 19, 187 - 225.
16. Mosquera Méndez PA, Granados Hidalgo G, Vega Romero R. (2008) la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para Bogotá-Colombia y su relación con la

disminución de inequidades de resultados en salud. Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 7, N° 14. pp. 88-109.

17. Alcaldía de Bucaramanga, Informe de Gestión 2012- 2015, Informe de Gestión 2012 – 2015.

18. Vega Romero, R. Carrillo Franco J. (2006). APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. El caso ‘Salud a su Hogar’ en Bogotá. Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud Volumen 11 p.p 38 - 54.

19. Mosquera Méndez PA, Granados Hidalgo G, Vega Romero R. (2008) la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para Bogotá-Colombia y su relación con la disminución de inequidades de resultados en salud. Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 7, N° 14. pp. 88-109.

20. Ruíz Rodríguez, M. Acosta Ramírez, N. Rodríguez Villamizar, L. A. Uribe Rivero, L. M. León Franco, M. H. (2011). Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. Colombia. Revista de Salud Pública Volumen 13 N°6 pp. 885-896.

21. Rodríguez Villamizar, L.A. Acosta Ramírez, N. Ruiz Rodríguez, M. (2011). Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. Colombia. Revista Salud pública Volumen 15 N° 2 pp. 167-179.

22. Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP. (2009). Un marco de evaluación de la atención primaria en salud en América Latina. Panamá. Rev. Panam Salud Pública. Volumen 26 N°5 pp. 377–84.
23. Monteagudo Peña, J.L. (2009). Telemedicina y Atención Primaria en Salud. España. Revista Atención Primaria Volumen 41 N° 3 pp. 129–130.
24. Ramos Murillo, A.J. Ruzafa Martínez, A. Fernández Salazar, S. Del Pino Casado, R. y Apraez Ippolito, G. (2010). La política de salud en Bogotá, 2004 - 2008. La medicina social y las experiencias de Atención Primaria de Salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. Colombia. Polis Revista de la Universidad Bolivariana. Volumen 9 N° 27
25. Ronaldo Luna, A. K. (1992). La política de salud en Bogotá, 2004 - 2008. Atención Primaria en Salud. Principios y Métodos. 2ª edición enero de 1992 -ISBN 968-860-416-X. Página 187 - 225.
26. Bello Peña, C. P. Ubaque Angarita, J. Villalba Zambrano, M. I. Riaño Casallas, M. I. (2014). Atención Primaria en Salud de los Trabajadores en Latinoamérica. Colombia. Revista Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular. Volumen 12 N° 1.
27. Yepes Delgado, C.E.(2006). Atención Primaria en Salud, más pertinente que nunca. Colombia Revista investigación y educación en enfermería Volumen 24 N°2 pp. 102-111.

28. Armero Barranco, D. (2014). Actitudes de Médicos y Enfermeras ante las actividades preventivas y de promoción en atención primaria. España. Revista Atención Primaria. Volumen 46 N° pp. 483 – 491.
29. Francisco V. C. Cerón Y. Herrera J. A. (1995) Salud familiar como una alternativa de atención integral en las unidades de atención primaria. Colombia. Revista Colombia Medica. Volumen 26 N° 2 pp. 51-54.
30. Golfín, J. Golfín, R. (2007). Atención primaria orientada a la comunidad un modelo de salud pública en la atención primaria. Washington DC, Revista Panamericana de Salud Pública. Volumen 21 N° 2.
31. Villalbí, J.R. Pasarín, M. Montaner, I. Cabezasa, C. Starfield, B. y Grupo de Trabajo sobre Evaluación en la Atención Primaria de Salud de Barcelona*. (2003) Evaluación de la Atención Primaria en Salud. Barcelona. Revista Aten Primaria Volumen 31 N° 6 pp. 382-385.
32. Gofin, j. Golfín, R. (2007). Atención primaria orientada a la comunidad un modelo de salud pública en la atención primaria. Panamá. Rev Panam Salud Pública Volumen 21 N° 2.
33. Delgado Gallego, M.E. Vázquez-Navarrete, L. (2006). Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales. Colombia. Revista salud pública. Volumen 8 N° 2 pp. 128-140.

34. Mosquera, P. A. Hernández, J. Vega Romero, R; Junca, C. (2011). Experiencia de implementación de la estrategia de atención primaria en salud en la localidad de Bosa. Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Volumen 10 N° 21 pp. 124-152.
35. Restrepo Vélez, O. Vega Romero, V. (2009). Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud - APS. Bogotá: para la muestra un botón Revista Gerenc. Polit. Salud. Colombia. Volumen 8 N° 16 p.p 153-164.
36. Vega Romero, R. Acosta Ramírez, N. Mosquera Méndez, P. A. Restrepo Vélez, M. O. (2008). La política de salud en Bogotá, 2004 - 2008. Análisis de la experiencia de atención integral de salud. New York. Revista Medicina Social. Volumen 3 N° 2.