

**Implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento de
la salud de primera infancia presente en la Resolución 3280 del
2018 en la ESE BelloSalud**

Isabel Cristina Londoño Callejas

**Trabajo de grado para optar por el título de Magister en Gerencia de las
Organizaciones de la Salud**

Director del trabajo de Grado

Marta Cecilia Jaramillo Mejía. MD. Ph.D.

Universidad ICESI

Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas

Cali, Junio, 2020

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	6
ABSTRACT	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
2. OBJETIVO GENERAL	13
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
4. MARCO TEÓRICO	14
4.1 El concepto salud y promoción de la salud	14
4.2 Evolución del Sistema de Salud en Colombia	14
4.3 Atención de la primera infancia en Colombia	16
4.4 Población Bellanita	17
4.5 ESE BelloSalud	18
5. METODOLOGÍA	19
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	22
7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	23
8. CONCLUSIONES	37
9. RECOMENDACIONES	38
10. BIBLIOGRAFÍA	40

GRÁFICAS

	Pág.
Gráfico 1: Pirámide poblacional Primera infancia Población afiliada a SaviaSalud	23
Gráfico 2: Distribución según tipo de documento Población afiliada a SaviaSalud	24
Gráfico 3: Distribución por edades de las atenciones agendadas en el programa de crecimiento y desarrollo Periodo Enero – Marzo 2019	29
Gráfico 4: Distribución por edades de las atenciones agendadas en el programa de primera infancia Periodo Enero – Marzo 2020	30
Gráfico 5: Pirámide poblacional Primera infancia Periodo Enero – Marzo 2019	31
Gráfico 6: Pirámide poblacional Primera infancia Periodo Enero – Marzo 2020	31
Gráfico 7: Distribución del estado de la cita según el mes Periodo Enero – Marzo 2019	33
Gráfico 8: Distribución del estado de la cita según el mes Periodo Enero – Marzo 2020	35

TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Proporción de la población por ciclo vital, Bello 2005, 2017 y 2020	16
Tabla 2: Ruta de promoción y mantenimiento de la salud primera infancia - ESE BelloSalud	27
Tabla 3: Distribución por tipo de actividad de las atenciones en población menor de 6 años Periodo Enero – Marzo 2019	32
Tabla 4: Distribución por tipo de actividad de las atenciones en población menor de 6 años Periodo Enero – Marzo 2020	32
Tabla 5: Distribución por estado de la cita de las atenciones en población menor de 6 años Periodo Enero – Marzo 2019	33
Tabla 6: Distribución por estado de la cita de las atenciones en población menor de 6 años Periodo Enero – Marzo 2020	34
Tabla 7: Distribución por centro de salud de las atenciones cumplidas en población menor de 6 años Periodo Enero – Marzo 2019	36
Tabla 8: Distribución por centro de salud de las atenciones cumplidas en población menor de 6 años Periodo Enero – Marzo 2020	36

RESUMEN

La resolución 3280 del 2018, establece las Rutas de promoción y mantenimiento de la salud por ciclos vitales y las Rutas Integrales de Atención en Salud maternoperinatal, definiendo actividades individuales y colectivas para la población basadas en la gestión del riesgo anticipando a las enfermedades en cada ciclo vital. Las rutas de atención de la primera infancia, es de inicio de ejecución a nivel nacional desde el primero de enero del 2020, es por ello, que el propósito fue evaluar el proceso de implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud de la primera infancia en la ESE BelloSalud.

Se aplicó un tipo de estudio mixto, descriptivo de evaluación de programa y diseño de intervención, en el cual se evaluó el proceso que se venía desarrollando previamente basado en la resolución 412 del 2000 con el programa de crecimiento y desarrollo, el proceso de transición en la implementación y se comparó la atención de la primera infancia en la ESE BelloSalud durante los periodos enero – marzo 2019 y 2020. Durante el desarrollo del proyecto, se produjo la conformación de un comité de implementación, encargado de la revisión de ambas resoluciones y originar dos archivos de trabajo, la Cartilla Ruta de Atención Integral en Salud y el procedimiento de primera infancia; Además, del despliegue al personal de la institución.

Los resultados evidencian el desconocimiento de las bases de datos de la población a atender. También, se mostró la existencia de cambios en el desarrollo del programa de primera infancia a nivel del manejo de las agendas, el número de citas asignadas y citas cumplidas.

Por lo tanto, se concluye que la implementación ha llevado a cambios que requieren evaluarse en el tiempo en miras de medir el impacto.

Palabras clave: Primera infancia, resolución 3280 del 2018.

ABSTRACT

Resolution 3280 of 2018 establishes the Routes for the promotion and maintenance of health by life cycles and the Integrated Routes of Care in Maternal and Perinatal Health, defining individual and collective activities for the population based on risk management by anticipating diseases in each life cycle. The early childhood care routes have been in operation nationwide since 1 January 2020. The purpose was to evaluate the process of implementing the Early Childhood Health Promotion and Maintenance Route at the ESE BelloSalud.

A mixed, descriptive study of program evaluation and intervention design was carried out to evaluate the process previously developed on the basis of Resolution 412 of 2000 with the growth and development program, the process of transition in implementation and to compare early childhood care at the ESE BelloSalud during the periods January - March 2019 and 2020. During the development of the project, an implementation committee was set up to review both resolutions and create two work files, the Integrated Health Care Roadmap and the early childhood procedure, as well as the deployment of the institution's staff.

The results show the lack of knowledge of the databases of the population to be served. The results also show that there have been changes in the development of the early childhood program in terms of the management of agendas, the number of appointments assigned, and appointments completed.

Therefore, it is concluded that implementation has led to changes that need to be evaluated over time in order to measure impact.

Keywords: Early childhood, resolution 3280 of 2018.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ESE BelloSalud, es una Empresa Social del Estado (ESE) de primer nivel de atención, de orden municipal, adscrita al municipio de Bello en el departamento de Antioquia, la cual nace de la fusión de la ESE Hospital Rosalpi y la ESE Hospital Zamora París Fontidueño por medio del decreto 0572 de diciembre 17 de 2006 de carácter municipal. Es una ESE pública, conformada por 8 sedes, ubicadas en puntos estratégicos del territorio de Bello: Fontidueño, Mirador, Playa Rica, París, Maruchenga, Zamora, Rosalpi y San Félix, dando así cubrimiento a la población Bellanita. Se atiende una población aproximada de 85,000 usuarios pertenecientes principalmente al régimen subsidiado de la EPS Savia Salud, un porcentaje muy bajo del régimen contributivo de la misma EPS, y otro porcentaje no muy bajo de población pobre no asegurada bajo el modelo de atención de vinculados (Población cubierta por la Dirección Local de Salud de Bello) (Rodríguez, 2011).

Las principales actividades de atención en salud son de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tanto en medicina general como en odontología, las cuales se prestan en 7 de las 8 sedes. Inicialmente se desarrollan bajo la resolución 412 del 2000 y sus modificaciones, que había establecido los procedimientos de las actividades de protección específica y detección temprana, al igual que la atención de las enfermedades de interés de Salud Pública. Con la resolución 3280 del 2018, se deroga la anterior resolución y establece un plazo de aplicación en la ESE a nivel Nacional. La resolución 3280 del 2018, establece las Rutas de promoción y mantenimiento de la salud por ciclos vitales y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) maternoperinatal, definiendo actividades individuales y colectivas para la población como la primera infancia, en el marco del Modelo Integral de

Atención en Salud (MIAS), basado en la gestión del riesgo anticipando a las enfermedades en este ciclo vital.

Las Rutas de promoción y mantenimiento de la salud, están dirigidas principalmente a la primera infancia e infancia. El manejo interdisciplinar y complejo de la Ruta de primera infancia, requiere ser documentada para la autoevaluación y monitoreo de la implementación a fin de convertir la ESE en referente para otras instituciones de salud.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué cambios conlleva la implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la primera infancia presente en la Resolución 3280 del 2018 en el periodo de enero-marzo del 2019 y 2020 en la ESE Bello Salud?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el proceso de implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la primera infancia presente en la Resolución 3280 del 2018, a partir de las diferencias encontradas entre lo ofertado en la ESE BelloSalud bajo la resolución 412 del 2000 y sus modificaciones, en el periodo de enero-marzo del 2019 y 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población de primera infancia del municipio Bello, afiliada a la EPS Savia Salud y se encuentre capitada en la ESE BelloSalud.
- Definir las diferencias entre los servicios prestados y los servicios estipulados por la resolución 3280 del 2018, con respecto a la atención de la población de primera infancia en la ESE BelloSalud.
- Describir el proceso de transición en la aplicabilidad de la resolución 3280 del 2018 con respecto a la población de primera infancia en el periodo de marzo del 2019 y marzo del 2020.
- Comparar el proceso de atención de la población infantil durante el periodo de enero a marzo del 2019, bajo la resolución 412 del 2000 y el periodo de enero-marzo del 2019 y 2020, bajo la resolución 3280 de 2018 en la ESE BelloSalud.

MARCO TEÓRICO

El concepto salud y promoción de la salud

El concepto de salud ha evolucionado a lo largo de los años, desde 1948, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS), expresó que era un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Panamericana de la Salud, 2018), hasta hoy, donde se considera un efecto de la secuencia de factores determinantes sociales, dependientes de múltiples sectores, además del sector salud (Tobergte & Curtis, 2013).

A partir de la carta de Ottawa y la declaración de Alma Ata, en 1986, cuando surgió la Atención primaria en Salud (APS). El concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad ha ido evolucionando también, desde un nivel básico de atención con base comunitaria (Alma Ata - 1986), la concepción de vida saludable (Declaración de Adelaida – 1988) y la Declaración de Astaná (2018) que renueva la APS como paso esencial para la cobertura universal a la salud (Camargo-Ramos & Pinzón-Villate, 2012; UNICEF, 2018)

Evolución del Sistema de Salud en Colombia

La Constitución Política Nacional de Colombia de 1991, establece el derecho a la salud y a la seguridad social consagrándolos como servicios públicos, relacionados con otros preceptos como son el derecho a la vida, protección del Estado a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta y se señala como finalidades del Estado el bienestar general, el mejoramiento de la calidad de

vida de la población y la solución de las necesidades insatisfechas de salud (Lucía & Arango, 2007). Desde la Constitución, la precisión de la salud como derecho y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se ha transformado. La Ley 100 de 1993 formula el SGSSS como mecanismo institucional y financiero para garantizar el acceso de los trabajadores a sus prestaciones (Camargo-Ramos & Pinzón-Villate, 2012), la Ley 1438 de 2011, fortaleció el SGSSS a través de un modelo de Atención Primaria en Salud, permitiendo el trabajo coordinado del Estado, las instituciones y la sociedad (Congreso de la República de Colombia, 2011). La Ley Estatutaria 1751 de 2015, establece la salud como derecho humano fundamental, obligando al Estado a garantizar y proteger el derecho de los colombianos y garantizar la integralidad de los servicios (Congreso de la República de Colombia, 2015).

La prestación de los servicios en salud en Colombia ha presentado variaciones desde el inicio de las leyes, no solo colombianas, sino a nivel de Latinoamérica. Colombia se acogió a los principios de la Carta de Ottawa en los años noventa, con la estrategia de “Municipios Saludables” (Camargo-Ramos & Pinzón-Villate, 2012). A partir del 2000, con la aparición de la resolución 412 del 2000, se adoptaron las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las actividades de detección temprana, protección específica y la atención de enfermedades de interés en salud pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2000). En el 2006, se estipularon los lineamientos nacionales para la aplicación y el desarrollo de las estrategias de entornos saludables, escuela saludable y vivienda saludable (Camargo-Ramos & Pinzón-Villate, 2012). Pero con la intención de disminuir la fragmentación del sistema, en especial las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad,

se generó un cambio drástico a la normatividad con la resolución 3280 del 2018, donde se definieron las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y las acciones de gestión de la salud pública, requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de los individuos, las familias y las comunidades, además cambió la metodología de programas a atención por ciclo vital y de forma intersectorial y participativa (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018)

Atención de la primera infancia en Colombia

La primera infancia es la etapa de la vida que va desde el nacimiento hasta los 6 años, y es considerada una etapa crítica, durante este período los niños adquieren las habilidades para pensar, hablar, aprender, razonar e interactuar con otros (Departamento Nacional de Planeación, 2004). Según la OMS (2009), es el periodo de crecimiento cerebral más intenso de toda la vida, afectando las esferas del desarrollo cognitivo, social y emocional, y esto, depende esencialmente de las influencias del entorno exterior - determinantes sociales (Camargo-Ramos & Pinzón-Villate, 2012).

A partir de la resolución 412 del 2000, la atención de los niños menores de 10 años en Colombia se desarrolla por medio del programa de crecimiento y desarrollo ejecutado por el profesional en medicina y enfermería, comprendiendo actividades de vigilancia, acompañamiento, detección temprana e intervención oportuna de problemas y factores de riesgo, como la prevención de enfermedades inmunoprevenibles con el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la tamización visual y la salud bucal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2000).

La resolución 3280 del 2018, deroga la anterior resolución cambiando el modo de atención por ciclos vitales: gestación (RIA maternoperinatal), primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultos y vejez. El abordaje propuesto en las rutas de promoción y mantenimiento de la salud (RPMS) durante la primera infancia incluye la valoración integral de la salud y el desarrollo, identificando tempranamente la exposición a factores de riesgo y detectando de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno, por parte del talento humano de medicina o enfermería. Adicionalmente, se desarrollan sesiones educativas individuales, grupales o familiares, indicadas de acuerdo con los hallazgos de la valoración, permitiendo potenciar las capacidades para el cuidado de la salud y gestionar los riesgos específicos identificados previamente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018)

Población Bellanita

El municipio de Bello cuenta con una población de 482,287 habitantes para el 2018, según la proyección DANE con los datos del censo de 2005, pero se estima que sobrepasa los 500,000 habitantes. El 99% de la población habita el 10% de la extensión del municipio, siendo la comuna siete (7) con la de mayor densidad, correspondiendo a los barrios Niquía y el Mirador. Además, tiene una tendencia al envejecimiento progresivo y la disminución de la tasa de natalidad (Tabla 1).

Tabla 1: Proporción de la población por ciclo vital, Bello 2005, 2017 y 2020.

Ciclo vital	2005		2017		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	42,102	11.3	46,268	9.8	47,937	9.6
Infancia (6 a 11 años)	44,859	12.1	46,064	9.7	48,08	9.6
Adolescencia (12 a 18 años)	49,425	13.3	56,291	11.9	57,558	11.5
Juventud (19 a 26 años)	53,146	14.3	72,655	15.3	74,684	14.9
Adultez (27 a 59 años)	154,868	41.7	208,769	44.1	222,641	44.5
Persona mayor (60 años y más)	27,228	7.3	43,376	9.2	49,225	9.8
TOTAL	371,625	100	476,423	100	500,125	100

Fuente: (Grupo Epidemiología y Sistemas de Información. 2018)

ESE BelloSalud

Para el 2020 según la base de estimaciones de las actividades de protección específica y detección temprana de la EPS SaviaSalud, el total de la población asignada al contrato entre EPS y prestador de servicios, BelloSalud, es de 83,932.

Al desconocer el total de la población objeto de estudio, se realiza una proyección aproximada, teniendo en cuenta que el total de la población afiliada corresponde al 16.78% de la población Bellanita. El 9.6% de la población corresponde a la primera infancia, según las proyecciones del análisis de situación de Salud de Bello, concerniendo a 8,057 niños.

METODOLOGÍA

El tipo de estudio mixta, es de tipo descriptivo de evaluación de un programa, crecimiento y desarrollo bajo la modalidad de la resolución 412 del 2000) y diseño de intervención del programa primera infancia al actualizar la intervención implementada a partir de la resolución 3280 de 2018 en la ESE BelloSalud, en el primer semestre de 2020. La población a la que está dirigida la intervención es la primera infancia, aproximadamente 8,057 niños.

Ante la exigencia del cumplimiento de los nuevos lineamientos estipulados por la resolución 3280 del 2018, se creó un comité de implementación de las Rutas de promoción y mantenimiento de la salud, conformado desde el mes de marzo/abril del 2019 por siete (7) de los líderes con mayor impacto en el proceso: Líder de los programas de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad (P y P), líder de vacunación, líder de odontología, líder médico de consulta externa y urgencias, líder de laboratorio y apoyo diagnóstico, líder de farmacia y líder de facturación y admisiones. El comité, se encargó de revisar la resolución 3280 del 2018 y extraer lo contemplado en esta, evaluando las diferencias con la resolución 412 de 2000 (Anexo 1). Según lo contratado con la EPS, construyó una cartilla de trabajo y el procedimiento de atención a la población de la primera infancia, con el cual se trabajará a partir del 1 de enero del 2020.

El líder médico por tener a cargo el personal con mayor impacto en los compromisos adquiridos con la EPS SaviaSalud y según las recomendaciones estipuladas en la resolución, decidió caracterizar el perfil de los médicos que se encargaran del programa. programa. Desde la dirección médica, se realizó:

1. Encuesta, de carácter confidencial, que reposa en los archivos de la institución. En la actividad mensual de septiembre, donde se dio a conocer el procedimiento de atención de la población de primera infancia e infancia al personal médico, se pasó una encuesta en físico con cuatro casillas, la primera con el nombre de cada uno de los médicos, las tres siguientes con la solicitud de dos programas con los que se sintiera cómodo en la ejecución de las atenciones (Riesgo cardiovascular, control prenatal y primera infancia e infancia) y la última casilla con la firma.
2. Auditoría de historias clínicas de los meses de julio, agosto y septiembre del 2019 a 28 médicos. Se evaluó tres historias clínicas por mes y por médico, para establecer un límite igualitario entre todo el personal. Se usó la plantilla de auditorías institucional (Anexo 2), con ítems entre la verificación de la anamnesis, antecedentes perinatales y sociales, Alimentación, estado vacunal, estado nutricional, valoración del neurodesarrollo con la aplicación de la Escala Abreviada del Desarrollo, Valoración del examen físico y la aplicación de recomendaciones, entre otros.
3. Revisión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones (PQRS) del trimestre julio a septiembre 2019.

En la reunión mensual del mes de noviembre y diciembre, se realizó socialización de la cartilla de trabajo, del procedimiento y la caracterización del perfil de cada uno de los médicos. Además, se realizó un taller individual con el personal médico y personal de enfermería que ejecutarán las actividades grupales para dar mayor viabilidad al inicio de la

implementación del programa desde el 2 de enero del 2020, primer día hábil del año para las actividades ambulatorias.

Los médicos asignados al programa de primera infancia, se encuentra distribuido en cada una de las sedes, por lo no se realiza ajuste en la conformación del personal de las sedes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la resolución N° 008430 de 1993 (4 de octubre 1993), en el artículo 11 de la misma, esta investigación es clasificada como **investigación sin riesgo**, ya que es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realizará 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: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Citamos el párrafo primero de esta resolución: “**PARAGRAFO PRIMERO.** En el caso de investigaciones con riesgo mínimo, el Comité de Ética en Investigación de la institución investigadora, por razones justificadas, podrá autorizar que el Consentimiento Informado se obtenga sin formularse por escrito y **tratándose de investigaciones sin riesgo**, podrá dispensar al investigador de la obtención del mismo.”(Ministerio de Salud y Protección Social, 1993)

Se anexa copia de la carta mediante la cual se firmó acuerdo de confidencialidad con la ESE BelloSalud (Anexo 3)

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para poder evaluar los resultados de un proceso de implementación de un programa, es primordial tener conocimiento de las características y el comportamiento de la población, para así tener la base para organizar y realizar las modificaciones pertinentes al programa.

La población afiliada a SaviaSalud y capitada a la ESE BelloSalud, es de 83,932 usuarios para el año 2019 según la información especificada en el documento de contratación EAPB - IPS. La base de datos, es desconocida por la ESE, por lo que se detalla los atributos de la población infantil inscrita en el primer semestre del 2019 (2,374 niños menores de 6 años). La población tiene una distribución del 51% de hombres, con un 34% correspondiente a los menores de 12 meses de la población menor de 6 años (Gráfico 1).

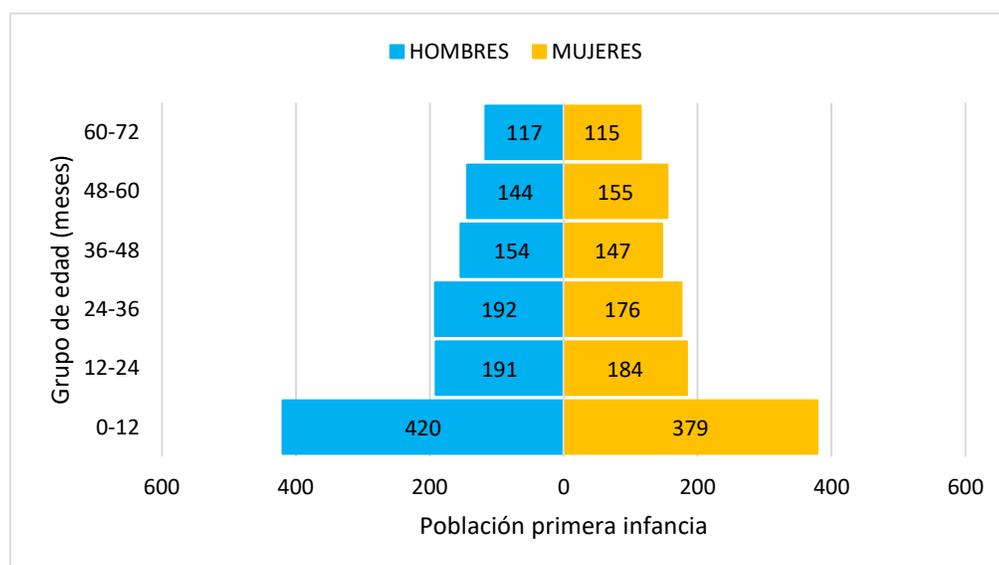


Gráfico 1: Pirámide poblacional Primera infancia Población afiliada a SaviaSalud

Fuente Software *DINÁMICA* ESE BelloSalud. Elaboración propia

Evaluando el tipo de documento, el 88.25% de la población tiene registro civil (Gráfico 2). El 6.28% tiene certificado de nacido vivo quien se encuentra en menores de 12 meses. La presencia de población menor sin identificación correspondiente al 2.78% de la población y la mayor proporción se encuentra entre los 36 y 60 meses de edad.

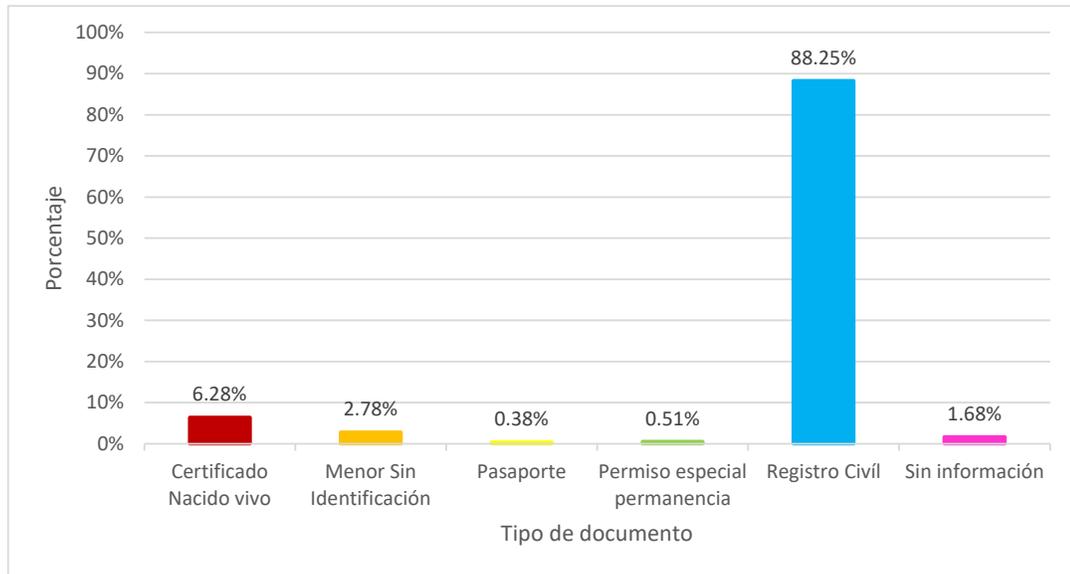


Gráfico 2: Distribución según tipo de documento Población afiliada a SaviaSalud

Fuente Software *DINÁMICA* ESE BelloSalud. Elaboración propia

Durante el proceso de transición en la ESE BelloSalud del programa crecimiento y desarrollo estipulado en la resolución 412 del 2000 e iniciar la implementación de los cambios correspondientes al programa de primera infancia estipulada en la resolución 3280 del 2018, se creó un comité de implementación, el cual revisó la resolución, extrajo lo contemplado en esta y lo que aplicaría a la ESE para dicho programa.

Dentro de los cambios más importantes hallados, el programa de crecimiento y desarrollo pasa a ser dividido en dos programas por ciclos, primera infancia que va desde los 8 días de

nacido a los 5 años, 11 meses y 29 días, e infancia, que va desde los 6 años a los 11 años, 11 meses y 19 días. La atención pasa de ser una atención fraccionada y por un solo profesional (enfermería o medicina), a ser una atención integral, donde no solo participa el médico general o especialista, sino también el profesional de enfermería, profesional en odontología y un profesional con conocimiento en lactancia materna como apoyo. Se fortalecen actividades educativas dentro del control en las diferentes áreas, las actividades de detección temprana o gestión del riesgo, no solo en la parte del neurodesarrollo (alteraciones antropométricas, visuales y bucales), también en áreas de desarrollo psicosocial como abuso sexual, violencia intrafamiliar, autismo; y las actividades de protección específica como son la vacunación, la aplicación de flúor, detartraje, etc.

De esta revisión se generaron dos archivos base para la función del programa a nivel institucional.

1. Se desarrolló una cartilla de trabajo, denominada **“CARTILLA RUTA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD”** (Anexo 4). Como se observa en la tabla 2, tiene los componentes de las diferentes rutas de atención, incluyendo programas.
 - Procedimiento/ consultas: Actividades a realizar en cada uno de los ciclos definidos por la resolución.
 - Código CUPS: Códigos determinados por la resolución como medio de clasificación unificada de cada uno de los procedimientos a realizar.

- RIPS: provee los datos mínimos y básicos que se requieren para hacer seguimiento al Sistema de Prestaciones de Salud en el SGSSS, como soporte de cada una de las actividades realizadas.
- Código CIE 10: Código diagnóstico a usar en cada una de las actividades.
- Tipo de diagnóstico
- Causa externa: Clasificación de la causal de consulta.
- Finalidad consulta: Objetivo relacionado a la causal de consulta.
- Finalidad procedimiento
- Ámbito
- Observaciones: Demas componentes que se deben tener en cuenta en la realización de las actividades y dentro del desarrollo del procedimiento.

Tabla 2: Ruta de promoción y mantenimiento de la salud primera infancia - ESE BelloSalud

7. PROGRAMA PRIMERA INFANCIA																		
Niños y niñas entre los 7 días y los 5 años, 11 meses y 29 días de edad																		
PROCEDIMIENTO/ CONSULTAS	CUPS	CODIGO CIE 10	TIPO DE DIAGNOSTICO	CAUSA EXTERNA	FINALIDAD CONSULTA	FINALIDAD PROCEDIMI	AMBITO	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN MESES(M) AÑOS(A)										
								1M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-18 M	18-23M	24-29 M	30-35 M	3A	4A
ATENCIÓN INTEGRAL	Atención en salud por medicina general o especialista en pediatría o medicina familiar	890201-7						890201-7		890201-7			890201-7		890201-7		890201-7	
PROTECCIÓN ESPECIFICA	Atención en salud por profesional de enfermería	890205-7							890205-7			890205-7		890205-7		890205-7		
	Atención en salud bucal por profesional en odontología	890203-7	K051														890203-7 → 1 vez al año a partir de los 6 meses de edad	
	Atención por profesional de enfermería, medicina general o nutrición para la promoción y apoyo de la lactancia materna	890305-7						890305-7	SEGÚN HALLAZGOS Y CRITERIOS DEL PROFESIONAL.								Implementación en forma progresiva en un plazo máximo de 3 años (Resolución 276/2019)	
	Tamizaje para Hemoglobina	902213-7								902213-7							Según el riesgo identificado - Una vez	
	Aplicación de barniz de fluor	997106-7	Z012										997106-7				Semestral a partir del año de edad	
	Profilaxis y remoción de placa bacteriana	997310-7	Z012											997310-7			Semestral a partir del año de edad	
	Aplicación de sellantes	997102-7	Z012													997102-7	A partir de los 3 años según criterio del profesional	
	Vacunación	993																X
	Fortificación casera con micronutrientes en polvo																	Implementación en forma progresiva en un plazo máximo de 3 años (res. 276/2019)
	Suplementación con micronutrientes																	A partir de los dos años de edad, dos veces al año
Suplementación con hierro																	En caso de madres con antecedentes de bajo peso para la edad gestacional y/o delgadez durante el periodo de lactancia, se recomienda administrar al niño, desde el nacimiento un suplemento que aporte 1mg/kg/día de hierro elemental hasta que se introduzca la alimentación complementaria adecuada. En caso de que el niño o la niña a término sea alimentado desde el nacimiento con fórmula lactea, se recomienda NO ADMINISTRAR suplemento de hierro	
Desparasitación intestinal antihelmintica																	A partir del año de edad, dos veces al año, junto con la suplementación	
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	Educación individual x medico	990201-7															Según valoración y criterio del profesional se establecieron los contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud	
	Educación individual x enfermera	990204-7															Según valoración y criterio del profesional se establecieron los contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud	
	Educación individual x odontologo	990203-7															Según valoración y criterio del profesional se establecieron los contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud	
	Educación grupal x medico	990101-7															Según valoración y criterio del profesional se establecieron los ciclos y contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud, se debe derivar a POR LO MENOS 2 CICLOS EDUCATIVOS	
	Educación grupal x enfermera	990104-7																
	Educación grupal x odontologo	990103-7	Z012															
Educación grupal x higienista	990112-7	Z012																

Fuente Resolución 3280 del 2018. Elaboración propia

2. Se produjo un documento denominado **“PROCEDIMIENTO DE ATENCION AL USUARIO EN PRIMERA INFANCIA E INFANCIA”**, (Anexo 5) donde se determina los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud para la población menores de 6 años (Primera infancia) y entre los 6 años y 11 años (infancia) y se establecen las directrices para su operación.

Se estableció la ejecución de los ingresos por parte del personal médico de manera individual, cualquier día de la semana con una duración de 30 minutos, según disponibilidad de agenda. Los controles grupales de manera multidisciplinaria, con la participación de auxiliar de enfermería, personal de vacunación, enfermería profesional, médico general, odontología o higienista, en caso de no poderse la participación de odontología, los días martes y jueves, divididos en cuatro grupos en los horarios 7:00 am, 10:00 am, 1:00 pm y 3:00 pm. Controles grupales distribuidos así: Cuatro niños (as) en los grupos de edades hasta los 29 meses y seis niños (as) en mayores de 30 meses hasta los 72 meses. En los centros de salud que se requiere un día adicional, se agendará el miércoles, en el mismo horario. Los controles individuales los pueden realizar tanto el personal médico como enfermería profesional, según la edad del paciente y quedaran destinados en los casos que sea requerido o para quienes soliciten el servicio de manera particular.

Desde la dirección médica, para la definir el perfil del personal médico se realizó una encuesta en la que dos médico eligieron como primera opción ser médicos del programa de primera infancia. Se realizó auditoría de historias clínicas obteniéndose 7 médicos con la calificación por encima del 85% en el trimestre de julio a septiembre de 2019, revalidando los dos médicos que en la encuesta denotaron su afinidad con el programa. Se revisó la base de PQRS del

trimestre julio a septiembre 2019, donde no se encontró ningún tipo de queja de los 7 médicos anteriormente elegidos.

Al evaluar y comparar la atención de la población menor de 5 años en el primer trimestre del 2019 y 2020, según los movimientos generados en las agendas médicas en el software *DINÁMICA*, se puede decir que, durante el trimestre de enero a marzo del 2019, se agendaron 1056 actividades de crecimiento y desarrollo. Acorde con lo que estipulaba la resolución 412 del 2000, el 74.34% corresponden a actividades de usuarios menores de 10 años: 67.62% menores de 6 años y 6.72% entre los 6 y 9 años (Gráfica 3). Desde 2 de enero de 2020, se dio inicio a la nueva dinámica de trabajo acorde a la resolución 3280 del 2018, realizándose ingresos individuales por médico y los controles grupales de manera multidisciplinaria, se realizaron 1984 actividades de primera infancia, con el 82.11% corresponden a actividades en usuarios menores de 6 años (Gráfica 4).

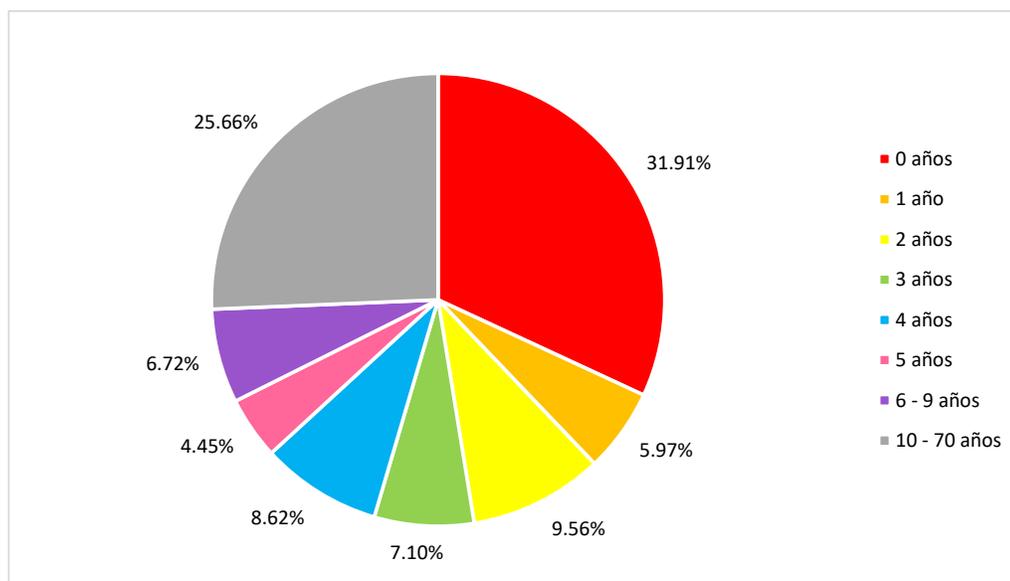


Gráfico 3: Distribución por edades de las atenciones agendadas en el programa de crecimiento y desarrollo Periodo Enero – Marzo 2019

Fuente Software *DINÁMICA* ESE BelloSalud. Elaboración propia

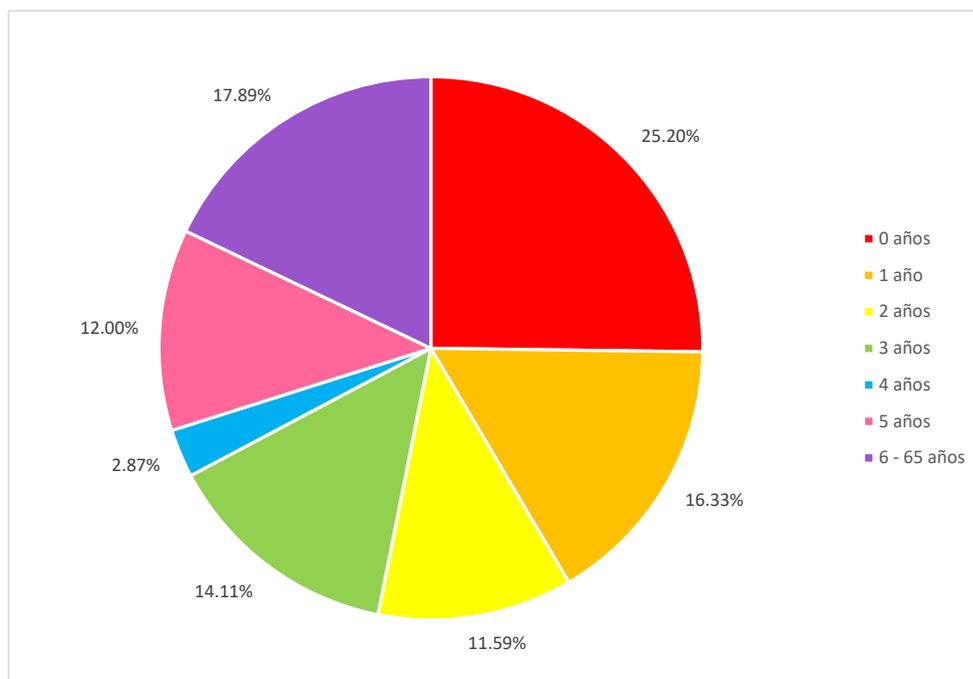


Gráfico 4: Distribución por edades de las atenciones agendadas en el programa de primera infancia Periodo Enero – Marzo 2020

Fuente Software *DINÁMICA* ESE BelloSalud. Elaboración propia

Según las gráficas 5 y 6, el comportamiento de la población menor de 6 años es similar en ambos trimestres, la mayor proporción corresponde a las mujeres el 53.23% en el 2019 y el 50.25% en el 2020. Además, de mayor número de usuarios en el rango de edad menores de 12 meses. Aunque por la presencia de los errores en la generación de la agenda, según las gráficas 3 y 4 (25.66% en el 2019 y 17.89% en el 2020 población de edad no correspondiente con el programa), puede alterar la caracterización real de la población.

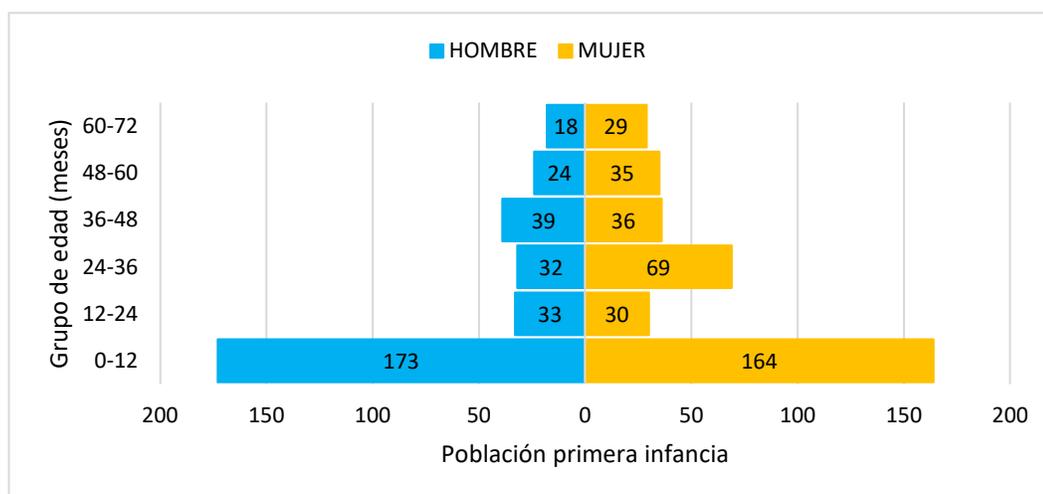


Gráfico 5: Pirámide poblacional Primera infancia Periodo Enero – Marzo 2019

Fuente Software *DINÁMICA* ESE BelloSalud. Elaboración propia

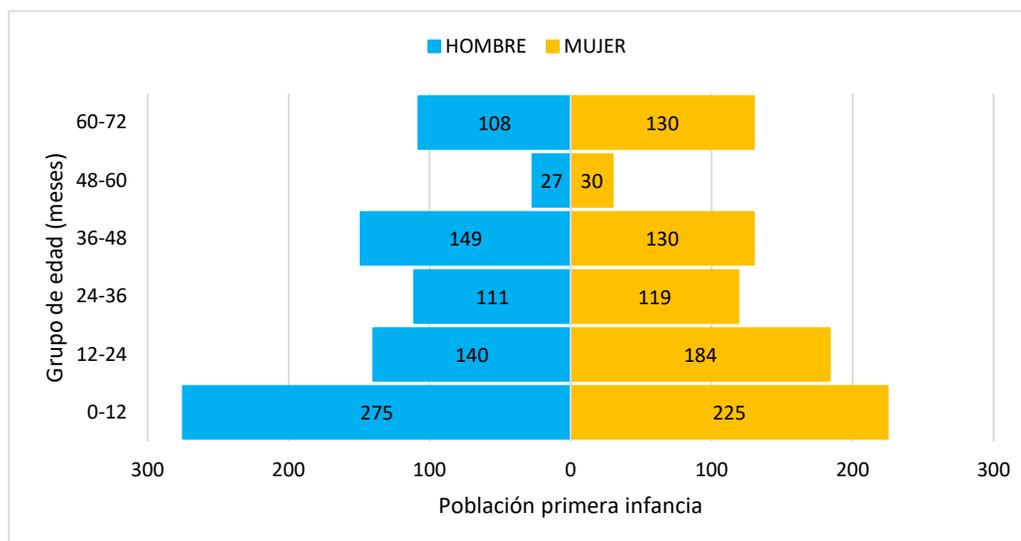


Gráfico 6: Pirámide poblacional Primera infancia Periodo Enero – Marzo 2020

Fuente Software *DINÁMICA* ESE BelloSalud. Elaboración propia

En ambos trimestres, la mayor proporción de la población cuenta con registro civil, en un 94.56% en el 2019 y un 96.50% en el 2020, con lo que se puede decir, que se logra establecer la identidad del niño y con ello, garantizar el derecho a tener un origen, una nacionalidad y amparar los demás derechos humanos.

Las actividades realizadas por los médicos en el programa son los ingresos, controles individuales y controles grupales. En el trimestre del 2019, el 77.73% correspondiente a las actividades de ingreso (Tabla 3). Se observa que las atenciones grupales corresponden al 4.48% y no están asignados a pacientes, sino como espacio separado, desconociéndose el número real de pacientes atendidos en esta modalidad.

Tabla 3: Distribución por tipo de actividad de las atenciones en población menor de 6 años Periodo Enero – Marzo 2019

TIPO DE ACTIVIDAD	TOTAL	%
Consulta de PYP control de crecimiento y desarrollo por medico	127	17.79%
Consulta PYP ingreso a crecimiento y desarrollo	555	77.73%
Crecimiento y desarrollo grupal por medico	32	4.48%
Total general	714	100%

Fuente Software *DINÁMICA* ESE BelloSalud. Elaboración propia

Para el trimestre del 2020, se observa solo ingresos y controles grupales. No se observan agendas de controles individuales. La mayor proporción con 65.01% son las actividades grupales con dos nombres diferentes al agendar (Tabla 4). Se presentó en el 19.16% de las agendas grupales como espacio bloqueado en el mes de enero, como adaptación al cambio.

Tabla 4: Distribución por tipo de actividad de las atenciones en población menor de 6 años Periodo Enero – Marzo 2020

TIPO DE ACTIVIDAD	TOTAL	%
Consulta PYP ingreso a crecimiento y desarrollo	570	34.99%
Control grupal por medico (1ra infancia e infancia)	856	52.55%
Crecimiento y desarrollo grupal por medico	203	12.46%
Total general	1629	100%

Fuente Software *DINÁMICA* ESE BelloSalud. Elaboración propia

Según la tabla 5, en el trimestre del 2019 el cumplimiento de las citas es del 65.54%, registrándose un decrecimiento desde el mes de enero con 73.00% a 57.48% para el mes de marzo. En ese trimestre se presentó una disminución marcada de la planta global médica en la ESE. El porcentaje de incumplimiento de las citas se logró reducir de un 17.00% en enero a un 15.42% en marzo, pero el porcentaje de cancelación de citas tuvo una tendencia ascendente (Gráfico 9).

Tabla 5: Distribución por estado de la cita de las atenciones en población menor de 6 años Periodo Enero – Marzo 2019

ESTADO DE LA CITA	TOTAL	%
Cancelada	127	18.62%
Cumplida	447	65.54%
Incumplida	108	15.84%
Total general	682	100%

Fuente Software *DINÁMICA* ESE BelloSalud. Elaboración propia

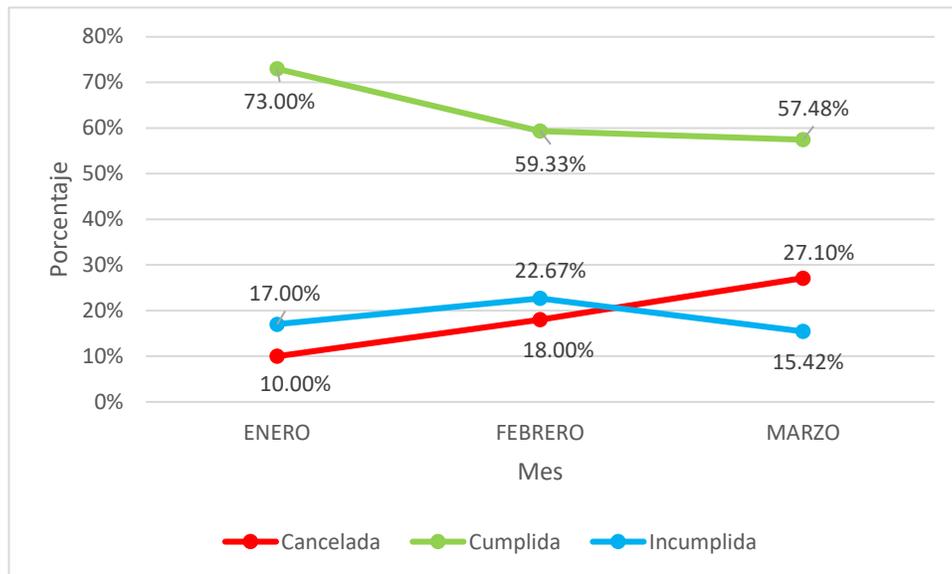


Gráfico 7: Distribución del estado de la cita según el mes Periodo Enero – Marzo 2019

Fuente Software *DINÁMICA* ESE BelloSalud. Elaboración propia

En el trimestre del 2020, el cumplimiento de las citas es del 56.05% (Tabla 6). Según la gráfica 10, en el mes de enero el cumplimiento es del 48.73%, incumplimiento del 18.78% y cancelación de las citas 32.49%, mientras se realiza inicio de la implementación de la nueva estructura funcional del programa, al comparar con el mes de febrero el cumplimiento es del 62.37% (incrementó un 13.64%), incumplimiento del 22.52% (incremento del 9.9% con el mes anterior) y el porcentaje de cancelación es de 15.11% (decrecimiento del 17.38%), con mejoría de los resultados de la implementación. Al analizar el mes de marzo, se observa un incremento de la cancelación e incumplimiento de las citas, y en especial un cumplimiento por debajo de la inicial en enero, puesto que desde el 6 de marzo se informó la llegada de la pandemia por SARS COV-2 (COVID-19), que afecta la ejecución adecuada del programa: Decreto de cuarentena pudo generar el incumplimiento de las citas de ingresos y de las citas grupales cuando no se habían cancelado y cancelación de las actividades grupales posterior a la determinación de que no se podían generar reuniones.

**Tabla 6: Distribución por estado de la cita de las atenciones en población menor de 6 años
Periodo Enero – Marzo 2020**

ESTADO DE LA CITA	TOTAL	%
Cancelada	367	22,53%
Cumplida	913	56,05%
Incumplida	349	21,42%
Total general	1629	100%

Fuente Software *DINÁMICA* ESE BelloSalud. Elaboración propia

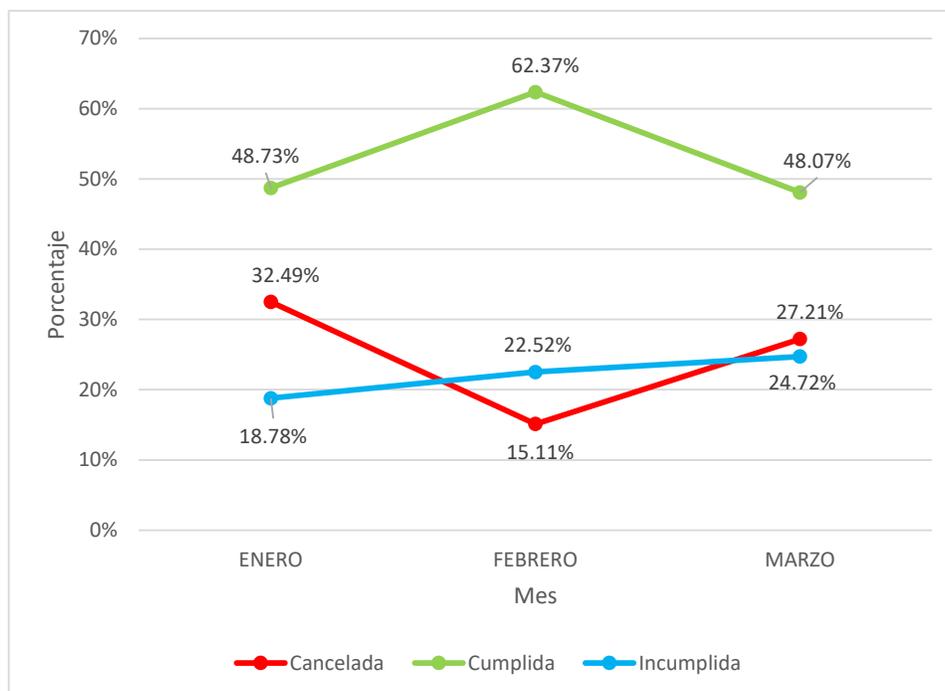


Gráfico 8: Distribución del estado de la cita según el mes Periodo Enero – Marzo 2020

Fuente Software *DINÁMICA* ESE BelloSalud. Elaboración propia

En ambos trimestres, el mayor porcentaje en el centro de salud Playa Rica en donde se estipuló un tercer día para las actividades grupales, y en menor porcentaje en el centro de salud San Félix, donde se presta atención médica tres días a la semana y no se realizan actividades grupales (Tablas 7 y 8).

Tabla 7: Distribución por centro de salud de las atenciones cumplidas en población menor de 6 años Periodo Enero – Marzo 2019

CENTRO DE SALUD	TOTAL	%
Centro De Salud Fontidueño	61	13.65%
Centro De Salud Maruchenga	23	5.15%
Centro De Salud Mirador	84	18.79%
Centro De Salud París	72	16.11%
Centro De Salud Playa Rica	113	25.28%
Centro De Salud San Félix	3	0.67%
Centro De Salud Zamora	91	20.36%
Total general	447	100%

Fuente Software *DINÁMICA* ESE BelloSalud. Elaboración propia

Tabla 8: Distribución por centro de salud de las atenciones cumplidas en población menor de 6 años Periodo Enero – Marzo 2020

CENTRO DE SALUD	TOTAL	%
Centro De Salud Fontidueño	136	14.90%
Centro De Salud Maruchenga	79	8.65%
Centro De Salud Mirador	169	18.51%
Centro De Salud París	176	19.28%
Centro De Salud Playa Rica	226	24.75%
Centro De Salud San Félix	3	0.33%
Centro De Salud Zamora	124	13.58%
Total general	913	100%

Fuente Software *DINÁMICA* ESE BelloSalud. Elaboración propia

CONCLUSIONES

Al iniciar la implementación de las nuevas estrategias de trabajo del programa de primera infancia, se observa:

1. Incremento del 15% de las atenciones adecuadamente agendadas/facturadas.
2. Incremento del 61% de la identificación adecuada de los pacientes en los controles grupales.
3. Adecuada disposición desde el principio de la creación del procedimiento de primera infancia de estipular el aumento en un día (miércoles) los controles grupales en el centro de salud Playa Rica, la cual se encuentra cercana a la comuna 7 (Comuna de mayor densidad poblacional de Bello).
4. Se permitió la capacitación de todo el personal de la ESE para el adecuado funcionamiento del programa.
5. Se propició la creación de documentación soporte de las actividades de primera infancia
6. La pandemia por COVID-19 alteró el funcionamiento del programa, como la presencia de incumplimiento de citas, cancelación de los controles grupales.
7. Permitted evidenciar falencias en el seguimiento adecuado de un programa por medio de indicadores de cumplimiento.
8. El desconocimiento de la población a atender conlleva a no tener un adecuado cumplimiento y seguimiento de indicadores para la EAPB.

RECOMENDACIONES

Para la situación anteriormente mencionada, se considera las siguientes recomendaciones:

1. Solicitar la base de datos mes a mes de la población capitada por parte de la EPS SaviaSalud, en el que se pueda conocer realmente la población total a la que le confiere la realización de los diversos procesos de atención.
2. Realizar la variabilidad de la población (que no debe ser mayor de 10%), con ello realizar ajuste a los indicadores de cumplimiento. Entre ellos se evaluaría la población flotante de los contributivos que son reportados un mes si y al otro no por la variación del pago a la EPS.
3. Realizar ajuste a los indicadores de cumplimiento según la variabilidad de la población.
4. Evaluar la cobertura brindada con el programa, al realizar el seguimiento según base de datos y atenciones realizadas.
5. Posterior a la normalización de las actividades del programa, realizar una nueva evaluación para realizar los ajustes necesarios al procedimiento del programa de primera infancia.
6. Realizar auditoría recurrente del personal asignado al programa, para poder realizar un acompañamiento más cercano al cumplimiento de indicadores y articulación del programa.
7. Evaluar el impacto en los indicadores de primera infancia estipulados por el Ministerio de Salud y protección Social, generando una línea de base y posteriores seguimientos:

- a. Cobertura de vacunación con DPT tres dosis en menores de 1 año
- b. Cobertura de vacunación con triple viral en niños y niñas de 1 año
- c. Cumplimiento en la consulta de control de crecimiento y desarrollo por enfermera
- d. Porcentaje de hospitalización en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)
- e. Porcentaje de hospitalización en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA)
- f. Porcentaje de menores de 5 años que asistieron a las consultas de crecimiento y desarrollo requeridas según la edad
- g. Porcentaje de niños entre 6 meses y 6 años con suplementación con micronutrientes y adherencia al tratamiento
- h. Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años víctimas del conflicto armado con EDA
- i. Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años víctimas del conflicto armado con IRA
- j. Porcentaje de reingreso hospitalario por IRA en menores de 5 años
- k. Tasa de mortalidad en menores de 5 años
- l. Tasa de mortalidad estimada en menores de 5 años

BIBLIOGRAFÍA

- Camargo-Ramos, C. M., & Pinzón-Villate, G. Y. (2012). La promoción de la salud en la primera infancia: Evolución del concepto y su aplicación en el contexto internacional y nacional. *Rev Fac Med.Suplemento*, 60(11), 62–74. Retrieved from <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/35477>
- Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438 del 2011* (p. 51). p. 51. Retrieved from [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY 1438 DE 2011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_1438_DE_2011.pdf)
- Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria de Salud: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Retrieved from [http://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley Reforma a la Salud/Texto de Ley Estatutaria aprobado por el Congreso-junio-20-2013.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley_Reforma_a_la_Salud/Texto_de_Ley_Estatutaria_aprobado_por_el_Congreso-junio-20-2013.pdf)
- Departamento Nacional de Planeación. (2004). Primera infancia. *Investigación En Salud*, VI(1), 4–6. Retrieved from <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/políticas-sociales-transversales/Paginas/primera-infancia.aspx>
- Grupo Epidemiología y Sistemas de Información. (2018). *Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud del municipio de Bello – Antioquia, 2017*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Lucía, A., & Arango, V. (2007). *Nuevas dimensiones del concepto de salud: El derecho a la salud en el Estado Social de Derecho*. 12, 63–78.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2000). *Resolución 412 del 2000*. 2000(febrero 25).

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021* (p. 538). p. 538.

Organización Panamericana de la Salud. (2018). INDICADORES DE SALUD: Aspectos conceptuales y operativos (Sección 2). Retrieved October 9, 2019, from 2018 website: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=es

República de Colombia. (2012). *De cero a siempre. Atención integral a la primera infancia* (p. 32). p. 32.

Rocha Buelvas, A. (2010). Antecedentes históricos de la seguridad social en salud: parte de la construcción de un país sin memoria. *CES Odontología / Instituto de Ciencias de La Salud*, Vol. 23, pp. 67–70. <https://doi.org/10.21615/649>

Rodríguez, R. (2011). Reseña histórica ESE BelloSalud. Retrieved October 10, 2019, from Telos website: <https://eseBelloSalud.gov.co/web/index.php/la-entidad/resena-historica>

Tobergte, D. R., & Curtis, S. (2013). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>