

Diez años de logros del programa de Enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana en comunidades vulnerables de Medellín y el área metropolitana

Ten years of achievements of the nursing program at the Universidad Pontificia Bolivariana in vulnerable communities in Medellín and the Metropolitan Area

Dez anos de ganhos do programa de enfermagem da Universidade Pontificia Bolivariana em comunidades vulneráveis de Medellín e da Área Metropolitana

Andrés Felipe Tirado Otálvaro¹; Gloria Lopera Castro²; Beatriz López Montoya³; Clemencia Londoño Arboleda⁴; Carolina Echeverri Tamayo⁵.

RESUMEN

Objetivo: describir las actividades realizadas en la práctica de legislación y gestión de la salud pública de la Facultad de Enfermería de la UPB en Medellín y algunos municipios del área metropolitana durante los años 2000 a 2009.

Metodología: estudio descriptivo retrospectivo, en el que se revisaron los diarios de campo contenidos en 150 libros, producto del registro de las experiencias de los estudiantes en las comunidades atendidas en Medellín y algunos municipios de su área metropolitana entre los años 2000 y 2009. Se incluyeron variables sociodemográficas, de salud y de logros obtenidos. Se hizo un análisis estadístico descriptivo a través de medidas de frecuencia absoluta y relativa.

Resultados: se atendieron 6.029 personas en los municipios de Medellín, Girardota, Copacabana, Caldas, Barbosa y Bello. Se enseñaron medidas relacionadas con estilos de vida saludables; se brindó cuidado integral y se realizaron actividades de inducción a la demanda y gestión con Secretarías municipales para el acceso a servicios como subsidios de vivienda, discapacidad, tercera edad, violencia y maltrato intrafamiliar, acompañamiento agropecuario, cobertura educativa de niños y jóvenes desescolarizados, entre otras.

Conclusiones: la labor que tienen los profesionales de enfermería en el ámbito social comunitario es fundamental, así como la interacción a través de los mecanismos de participación comunitaria y las redes de apoyo social.

Palabras clave: atención primaria de salud; enfermería en salud comunitaria; salud pública.

ABSTRACT

Objective: To describe the activities carried out in the law and public health management practicum at the UPB School of Nursing in Medellín and some municipalities in the metropolitan area between 2000 and 2009.

-
- 1 Profesor asociado, Enfermero, Magíster en Epidemiología, Grupo de Investigación en Cuidado. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia
 - 2 Profesora Titular, Enfermera, Especialista en Desarrollo Social. UPB. Medellín, Colombia
 - 3 Enfermera, Clínica León XIII. Medellín, Colombia
 - 4 Enfermera, Clínica León XIII. Medellín, Colombia
 - 5 Enfermera Clínica Somer, Rionegro, Colombia

Dirección de correspondencia: Andrés Felipe Tirado Otálvaro. Correo electrónico: felipe.tirado@upb.edu.co

Fecha de recibido: 21 de abril de 2012

Fecha de aprobación: 7 de septiembre de 2012

Methods: Retrospective descriptive study involving the review of all the field journals contained in 150 books, which are a product of the recorded experiences of students who attended communities in Medellín and other municipalities within the metropolitan area between 2000 and 2009. Sociodemographic, health and achievement variables were included. Descriptive statistical analysis was performed through measurements of absolute and relative frequency.

Results: Six thousand twenty-nine people were attended in the cities of Medellín, Girardota, Copacabana, Caldas, Barbosa and Bello. Healthy lifestyle strategies were taught, comprehensive care was provided and introductory activities based on demand and management activities were done with Municipal Departments in order to gain access to services related to issues such as housing allowances, disability, elderly, violence and domestic abuse, agricultural support, education for unschooled children and youth, among others.

Conclusions: The job of professional nurses within the community is fundamental as well as the interaction through community participation and social support networks.

Keywords: primary health care; community health nursing; public health.

RESUMO

Objetivo: descrever as atividades realizadas na prática de legislação e gestão da saúde pública da Faculdade de Enfermaria da UPB em Medellín e alguns municípios do área metropolitana durante os anos 2000 a 2009.

Metodologia: estudo descritivo retrospectivo, no qual se revisaram todos os diários de campo contidos em 150 livros, produto do registo das experiências dos estudantes nas comunidades atendidas em Medellín e alguns municípios de sua área metropolitana entre o ano 2000 e o 2009. Incluíram-se variáveis sócio-demográficas, de saúde e de lucros obtidos. Realizou-se uma análise estatística descritivo através de medidas de frequência absoluta e relativa.

Resultados: atenderam-se 6029 pessoas nos municípios de Medellín, Girardota, Copacabana, Caldas, Barbosa e Belo. Ensinaram-se medidas relacionadas com estilos de vida saudáveis; brindou-se cuidado integral e se realizaram atividades de indução à demanda e gestão com Secretarias Municipais para o acesso a serviços como subsídios de moradia, incapacidade, terceira idade, violência e maltrato intrafamiliar, acompanhamento agropecuário, cobertura educativa de meninos e jovens não escolarizados entre outras.

Conclusão: o labor que têm os profissionais de enfermaria no âmbito social comunitário é fundamental, bem como a interação através dos mecanismos de participação comunitária e as redes de apoio social.

Palavras chave: atenção primária à saúde; enfermagem em saúde comunitária; saúde pública.

INTRODUCCIÓN

La salud pública busca garantizar la salud de la población por medio de acciones dirigidas a la colectividad y al individuo y es un indicador de mejores condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país con la rectoría del Estado y la participación responsable de todos los sectores¹.

Por su formación académica, el profesional de Enfermería es quien tiene el perfil para trabajar la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en el ámbito comunitario^{2,3}, sin embargo, debido a los cambios generados

por la implementación de la Ley 100 de 1993 en Colombia, este recurso fue excluido de la planta de cargos de los hospitales⁴. Las comunidades intervenidas por los estudiantes de Enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB) son altamente vulnerables, con limitado equipamiento comunitario, escaso poder adquisitivo y dificultades para acceder a los servicios de salud.

La UPB forma Enfermeros íntegros con fundamentación científica, ética, compromiso, liderazgo, y capacidad para promover desarrollo en todos los ámbitos; cuidar la salud de las

personas, familias y comunidades a través de acciones asistenciales, educativas, investigativas y de gestión, orientadas hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación y la rehabilitación⁵.

Una preocupación permanente sobre la formación de los estudiantes, ha sido el nuevo modelo de atención en salud colombiana, que incluye procedimientos ambulatorios, situación que implica delegar a la familia o al paciente procedimientos para los cuales no están preparados, lo que produce angustia y estrés. Los cursos de Salud Pública de la Facultad de Enfermería, desarrollan de manera transversal conceptos integrales y realizan diagnósticos comunitarios, en coordinación con los entes gubernamentales locales⁶ para dar respuesta a esta problemática.

Al terminar su formación, los estudiantes están en capacidad para desarrollar proyectos de promoción de la salud, basados en los diagnósticos de las comunidades estudiadas; priorizan necesidades de salud en individuos, familias y colectivos y hacen visitas domiciliarias en las que valoran al grupo familiar, inducen la demanda a servicios de salud del primer nivel de atención, identifican e intervienen situaciones problema, remiten pacientes a instituciones de salud y brindan cuidado integral. Así mismo, establecen la red social de apoyo de acuerdo con la realidad de cada familia⁷.

Las actividades efectuadas en el último semestre, fueron registradas en diarios de campo, que, a su vez, son el insumo para evidenciar los logros alcanzados con las familias⁸. Esta investigación tiene como objetivo describir las actividades realizadas dentro de la práctica de legislación y gestión de la salud pública de Enfermería de la UPB en Medellín y algunos municipios del área metropolitana durante los años 2000 a 2009.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo retrospectivo, en el que se revisaron datos provenientes de fuentes secundarias.

Población

Todos los diarios de campo contenidos en 150 libros producto del registro de las experiencias de los estudiantes del décimo semestre de Enfermería de la UPB que realizaron la práctica "Gestión de la Salud Pública" entre los años 2000 a 2009 en las comunidades intervenidas.

Variables

Sociodemográficas: sexo, edad, residencia y escolaridad.

Salud: afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Sgsss) y enfermedades más frecuentes.

Logros: inducción a la demanda de los programas de promoción y prevención, remisiones a consulta médica general y especializada, gestión con las diferentes Secretarías municipales, instituciones públicas y privadas.

La recolección de la información se hizo tras un proceso de capacitación y estandarización en la aplicación del instrumento, posteriormente se leyeron todos los diarios de campo.

Análisis estadístico

La información fue procesada y analizada en el programa SPSS® versión 17.0 (SPSS Inc; Chicago, Illinois, USA). Se hizo análisis estadístico descriptivo a través de medidas de frecuencia absoluta y relativa. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la UPB.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Los diarios reportan 6.029 personas atendidas en los municipios del área metropolitana del Valle de Aburrá, a través de visitas domiciliarias. 53.2% está conformado por mujeres; el grupo etáreo más representativo fue el de 25 a 44 años con un 24.6%; el estado civil más frecuente fue soltero con un 51.6%. Otras características sociodemográficas se encuentran en la Tabla 1.

En relación con el nivel de escolaridad, el 62.3% se encontraban en proceso de formación; el 26% tenía primaria completa y el 6.9% bachillerato completo. Llama la atención que el 3.4% de las personas atendidas era analfabeta, cuatro personas tenían estudios de educación superior y 11 estudios de postgrado.

Sobre la afiliación al Sgsss, se encontró que el 70.3% se encontraba en el sistema de clasificación de beneficiarios de Colombia Sisben, el 18% pertenecía al régimen subsidiado en salud, 9.8% al régimen contributivo y el 1.9% era población pobre no identificada.

Tabla 1. Variables sociodemográficas.

Variable	No.	%	Variable	No.	%			
Sexo n = 6029	Masculino	2750	45.6	Grupo etáreo n = 4342*	Hasta 5	129	3.0	
	Femenino	3206	53.2		De 6 a 14	1057	24.3	
	Sin dato	73	1.2		De 15 a 24	767	17.7	
					De 25 a 44	1237	28.5	
Estado civil n = 3034*	Soltero	1565	51.6		De 45 a 60	676	15.6	
	Casado	1208	39.8		Mayores de 60	476	11.0	
	Divorciado	2	0.1		Municipio n = 6029	Medellín	2945	48.8
	Unión libre	126	4.2			Girardota	1004	16.7
	Viudo	79	2.6			Copacabana	1590	26.4
Separado	54	1.8	Caldas			189	3.1	
			Barbosa	83		1.4		
			Bello	218	3.6			

*Sólo se obtuvo información de estas personas, los demás datos no fueron registrados en los diarios de campo.

Características de salud

De las personas atendidas el 36% manifestó algún problema de salud en el momento de la visita; las enfermedades más frecuentes fueron las del sistema cardiovascular, se destaca la hipertensión arterial y las dislipidemias con un 24.6%; seguidas por enfermedades generales dentro de las cuales se clasificaron las virosis y los cuadros febriles con un 13.8%; las enfermedades del sistema respiratorio alcanzaron un 11.8% y en éstas se clasificaron las neumonías, bronquitis y tuberculosis, entre otras; la clasificación de enfermedades por sistemas se encuentra en la Tabla 2.

Educación para la salud

Los estudiantes tienen como labor fundamental, durante las visitas familiares, evaluar los conocimientos de las comunidades en relación con el proceso salud - enfermedad, con el fin de brindar herramientas para el mantenimiento de la salud.

La información de los diarios de campo reportó que en el 21.8% de las visitas se enseñó sobre

Tabla 2. Enfermedades por sistema.

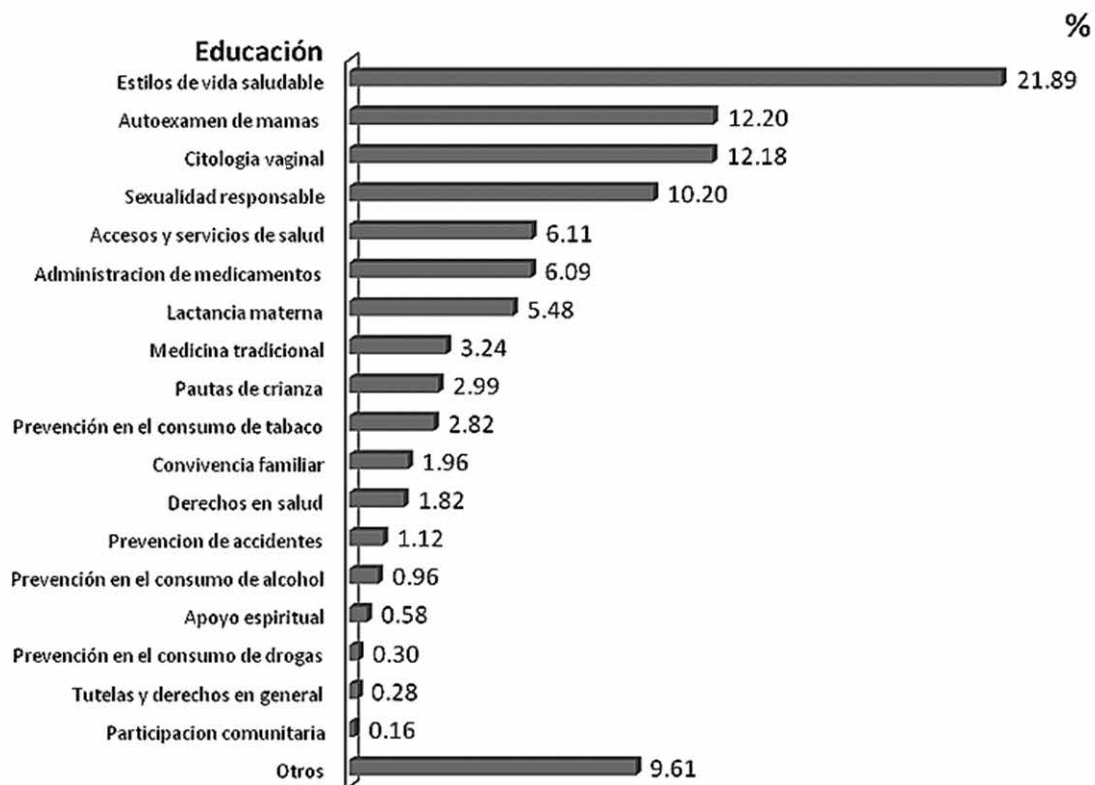
Sistema	No.	%
Cardiovascular	534	24.6
Enfermedad general	300	13.8
Tracto respiratorio	256	11.8
Tracto gastrointestinal	185	8.5
Sistema osteomuscular	184	8.5
Sistema nervioso central	157	7.2
Enfermedad inespecífica	152	7.0
Endocrino	105	4.8
Tracto genitourinario	88	4.0
Oftalmológica	83	3.8
Odontológica	49	2.3
Psiquiátricas	35	1.6
Enfermedad inmunológica	24	1.1
Consumo de drogas	21	1.0

medidas relacionadas con el mantenimiento de estilos de vida saludables, actitudes y comportamientos; autoexamen de mama, citología vaginal y sexualidad responsable con un 12.2%, 12.1% y 10.2%, respectivamente. Otros temas tratados se presentan en la Figura 1.

Remisiones a la red social de apoyo

Uno de los objetivos de la visita domiciliaria es la asesoría a las familias sobre los derechos y servicios que prestan las instituciones del Estado. El estudiante de Enfermería adquiere los conocimientos para orientar a las familias en lo atinente a procesos que deben realizar para acceder a sus derechos.

La Figura 2 muestra las remisiones y redes de apoyo que gestionaron los estudiantes durante la intervención a las familias. La remisión a

**Figura 1.** Educación para la salud brindada en las comunidades intervenidas.

los programas de promoción y prevención, contemplados en la Resolución 412¹⁵ que tiene el Estado colombiano, fue la más representativa porque alcanzó un 35.7%; dentro de estos programas se encuentran los de detección temprana (crecimiento y desarrollo, control prenatal, alteraciones visuales, alteraciones del joven y alteraciones del adulto mayor); así como los programas de protección específica (vacunación, salud oral, atención del parto y recién nacido y planificación familiar).

En un 25% de las visitas se reportó remisión a consulta médica general y un 9.8% inducción a la demanda a los servicios de salud a los que tienen derecho los colombianos. 7.4% de las personas se remitió a diferentes Secretarías municipales para el acceso a programas de vivienda, discapacidad, tercera edad, violencia, maltrato intrafamiliar, acompañamiento agropecuario, cobertura educativa para niños y jóvenes desescolarizados; igualmente, se asesoró a estas personas para acceder, a través de la tutela, a los derechos en salud establecidos en la Ley colombiana y que, regularmente, son negados por las EPS.

DISCUSIÓN

En esta investigación se describen las actividades hechas en la práctica de legislación y gestión de la salud pública de Enfermería de la UPB en Medellín y algunos municipios del área metropolitana durante los años 2000 a 2009, con el fin de evidenciar la importancia del profesional de Enfermería en la estrategia de educación para la salud, intervención en salud pública, promoción de estilos de vida saludables, prevención de la enfermedad, cuidados al grupo familiar y gestión para la utilización de los servicios que tiene el Estado colombiano en las diferentes instancias.

La tasa de analfabetismo en el departamento de Antioquia asciende al 7.3%⁹ y los estudiantes están por debajo de los promedios nacionales, según los resultados de las pruebas Saber e Icfes, lo que demuestra la insuficiente cobertura educativa, explicada por violencia social e intrafamiliar, el hambre, la falta de oportunidades laborales, de acompañamiento en el proceso de formación y la deficiente calidad educativa⁹.

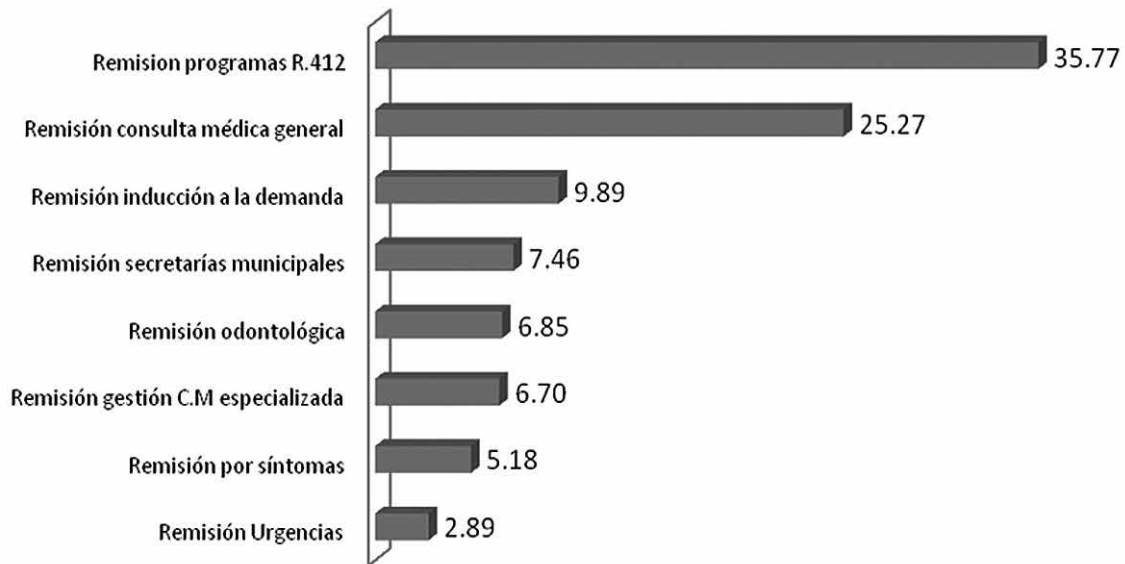


Figura 2. Remisiones y redes de apoyo en las comunidades intervenidas.

La situación en Medellín respecto a la educación no es ajena a la realidad del departamento, aunque se han alcanzado coberturas altas en la básica primaria y secundaria (98.3%), los déficit se encuentran en la educación inicial, en la media y superior con un 34.5%, 68.5% y 32.2%, respectivamente, en especial en la población de menores recursos, por factores como el desplazamiento, el trabajo infantil, la situación de calle y la violencia¹⁰. En el estudio que nos compete, el 36.4% de la población atendida está en edad escolar (6 a 24 años); sin embargo, sólo el 6.9% tiene bachillerato completo y el 0.7% accedió a formación superior; de igual manera llama la atención que el 3.4% de esta población es analfabeta, lo que indica que la pobreza limita el desarrollo social de las comunidades intervenidas. Estos indicadores tienen relación directa con las causas para la situación de escolaridad de la población atendida.

En Medellín, las mayores tasas de morbimortalidad están dadas por enfermedades isquémicas del corazón y las cardiovasculares, con 72,8 y 36,4 por 100 000 habitantes, respectivamente. Las enfermedades cerebro vasculares representan la primera causa de muerte, seguidas por las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (7,6 %), agresiones (6,5 %) y *Diabetes mellitus*; la mortalidad por tuberculosis ha mantenido la tendencia estable de los últimos cinco años de 39,3 casos y 2.7 muertes por cada 100 000 habitantes¹⁰, situación similar a la encontrada en este estudio ya que las enfermedades más frecuentes fueron las cardiovasculares y respiratorias. Los cursos de Salud Pública de la Facultad parten del contexto social y tienen en cuenta las interacciones que establece el individuo en su cotidianidad, para la satisfacción de sus necesidades básicas⁶. Esto se hace a partir del análisis de los factores de riesgo identificados en los individuos afectados por estas patologías, para brindar educación en el ámbito familiar e intervenir los comportamientos de riesgo detectados.

En Colombia, la Ley 100 de 1993⁴ permitió identificar y priorizar la población pobre para

que acceda a los programas establecidos por la política gubernamental: aplicación del Sisben¹¹. La afiliación al Sgsss en Colombia tiene varias etapas: identificación de la población pobre; clasificación según nivel de pobreza en rangos, de acuerdo con la satisfacción de necesidades básicas; selección de grupos poblacionales más vulnerables¹¹ y carnetización de la población para el acceso al régimen subsidiado; por otro lado, los trabajadores vinculados a una empresa y los independientes se afilian al régimen contributivo⁴. Por fuera de estos regímenes queda un remanente llamado población pobre no identificada. Dada la movilidad que se da en Colombia por la situación de orden público, ésta accede a los servicios de salud de manera particular, lo que constituye una limitante debido a los altos costos del Sistema y a su incapacidad económica. En este estudio el 70.3% de las personas atendidas sólo contaba, en el momento de la vista, con la identificación dada a través del Sisben y el 1.9% estaba clasificado como población pobre no identificada; esto refleja las bajas coberturas en salud en lo rural en el área metropolitana del Valle de Aburrá en los últimos 10 años.

Según datos del Ministerio de Salud, el 25% de la población no contaba con cobertura de salud en 1991, mientras que en 2003, se encontró que la proporción de la población sin seguro de salud era del 42%. La Encuesta Nacional de Calidad de Vida reveló que el 40% de las personas de los dos estratos más pobres que se sintieron enfermas y no consultaron a un médico argumentó razones económicas¹².

La disminución de la cobertura de régimen contributivo y subsidiado, el desplazamiento forzado, la problemática de orden público en zonas rurales, las dificultades de acceso del personal de salud a zonas vulnerables, el aumento de la tasa de desempleo, la disminución del tiempo y continuidad del servicio por la contratación con terceros, han llevado a las comunidades rurales a ser más vulnerables¹³.

Para lograr el derecho universal a la salud la sociedad, con la rectoría del Estado y la

participación de todos los sectores, debe trabajar por el desarrollo de las políticas públicas para mejorar el acceso a los servicios de atención integral¹, de igual manera se deben incluir, en los planes de gobierno, medidas que apunten al mejoramiento de la calidad de vida de la población¹⁴.

La inequidad en Colombia se refleja en las cifras de accesibilidad a los servicios de salud, educación y servicios públicos. La evaluación de la cobertura de aseguramiento y la accesibilidad a los servicios de salud en Medellín en el año 2001 está por debajo de las metas establecidas por la Ley 100 de 1993, que propuso una cobertura del 100% para ese año¹².

En junio 30 de 2007 la población proyectada para el municipio de Medellín fue de 2 281 785 habitantes, (39.2 % de la población del departamento), el 9.5% de la población vive en la zona urbana. El índice de calidad de vida muestra inequidades en las oportunidades sociales para los habitantes, se registró, para el 2006, un promedio de 80.3% para el total del municipio, con rangos que oscilan entre: 69.9%, como es el caso del Corregimiento de Palmitas, donde el 100% de su población es campesina; comparado con índices de calidad de vida del 93.1% en la Comuna 14, cuyo estrato socioeconómico es el más alto¹⁰.

En Medellín, el 57% de la población es pobre, el índice promedio de desempleo en los últimos cinco años es del 20%, y el 60% se encuentra dentro de la figura de empleo informal. La inseguridad alimentaria se presenta en el 67% de los hogares rurales y en el 57% de los hogares urbanos. Cifras alarmantes si se considera que el 11.6% de los menores de 10 años, el 22.4% de los adolescentes, tienen retraso en el crecimiento y el 11.2% no tiene un adecuado peso para la edad¹⁰. Las prácticas de gestión de la salud pública de Enfermería de la UPB promueven el acceso de esta población a los programas de promoción y prevención establecidos en la Resolución 412 de 2000¹⁵, así como a los programas de seguridad alimentaria^{16,17}, vivienda

de interés social, participación comunitaria y asesoría a través de las Comisarías de familia para impactar la violencia intrafamiliar. Lo anterior se logra con actividades educativas y gestión en red con diferentes Secretarías y entes estatales, al igual que con las múltiples Organizaciones No Gubernamentales.

En conclusión, el trabajo realizado por los estudiantes de Enfermería en estos 10 años, ha evidenciado la necesidad de la educación permanente no sólo sobre los procesos de promoción y prevención sino, también, con la necesidad que tienen los colectivos de ser incluidos en los programas creados por la política social del Estado¹⁸. De igual manera, este trabajo resalta la importante labor que tienen los profesionales de enfermería en el ámbito social comunitario, dada la interacción a través de los mecanismos de participación comunitaria y las redes de apoyo social que gestionan, para mejorar el acceso a sus derechos en salud, inclusión social y garantizar la satisfacción de sus necesidades básicas.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento a las comunidades intervenidas del municipio de Medellín y su área metropolitana, así como a las instituciones públicas y privadas que permitieron realizar las prácticas de gestión de la salud pública durante estos años.

Además, se expresa un agradecimiento especial a los gabinetes municipales y juntas de acción comunal por su apoyo y permanente acompañamiento y respuesta a las remisiones de nuestros estudiantes.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de intereses para la realización de esta investigación.

Los autores declaran que el trabajo es original e inédito y que no ha sido publicado con anterioridad ni está en evaluación en ninguna otra revista.

FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este artículo se deriva de la investigación "Impacto del programa Enfermería de la UPB en Medellín y algunos municipios del área metropolitana durante el período 2000-2009" y contó con la financiación total por parte del Centro de Investigación para el Desarrollo y la Innovación (CIDI) de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

REFERENCIAS

1. ACEMI. Qué es salud pública [Internet]. Bogotá: ACEMI; 2009 [acceso 3 de junio de 2008]. Disponible en: http://www.acemi.org.co/index.php?option=com_content&task=view&id=10&Itemid=1 - 12k
2. Torres M, Dandicourt C, Rodríguez A. Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2005;21(3-4).
3. Harzheim E, Casado Vicente V, Bonal Pitz P. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa: actividad incluida en la línea de intercambio: III.2-1.08 calificación de los recursos humanos necesarios para la prestación de servicios en sistemas de salud organizados en torno a la APS -2008 [Internet]. Madrid: EUROsocial Salud; 2009 [acceso junio 6 del 2008]. Disponible en: <http://eurosocialesalud.eu/files/docs/00649.pdf>
4. Ley 100 de 1993. Bogotá: Ministerio de Salud, (23 de Diciembre de 1993)
5. Universidad Pontificia Bolivariana. Misión: Programa Facultad de Enfermería. Medellín: UPB; 1996.
6. Lopera Castro G, Mejía Mejía AM. Colombia: la enseñanza de la estrategia de AIEPI refuerza la formación transversal de la Escuela de Enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín. Washington, D.C: OPS; 2005.
7. Klainberg MB, Holzemer SP, Leonard M, Arnold J. *Enfermería salud comunitaria: la comunidad como cliente.* Bogotá: McGraw-Hill; 2001.
8. Lopera Castro GF. *Ficha familiar e instrumentos para la clasificación y tabulación de la información.* Medellín: UPB, Facultad de Enfermería; 2011.
9. Gobernación de Antioquia. Plan de desarrollo de Antioquia 2004-2007: situación de Antioquia hoy [Internet]. Medellín: Gobernación de Antioquia; 2004 [acceso Septiembre de 2004]. Disponible en: http://media.antioquia.vcb.com.co/antioquia-v1/.../plan_dillo2004_07.doc
10. Alcaldía de Medellín. Plan municipal de salud 2008-2011. *Salud Pública de Medellín: Revista de la Secretaría de Salud.* 2008 Jul;3 (supl 1):7-93.
11. Departamento Nacional de Planeación (Colombia). *Reforma del sistema de focalización individual del gasto social.* Bogotá: DNP, Dirección de Desarrollo Social; 2001.
12. Ramírez H, Vélez S, Vargas V, Sánchez C, Lopera J. Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados

- al régimen subsidiado en el municipio de Medellín. Colombia Médica [revista en Internet]. 2001 [acceso 3 de junio de 2008]; 32: 10-13. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL32NO1/cobertura.html>
13. Rojas JC, Velandia MP. Caracterización de las coberturas de vacunación, 2002. Inf Quinc Epidemiol Nac [revista en Internet]. 2003 Mar [acceso Agosto de 2004];8(6):89-104. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/epidemiologia/cce/iqen/2003>
 14. Alma Ata. Declaración de Alma- Ata [Internet].Madrid: Alma Ata; 2006 [acceso 3 de junio de 2.008]. Disponible en: <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>
 15. Resolución numero 412 de 2000. Bogotá: Ministerio de Salud, (25 de Febrero 25 de 2000)
 16. Departamento Nacional de Planeación (Colombia). Distribución del sistema general de participaciones: educación, agua potable, propósito general y asignaciones especiales: vigencia 2011. Bogotá: Ministerio de Hacienda y Crédito Público: Ministerio de Educación Nacional: Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial; 2011.
 17. Gutiérrez DC. Plan de Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia: MANA para disminuir los índices de desnutrición. Red de Gestores Sociales. 2003 Dic. 4-Ene 5;(19):1-11.
 18. Ley 715 de 2001: por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Bogotá: Ministerio de Salud, (21 de Diciembre 21 de 2001).