

SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS DESARROLLADAS EN EL PAÍS SOBRE APS Y RISS EN LOS NIVELES TERRITORIALES



**GESTIÓN INTEGRAL
EN SALUD PÚBLICA**



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

**CONVENIO
COOPERACIÓN
TÉCNICA No. 485/10**

**MINISTERIO DE
SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL**

**ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

2012

DIRECTIVOS

DR. ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

DRA. BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Ex Ministra de Salud y Protección Social
DR. MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA
Ex Ministro de Salud y Protección Social

DR. CARLOS MARIO RAMIREZ RAMÍREZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

DR. TEOFILO MONTEIRO
Representante a.i. OPS/OMS Colombia

DRA. ANA CRISTINA NOGUEIRA
Ex Representante OPS/OMS Colombia

DRA. MARTHA LUCIA OSPINA MARTINEZ
Directora Epidemiología y Demografía - MSPS

DR. LENIS ENRIQUE URQUIJO VELASQUEZ
Director Promoción y Prevención - MSPS

DELEGADOS COMITÉ TÉCNICO DEL CONVENIO

Por el Ministerio de Salud y Protección Social

ARTURO DÍAZ
ALDEMAR PARRA
DIEGO GARCIA
MARTHA L. OSPINA
FERNANDO RAMIREZ
ELKIN OSORIO

Por la OPS/OMS

TEÓFILO MONTEIRO
OSVALDO SALGADO
CRISTINA PEDREIRA
GUILLERMO GUIBOVICH
HERNAN VÁSQUEZ

ERNESTO MORENO NARANJO
Supervisor del Convenio
LUCY ARCINIEGAS MILLÁN
Coordinadora del Convenio
PATRICIA VEGA MORENO
Administradora del Convenio

REFERENTES TÉCNICOS DE LÍNEA DE GESTIÓN INTEGRAL EN SALUD PÚBLICA

Ministerio de Salud y Protección Social:

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELASQUEZ
Exdirector Dirección de Salud Pública Ministerio de Protección Social - 2011

PATRICIA CARO JIMENEZ
Profesional Especializado, Ex Grupo de Gestión Integral en Salud Pública, Dirección General Salud Pública - Ministerio de Protección Social - 2011

CESAR AUGUSTO CASTIBLANCO MONTAÑEZ
Profesional Asistente, Dirección de Salud Pública Ministerio de Protección Social - 2011

OPS/OMS:

OSVALDO SALGADO ZEPEDA
Consultor Internacional de área de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

CONSTANZA PERALTA CASTAÑO
Consultora Nacional Línea de Gestión Integral en Salud Pública

CONSULTOR(es)

EQUIPO DE TRABAJO SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS APS - RISS

ROBERTO SUAREZ MONTAÑEZ
*Médico Antropólogo Investigador
Coordinador grupo*

GIOVANNI CONTÉ
MARÍA FERNANDA OLARTE
SARA ZAMORA
Antropólogos e Investigadores
Grupo de profesionales auxiliares

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 485 de 2010 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos ni reproducidos sin el consentimiento previo expreso de las mismas.

TABLA DE CONTENIDO

| | PÁG. |
|--|------|
| A. INTRODUCCIÓN | 5 |
| B. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA | 6 |
| OBJETIVO GENERAL..... | 6 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 6 |
| METODOLOGÍA | 6 |
| Dispositivo metodológico | 6 |
| Resumen de visitas desarrolladas: | 7 |
| C. RESULTADOS..... | 8 |
| HISTORIA LOCAL DE LA APS..... | 8 |
| DEFINICIÓN DE APS..... | 9 |
| EQUIPOS DE APS | 10 |
| TRABAJO COTIDIANO DE LA APS: RUTAS Y ACTORES..... | 13 |
| OBJETIVOS, FUNCIONES, METAS, ACTIVIDADES Y FORMAS DE ARTICULACIÓN DE LOS EQUIPOS DE APS EN CADA LUGAR Y SU ARTICULACIÓN CON LOS OTROS NIVELES..... | 14 |
| ACTORES POR LUGAR | 40 |
| FASE MANTENIMIENTO FAMILIAS SALUDABLES Y NOVEDADES..... | 46 |
| PROCESO DE DISEÑO DE APS POR LUGAR | 50 |
| LO POSITIVO POR LUGAR:..... | 60 |
| PARTICIPACIÓN COMUNITARIA..... | 63 |
| RUTA DE TRABAJO | 64 |
| ENFOQUE DIFERENCIAL | 65 |
| ACTORES DEL SISTEMA E INTERSECTORIALIDAD | 65 |
| SISTEMAS DE INFORMACIÓN, INDICADORES, MEDICIONES DE IMPACTO..... | 67 |
| RECTORÍA..... | 68 |
| MEDICIÓN DE RESULTADOS Y RESOLUTIVIDAD..... | 68 |
| EXPERIENCIAS SOBRESALIENTES | 69 |
| CONCLUSIONES..... | 75 |
| RECOMENDACIONES..... | 77 |
| Anexo 1 Guía de entrevista | 79 |
| Anexo 2 Preguntas y respuestas clave por experiencia seleccionada | 82 |
| Anexo 3 informe sobre la documentación recibida por el grupo de investigación en las visitas a las trece experiencias priorizadas en el marco del proyecto <i>sistematización de las experiencias de aps -riss</i> | 89 |
| Articulación estrategia APS | 93 |
| DISEÑO DE LAS ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTAR APS | 101 |
| Anexo 4 CONSOLIDACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN RECIBIDA | 114 |

A. INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria en Salud ha venido siendo objeto de múltiples debates, críticas, seguimientos en los países que han buscado incluirla como parte integrante y esencial no solo del sistema de salud nacional pero del sistema social en general. Colombia ha sido un país en donde experiencias sobre los elementos fundadores de la APS han tenido una resonancia social, política y económica desde hace varias décadas y es por esto que tempranamente buscó integrar este programa al sistema de salud del país. Es sobre esta base que este informe da cuenta del estado actual de la APS, después de un trasegar de cerca de 30 años, en 13 experiencias del país.

En este documento se buscó no solamente describir el programa en un tiempo (2011) sino que se intentó determinar las lógicas que soportan el estado actual de la APS en los sitios visitados. Así las cosas, se pretendió encontrar la trama de lo no evidente en los programas visitados, hecho que pensamos puede ayudar a explicar lo que llamamos actualmente Atención Primaria en Salud en Colombia, sus alcances y sus posibilidades.

B. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

OBJETIVO GENERAL

Analizar críticamente el proceso de desarrollo de las experiencias de Atención Primaria de Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud seleccionadas para la sistematización.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Consolidar la información obtenida sobre las experiencias de Atención Primaria de Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud seleccionadas, de acuerdo con los criterios consensuados de análisis en el instrumento a aplicar.
- Analizar críticamente la información recolectada y establecer los aspectos comunes, las divergencias, logros, limitantes y lecciones aprendidas.
- Realizar recomendaciones al Ministerio de la Protección Social (MPS) que puedan aportar para la reglamentación y el diseño e implementación de la estrategia de Atención Primaria y redes integradas en el país.

METODOLOGÍA

El trabajo fue desarrollado por un equipo de antropólogos que trabajó en forma articulada con los representantes de la OPS-Colombia para lograr responder a los objetivos propuestos.

En términos generales, se realizó un proceso de evaluación rápida –RAP- (*rapid assesment procedure*), entrevistas en profundidad y grupos focales en las regiones predeterminadas para el estudio. En una segunda fase el grupo de trabajo realizó la sistematización de la información y, en un tercer momento produjo un análisis preliminar que fue socializado con los representantes de la OPS.

Dispositivo metodológico

- Entrevistas a profundidad: las entrevistas temáticas a profundidad fueron la herramienta principal para obtener la información y responder con los objetivos. El uso de este instrumento se fundó en *rich information cases* que ofrecieron de manera abundante la documentación necesaria sobre el tema central del trabajo (Denzin et al., 2003; Patton, 2002).

- Trabajo de archivo: se consolidó una base de datos con los documentos recolectados en APS en los entes territoriales visitados.

Nota: en el texto se respetó el anonimato de las personas debido a las disposiciones previas al trabajo de campo y debido a lo acordado con ellas para que los nombres permanecieran en el anonimato.

Resumen de las visitas realizadas:

| FECHA | LUGAR |
|-------------------------|---------------------------------|
| Octubre 24 de 2011 | Tunja |
| Octubre 25 de 2011 | Tunja |
| Octubre 26 de 2011 | La Dorada, Caldas. |
| Octubre 27 de 2011 | La Dorada, Caldas. |
| Octubre 28 de 2011 | La Dorada, Caldas. |
| Octubre 31 de 2011 | Santander del Sur, Bucaramanga |
| Noviembre 1 de 2011 | Santander del Sur, Bucaramanga. |
| Noviembre 2 de 2011 | Santander del Sur, Bucaramanga |
| Noviembre 3 de 2011 | Valle del Cauca, Cali |
| Noviembre 4 de 2011 | Valle del Cauca, Versalles. |
| Noviembre 5/7 de 2011 | Valle del Cauca, Cali. |
| Noviembre 7/9 de 2011 | Medellín, Antioquia |
| Noviembre 9/12 de 2011 | Manizales, Caldas |
| Noviembre 15,16 de 2011 | Manizales, Caldas |
| Noviembre 16,17 de 2011 | Bogotá, Cundinamarca |
| Noviembre 20/23 de 2011 | Barranquilla, Atlántico |

C. RESULTADOS

HISTORIA LOCAL DE LA APS

La Atención Primaria en Salud –APS- tiene una larga trayectoria en el país. Desde que se comenzó a hablar de este programa en el plano internacional, Colombia la introdujo rápidamente dentro de su sistema de seguridad social en Salud. Por los casos reportados en este informe, los primeros programas se iniciaron a principios de la década de los 80s y estos se ajustaron a los lineamientos esenciales planteados por Alma Ata. En este sentido, se organizó la infraestructura necesaria en términos de presupuesto, de recurso humano y de políticas públicas en salud apoyadas por el sector político. En este punto es importante resaltar que en el país ya desde los años 60 se habían desarrollado experiencias que estaban encaminadas a la propuesta de APS, hecho que facilitó la implementación e integración de la APS dentro del sistema de salud.

Una vez planteados en Alma Ata los lineamientos generales de la APS, tanto a nivel departamental como municipal se organizaron mesas de trabajo para pensar la manera de adaptar los principios de la APS: educación para la salud, control de las enfermedades endémicas locales, programa expandido de inmunizaciones, atención materno infantil, disponibilidad de medicamentos básicos, promoción de la nutrición y saneamiento ambiental apoyados , además por el desarrollo tecnológico apropiado, fortalecimiento de la gestión administrativa de los servicios de salud, participación comunitaria y procesos de intersectorialidad, trabajo en redes, para promover el desarrollo general de la sociedad. Sin embargo, para funcionarios de los entes territoriales en el campo de la salud este proceso no fue ni evidente, ni fácil cuando se pensó en articular el pensamiento médico, las condiciones sociales, particularmente, el contexto político y económico de los años 80s. Para las personas que debieron ocuparse de la APS en ese momento narraron que, “no sabíamos que hacer no como hacerla, simplemente que debíamos hacerla...” (Funcionario, 2011). Esa frase para ellos significó que fue un deber laboral que no necesariamente fue acompañado de un entendimiento de la razón y lógica que fundamentaba la APS. Así mismo, expresan la distancia que se presentó entre los ideales de una estrategia que planteaba aspectos fundamentales para cualquier sociedad y el trabajo práctico en la vida cotidiana de los funcionarios para pensarla, adaptarla y desarrollarla a un contexto social, político y económico como fue el caso de Colombia en ese momento. Finalmente, y a pesar de los obstáculos ideológicos y económicos, los departamentos y municipios pudieron organizarse para desarrollar la APS en el país pero de manera comprensiva al interior del antiguo sistema de salud. La APS local siguió los lineamientos de Alma Ata pero, al mismo tiempo, se perfiló como una estrategia comprensiva de la atención salud en donde se toman decisiones que priorizan aspectos sociales y grupos que las condiciones locales evidencian.

DEFINICIÓN DE APS

Para entender la manera como se concibe y se define la APS, las personas entrevistadas durante el trabajo de campo en los entes territoriales expresaron que para lograr una definición de la APS era necesario ver cuatro momentos claves en la historia social de la salud colombiana: 1) Ubicarla dentro del sistema de salud previo a la ley 100 de 1993, 2) Pensar en el momento posterior a la implementación de la ley 100, 3) La resolución 412 de 2000 del ministerio de Salud y 4) La APS renovada del 2005¹.

Sobre esta base la APS fue entendida y definida a partir de tres elementos fundadores de la estrategia -equidad y desarrollo social y participación comunitaria-. Sin embargo es de anotar, que se presentó una gran diversidad de narrativas sobre que significa cada uno de estos conceptos, aunque todos estuvieron de acuerdo en su importancia, y de como es la mejor manera de definirlos y aplicarlos a lo que se entendía como APS. Si bien todos conocían la definición dada por la Organización Mundial de la Salud en 1978, “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.”, también tenían una posición sobre como esta definición debía ser repensada en los contextos locales.

Este hecho conlleva a plantear que aunque existía una definición técnica de la APS por parte de la OMS, para los funcionarios y demás personas que estuvieron vinculadas al sector salud, la definición local de APS variaba según las necesidades locales y según ellos o ellas pensaban que era necesario adaptar los fundamentos a las condiciones locales. Por esta razón equidad, desarrollo social y participación comunitaria fue traducida en términos de salud comunitaria, salud familiar, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, o sencillamente como un programa destinado a la atención de los pobres. Por esta razón las definiciones siguientes son un buen ejemplo de esta percepción:

“...para nosotros la definición de APS se da a través de la participación social y la salud comunitaria.” (Funcionario, 2011).

“... si ustedes piensan en lo que debemos hacer y lo que nos han dicho de hacer se trata de lograr desarrollar programas de atención a los **pobres**, a los más vulnerables de los vulnerables.” (Secretario de salud, 2011)

¹

Documento de posición de OPS/OMS “Renovando la Atención Primaria en Salud APS en Las Américas” (marzo de 2005).

“...la APS es vital para un modelo de atención, debe ser para toda la población, debe ser para lo rural y lo urbano, para pobres y ricos y de cualquier edad” (Directora de programa, 2011).”

“La APS es una apuesta por lo humano” (Profesor universitario en salud pública, 2011).”

“Es la estrategia que permite que los servicios de salud con todos sus componentes lleguen a la comunidad eficientemente, con énfasis en p y p” (Coordinadora de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, 2011).”

“No es solo salud sino mejorar las condiciones de vida” (Funcionaria, 2011).”

“APS no es primer nivel de atención, no es asistencia de baja calidad, no es un proyecto para pobres, es para todos” (Funcionaria, 2011).”

“Es un modelo para valorar al individuo desde todos los ámbitos del desarrollo desde lo biosocial, busca cambiar la percepción del individuo con su salud, es educar para un mejor bienestar” (Funcionaria, 2011).

“La gobernación le apuntó a la academia en el método. Se apostó al cómo se le hace a la APS, no tanto tinte político” (Directora de Programa 2011).”

En las formas de pensar la APS y en las formas de definir APS se hizo evidente la articulación que se dio entre la teórica y la praxis para definir entendimientos locales de la APS como un programa destinado a la población más vulnerable en términos económicos y sociales. Razón por la cual las formas locales de la APS fueron construidas a partir de la articulación del contexto político y económico del momento para, así, poder responder a las necesidades de este grupo social.

EQUIPOS DE APS

La pregunta base con la cual tratamos este punto fue ¿Cuál es el equipo de base de la APS? Sin embargo, para responder a esta inquietud las personas argumentaron que las decisiones alrededor de la estrategia se tomaron a partir de decisiones previas, bien sea del orden nacional o del contexto político junto con el planteamiento ideológico de lo que es o debería ser la APS y un diagnóstico de la capacidad operativa local, las cuales en la mayor parte de los sitios visitados son limitadas por razones que incluyen presupuestos limitados, recurso humano poco capacitado, reducido e inestable, dependencia de la voluntad política y ausencia de continuidad a través del tiempo.

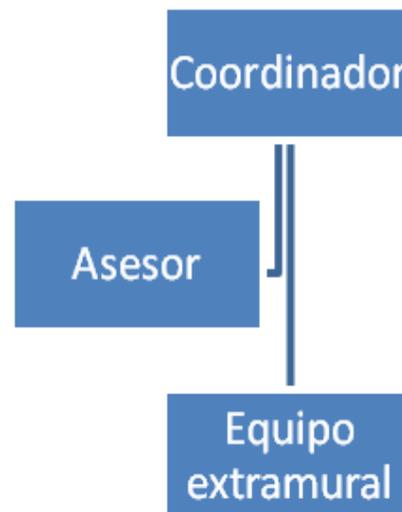
Estos limitantes para determinar y configurar los equipos, según las personas, se presentaron después de la implementación de la ley 100 y de los procesos de descentralización. Según un docente universitario en salud pública (2011) asesor en varias oportunidades de un ente territorial para el programa de APS, “...tanto la ley 100 como la descentralización modificaron dramáticamente la gestión administrativa del

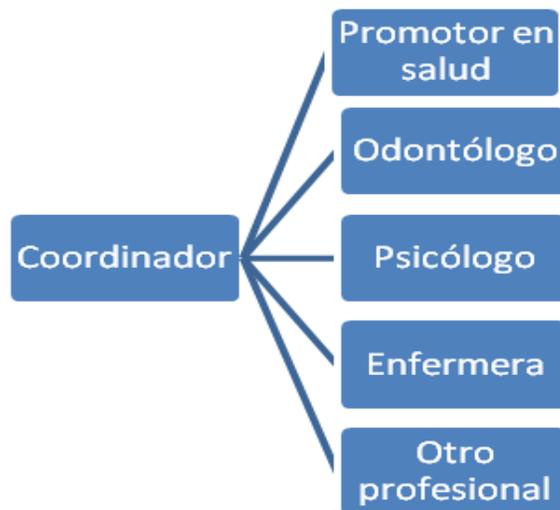
campo de salud en el país.”. Ambos aspectos fueron determinantes para pensar la APS y para definir quienes y que se debía hacer en este campo.

Concretamente la APS entraba en contradicción con el sistema de salud bien sea por los costos exigidos para su funcionamiento o porque dentro de los planes de desarrollo no era percibida como un elemento necesario para el campo de la salud, tal como lo mencionó un funcionario entrevistado (2011), “...en ese momento (la ley 100) se nos cuestionó para qué hacer APS, si ya empezamos a hacer educación en salud y promoción de la salud y prevención de la enfermedad” (Funcionaria, 2011). La APS fue percibida, entonces, como un programa que no se articulaba con los intereses del nuevo sistema ya que la lógica de la APS no generaba ganancias y era percibida por los operadores como un costo adicional innecesario. Para los funcionarios, la década de los 90s fue un periodo donde la APS estuvo ausente del sistema o fue sumergida como un programa de prevención con un aura de atención comunitaria. Es solamente a partir de la mitad de la primera década del siglo XXI que la APS reemerge, tímidamente, en los planes de salud de los entes territoriales. Es en ese momento que se adelantaron procesos para reconfigurar tanto los equipos de trabajo que habían sido desmantelados como la recuperación del saber acumulado en años anteriores por las personas que trabajaron en APS. Igualmente, se construyeron planes de trabajo en APS, sin embargo todos ellos enfocados a sectores vulnerables de la población.

Sobre esta base, se configuraron los equipos base para el trabajo en APS y se organizaron en términos generales de la siguiente manera, un equipo coordinador,

Un equipo extramural,





En el equipo base, el coordinador ejerce funciones de planeación, administración y control de las actividades de APS y además junto con el asesor, secretario de salud y el coordinador del equipo extramural. En el equipo extramural siempre se consideró pertinente la inclusión de promotores, psicólogos, odontólogos, enfermeras, los otros miembros se consideraron dependiendo del análisis de las necesidades poblacionales, por esta razón los técnicos de saneamiento, trabajadores sociales, agrónomos o médicos no fueron incluidos desde el comienzo. Varios equipos se mostraron escépticos de la participación de médicos en los equipos de APS. La razón fundamental que argumentaron se centraba en que la inclusión de médicos sugería atención curativa y no permitía, de manera decisiva, un trabajo comunitario, un trabajo de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y creaba un obstáculo frente a la inducción a la demanda; en otras palabras, la presencia del médico en los equipos falseaba el propósito de la APS.

No es que la figura del médico haya perdido su valor, sino es ver la figura del médico en un contexto de salud donde lo que importa no son los aspectos curativos de la enfermedad sino lo que se torna necesario es poder crear un contexto de salud en donde distintos profesionales interactúen de manera solidaria para promover los valores fundamentales de la APS.

En algunas experiencias se ha buscado calificar a los miembros de los equipos mediante instituciones de educación superior o técnicas. Por ejemplo, en algunas regiones se está contratando solamente a enfermeras y a técnicos en salud pública formados por el SENA, en otras se han adelantado un trabajo de formación permanente a través de instituciones de educación superior nacionales (ej. Universidad de Antioquia, Universidad del Norte) e internacionales (ej. Universidad de Toronto). Estos esfuerzos representan una idea de

mejoramiento del contexto social a través del esfuerzo en educación formal y continuada de personas que lideran la APS en las comunidades.

TRABAJO COTIDIANO DE LA APS: RUTAS Y ACTORES

La decisión de que hacer, donde intervenir y cómo hacerlo está fundamentada por un proceso que se inicia dentro el plan general de APS construido por cada gobernante para su periodo de ejecución del cargo, es decir tres años. Por esta razón durante la primera década del siglo XXI se pueden encontrar entre dos y tres planes de APS por región, los cuales son fundamentalmente similares y lo que cambia son los operadores, recursos y la imagen pública del programa². Una vez clarificadas las metas que cada gobierno buscaba cumplir, cada equipo estableció una línea de base definida por un triple aspecto:

- Por perfil epidemiológico.
- Por ficha familiar: pregunta por aspectos de la calidad de vida de la familia que se visita
- Por tipo de afiliación: SISBEN 1 y 2.

Una vez establecida la línea base, cada equipo de APS se reúne para plantear las prioridades y los mecanismos necesarios para lograr los objetivos. Se construye un plan de acción y cronograma de actividades para cumplir con las metas que se establecen. Cada región construye acciones y articula los resultados de la línea de base, las leyes y decretos junto con el plan de gobierno del momento y, habitualmente, las prioridades de los programas se encuentran dirigidas a los sectores más vulnerables, es decir estratos 1 y 2. Es en este contexto político-administrativo en donde se pone en marcha la APS y es en donde funcionan los equipos que deben adelantar las acciones pertinentes para cumplir con las metas establecidas.

Dentro de los equipos los promotores en salud también llamados forjadores, auxiliares, caminantes o técnicos son el grupo humano central en la implementación de la estrategia. Ellos y ellas son los encargados del trabajo cotidiano en el terreno y son los actores que deben cotidianamente afrontar los grupos sociales y las necesidades de estos. A través de su trabajo itinerante en las ciudades dialogan y ejercen, al interior del sistema de salud, un rol positivo determinante en la intermediación entre las necesidades sentidas de los grupos sociales y las prioridades establecidas por las secretarías de salud para cumplir con las metas que, de una parte deben dar cuenta de los fundamentos de la APS y de otra de las establecidas por el gobierno nacional y local.

Sin embargo, y a pesar de la importancia de sus tareas este grupo se encuentra, estructuralmente, en condiciones de inequidad laboral; es decir, bajas condiciones

²Es importante resaltar la experiencia de La Dorada, Versalles y Barranquilla presentan particularidades que son importantes.

salariales, sobrecarga laboral, una dinámica de trabajo fundamentada en un *ius variandi* de sus tareas. El promotor además de inducir a la demanda debe hacer visitas domiciliarias (entre 400 y 500 casas por mes), educación al autocuidado, atender emergencias causadas por el invierno o a otras necesidades coyunturales de la localidad. Sin embargo su rol dentro de la estrategia no presenta la importancia en términos de dialogo con los demás miembros ya que su “voz” es disminuida o ubicada en el plano técnico de llenar fichas familiares y visitas domiciliarias y por ende no se tiene en cuenta para la toma de decisiones. Los promotores son quienes tienen el primer contacto para introducir la estrategia en la comunidad, son las personas que con su labor construyen los puentes necesarios para que los otros miembros de los equipos puedan desarrollar su trabajo y para que los principales programas encontrados en las regiones -salud familiar, salud materno-infantil, salud en la mujer, entre otros- tengan éxito de manera sostenible en el tiempo. El rol del promotor, sobre esta base, es clave en el primer contacto con la comunidad, es por esto que sus actividades y presencia han sido un valor agregado importante dentro de las experiencias de APS en los entes territoriales visitados y posiblemente es este grupo humano que deba ser aprovechado para la implementación de la APS.

OBJETIVOS, FUNCIONES, METAS, ACTIVIDADES Y FORMAS DE ARTICULACIÓN DE LOS EQUIPOS DE APS EN CADA LUGAR Y SU ARTICULACIÓN CON LOS OTROS NIVELES

1. Departamento de Antioquia:

El objetivo en el departamento de Antioquía de la APS es contribuir al mejoramiento del nivel de salud, bienestar y calidad de vida de la población antioqueña, como condiciones del desarrollo humano, mediante la instalación, desarrollo y consolidación de la estrategia de atención primaria en salud, para el cuidado de las familias.

Para cumplir dicho objetivo el modelo de gestión para la implementación y desarrollo de la estrategia APS comprende:

- a) Instalación: Proyecto de promoción de la salud departamental; voluntad política; factibilidad; aprestamiento.
- b) Desarrollo: Organización territorial; ruta metodológica
- c) Consolidación: Modelo de atención

En Antioquía los equipos municipales se organizan así:

Nivel municipal: Equipo DLS, Enfermera comunitaria, Gerente de sistemas de información, Promotores de vida y Talento Humano de otros programas y/o proyectos

municipales.

Funciones de los Equipos Básicos de Salud

- Realizar el diagnóstico familiar.
- Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario.
- Informar sobre el portafolio de servicios de la protección social en salud
- Promover la afiliación al sistema, para que puedan acceder a los servicios de protección social.
- Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública
- Facilitar la prestación de los servicios básicos de salud
- Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria.

2. Municipio de Medellín

El objetivo de la APS en el municipio es contribuir al mejoramiento del nivel de salud, bienestar y calidad de vida de la población, como condición fundamental al desarrollo. Para este efecto la unidad básica es la familia, la cual se presenta como un nicho central para lograr que el municipio pueda lograr mediante la instalación, desarrollo y consolidación de la estrategia de atención primaria en salud, niveles importantes de equidad y bienestar para la población.

El equipo esta conformado por:

Enfermeras

Psicólogos

Nutricionistas

Médicos

Trabajadores sociales

Métodos

Educación en salud: autonomía y autocuidado

Valoración del estado de salud de la persona

Inducción a la demanda

Marco teórico:

Ecosistémico

Salud familiar y comunitaria

El antecedente principal se encuentra en el Plan Municipal de Salud 2008 - 2011 "Medellín es salud para la vida"³.

3. Distrito de Barranquilla:

El objetivo principal es el aseguramiento universal teniendo en cuenta las necesidades. El propósito general del modelo del Distrito de Barranquilla es asegurar el mejoramiento de la salud de la población al disminuir 'la mortalidad y discapacidad prematura, la morbilidad evitable, en todo el ciclo de vida de la población' (Secretaría de Salud de Barranquilla 2008: 3). Esto se plantea por medio de un enfoque que se basa en prevención y promoción, así como en el reordenamiento de la red pública de servicios de salud en el Distrito. Al reorganizar la red de atención se mejorará la accesibilidad, la efectividad de la oferta, a la vez que se disminuye la duplicidad de acciones, se logra la sostenibilidad financiera.

La red de servicios de Barranquilla fue reestructurada por los PASO (Puntos de Atención en Salud Oportuno) y los CAMINO (Centros de Atención Médica Integral Oportuno). Los PASO son de primer nivel de atención y los CAMINO son nivel dos del sistema de atención. Para cada CAMINO hay 5 PASOS. Cada PASO y CAMINO tiene asignada una población de acuerdo a su área de influencia para la implementación del programa. Las y los promotores de salud son los encargados de remitir a los servicios de los PASO y CAMINO, por medio de una boleta de remisión.

En Barranquilla hay más de 300 Caminantes de la Salud que son las mismas promotoras de Salud y diariamente ingresan a los hogares para realizar las visitas a las familias e identificar la situación de riesgos en que se encuentre cada uno de sus integrantes y conocer su realidad social y sanitaria. Cada caminante tiene a su cargo un promedio de 450 familias para visitar a lo largo de un mes.

Entre las principales actividades que realiza la promotora están:

- Recolección de información para tener un diagnóstico de salud de la comunidad
- Plan de visitas según los riesgos identificados (Alto, medio y Bajo) para las intervenciones en salud.
- Identificación de personas a SISBENIZAR para que accedan a los Servicios de salud.
- Identificación de usuarios para los PASOS y CAMINOS (canalización).

En casos esporádicos, prestan atención extra mural, como por ejemplo citologías cuando la paciente se encuentre en una situación que por su naturaleza no le permite movilizarse al puesto de salud más cercano

³<http://www.medellin.gov.co/salud/salfamcom/informes.jsp>

4. Distrito Capital Bogotá:

El objetivo es propiciar la acción colectiva para avanzar en la garantía del derecho a la salud, la Secretaría Distrital de Salud, obrando como entidad rectora del sistema de salud en el Distrito, impulsa la puesta en marcha de la primera etapa de implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud que se denominó “Salud a su Hogar”. En este se proyectó por primera vez en el Distrito, trabajar con enfoque familiar y comunitario, operando con equipos a cargo de intervenciones dirigidas a poblaciones en territorios sociales, comenzando por la identificación de problemáticas, con el propósito central de construir respuestas sociales integrales, oportunas y suficientes a las necesidades individuales, familiares, comunitarias y territoriales detectadas (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2010: 3).

Para lograr un direccionamiento estratégico en salud que responda a las necesidades por ciclo de vida y por núcleo familiar se diseñó una propuesta integral en cuatro aspectos:

1. Gestión del territorio, que se desarrolla en tres niveles: la gestión en el propio ámbito, la gestión en las instituciones y la gestión con actores locales. En este contexto, la gestión del territorio se trata de realizar acciones tanto administrativas a nivel de instituciones como de abogacía civil que permitan la optimización y articulación efectiva de los diferentes actores y sectores relevantes, que garanticen la respuesta integral e integrada a las necesidades detectadas.
2. Intervenciones que promuevan la salud. En este escenario se busca incentivar las actividades de información, educación y sensibilización realizadas por los equipos de Salud Familiar y Comunitaria; la canalización de programas y servicios; el fomento y seguimiento a la adherencia a programas de salud y fortalecer acciones individuales de promoción y prevención. Así mismo, se plantea la intervención plurimodal para la promoción de la salud mental y del desarrollo humano. También se propone la estrategia de rehabilitación basada en comunidad (RBC), que consta de encuentros de familias en situación de discapacidad para empoderarlas y hacerlas conocedoras de sus derechos. Por otra parte se presentan los planes integrales de entornos saludables laborales, ambientales y de vivienda en micro territorios de Salud a su Casa. Dentro de las intervenciones que promuevan la salud se plantean estrategias Materno Infantiles AIEPI – IAMI para familias con menores de 5 años, la gestión para el mejoramiento de las condiciones para la Seguridad Alimentaria y Nutricional y el fomento a la salud oral.
3. Intervenciones que prevengan el riesgo. Se adelantan propuestas para la promoción de entornos de trabajo saludables en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional. El acompañamiento y consolidación de una red

primaria en el cuidado de la mujer gestante y la promoción y educación sobre la tenencia de animales y el control de vectores para controlar las enfermedades compartidas entre el hombre y los animales.

4. Intervenciones que restablezcan derechos. En este aspecto se propone implementar la asesoría domiciliar a familias en situación de discapacidad y fomentar la rehabilitación basada en comunidad para asesorar a las familias en temas sobre autonomía social, funcional y política. También se presenta la necesidad de la intervención psicosocial en eventos que influyen en la salud mental y calidad de vida de las familias que han sido inidentificadas como en necesidad de este tipo de apoyo, estableciendo redes de vigilancia comunitaria e institucional, de monitoreo y de apoyo. En este mismo sentido se ofrece la intervención psicosocial diferencial a familias en situación y condición de desplazamiento, con el fin de alcanzar cambios positivos en las relaciones intrafamiliares y a la vez que se fortalecen sus procesos participativos en la comunidad.

El equipo integrado de Salud a su Casa en 2011 quedo conformado de la siguiente manera:

- Agente Comunitario
- Gestor en salud
- Técnico Entornos
- Higienista oral familiar
- Médico-a familiar
- Enfermero-a familiar
- Profesional en Psicología- trabajo social
- Nutricionista
- Profesional en terapias: física u ocupacional
- Profesional área social- humanas
- Profesional Soporte Operativo
- Profesional soporte entornos
- Profesional soporte en salud oral

Funciones:

- Alistamiento, las actividades de este paso se relacionan con los subprocesos de inducción y reinducción a equipos, los procesos de caracterización, categorización y articulado al subproceso de Coordinación, planificación y gestión institucional, territorial y operativa del ámbito Gestión Integral del Ámbito.

- Realizar acciones de asesoría y seguimiento en casa por parte de los equipos integrados de salud que aporten al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de las familias de los microterritorios de Salud a su Casa de la ciudad.
- Promover la salud y prevenir daños a la misma mediante acciones de información, educación, comunicación (IEC) consensuadas con la familia en un “plan de seguimiento familiar a partir del reconocimiento de sus capacidades y empoderando en el ejercicio de derechos.
- Divulgar los derechos y beneficios en los servicios de salud a las familias de microterritorios, incluyendo el enfoque diferencial para familias en desplazamiento, étnicas y situación de discapacidad.
- Identificación y canalización de la población hacia servicios de salud de acuerdo a su afiliación al SGSSS y a los servicios sociales con retroalimentación de la adherencia a programas de salud a través del ámbito IPS, en el caso de la población cuya prestación sea contratada con la ESE, y del acceso efectivo a servicios sociales por parte de gestión local.
- Contribuir a la vigilancia de los eventos en salud pública a través de la notificación de eventos a vigilancia comunitaria.

Las actividades para las primeras visitas de todas las familias y de las familias diferidas que realizan los Equipos Integrados son:

Nombre de la acción 1: Primera visita de caracterización, actualización de novedades y medición de la vulnerabilidad de la familia.

Familia: Todas las de microterritorios SASC en barrido inicial y actualización permanente de microterritorios

Tiempo: 1 hora

Responsable(s): Gestor en Salud

Actividades por momentos:

- Momento 1:
 - Caracterización de la familia si esta es nueva, identificación y caracterización de núcleos familiares o actualización de novedades.
 - Medición de vulnerabilidad y categorización de la familia en todas las familias con valoración de vulnerabilidad.
- Momento 2
 - Concertación con la familia del plan familiar y registro de seguimiento en el cual deberá quedar acordada la siguiente visita en el caso de familias

inmediatas y urgentes. Información, educación y comunicación sobre aspectos priorizados.

- Momento 3 solo aplica a familias diferidas
 - Canalización a servicios de salud o sociales en caso necesario y de preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de formato para la canalización de prestación de servicios de salud y registro.
 - Acuerdo con la familia de una segunda visita en el año que será concertada de forma telefónica días antes de su realización.

Nombre de la acción 2: Segunda visita de asesoría y seguimiento

Familia: Diferidas

Tiempo: 1 hora

Responsables: Gestor en salud

Actividades por momentos:

- Momento 1:
 - Seguimiento al plan familiar.
 - Actualización de Novedades.
 - Información, educación y comunicación de acuerdo a prioridades.
 - Concertación de ajuste del plan familiar de seguimiento con la familia de acuerdo a compromisos, novedades o redefinición de su vulnerabilidad

- Momento 2:
 - Canalización a servicios de salud o sociales en caso necesario y de preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de Formato.
 - Registro de actividades en el Formato y registro en el plan familiar de seguimiento.
 - Evaluación de las visitas realizadas según Encuesta de Satisfacción si la familia está en la muestra que se define en la SDS y solamente si se cierra el proceso en el año con la familia.

Nombre de la acción 2: Segunda visita de inicio de esquemas según grupo poblacional o condición priorizada

Familias: inmediatas y urgentes

Tiempo: Máximo 2 horas (previo acuerdo con la familia)

Responsables: Técnico o profesional del equipo integrado de acuerdo a priorización en plan familiar de seguimiento

Actividades por momentos:

- Momento 1
 - Caracterización específica del (los) grupos o condiciones priorizadas, se hará para varios integrantes en caso que según esquema pueda ser realizada por el mismo profesional.
 - Información, educación y comunicación según necesidad y guiado por el contenido de cada esquema para grupos o condiciones priorizadas.
 - Generación de compromisos

- Momento 2:
 - Canalización a servicios de salud o sociales en caso necesario y de preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de Formato y registro.
 - Indagación de novedades y registro de actividades y de ajustes al plan familiar de seguimiento.

5. Departamento de Boyacá:

En el departamento de Boyacá se adoptó el Modelo de Atención Primaria en Salud con enfoque en Salud Familiar (APS - SF) para la optimización e integración del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como Política Pública en Salud para el Departamento.

El título II del plan de desarrollo departamental desarrollo social incluyente ¡Para seguir creciendo 2008-2011!, busca el bienestar de la comunidad boyacense mediante un desarrollo equilibrado y sostenible que permita el fortalecimiento del tejido social.

El Departamento de Boyacá desarrolla políticas públicas en salud, que propician mejores condiciones y calidad de vida de los boyacenses y su entorno en el ámbito colectivo, familiar e individual; preparándolos para enfrentar los riesgos y potenciar su capacidad de respuesta ante sus necesidades en salud.

Con la estrategia APS se busca superar las inequidades existentes, fortalecer la capacidad de la comunidad para reducir las desigualdades en materia de salud, abordar las causas de la falta de salud y de equidad en el servicio y como herramienta en el logro de los objetivos de desarrollo contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (Objetivos de Desarrollo del Milenio u ODM), así como para abordar las causas fundamentales de la salud.

Tiene los siguientes objetivos:

- Garantizar las condiciones de acceso de la población boyacense al aseguramiento en los diferentes regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan a la población boyacense.
- Fortalecer las acciones de promoción de la salud y calidad de vida, prevención de riesgos, inspección vigilancia y control de factores de riesgo que afectan la salud y su entorno con el fin de mejorar condiciones de salud de la población.

Las Metas planteadas son:

Lograr cobertura universal de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Reducir a 15 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de 1 año
Reducir a 18,8 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de 5 años.

Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI por encima del 95%, en niños y niñas en menores de 1 año y de un año.

Reducir la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, en 1 punto.

Reducir por debajo de 7 por cien mil mujeres, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino.

Los Equipo de APS en Boyacá están conformados por:

- Intramural: Medico, Odontólogo, Bacteriólogo y Enfermera.
- Extramural: Medico, Enfermera, Psicóloga, Cinco Auxiliares de Enfermería o Salud Publica y Técnico de Saneamiento ambiental por cada 2.500 familias

Actividades de los equipos: asegurar la cobertura, ser el primer contacto, orientación familiar y comunitaria, acciones de promoción y en la prevención.

Descripción Individual Por Cada Uno De Los Cargos:

Auxiliar de enfermería en salud pública

El titular se encargará de realizar visitas a los hogares que presenten mediano y bajo riesgo. Tiene a su cargo un grupo de familias asignadas, cuyo número que varía de acuerdo a la dispersión geográfica y seguridad de la zona asignada.

Funciones son:

- Realizar la caracterización de las familias, mediante visita domiciliaria.

- Realizar el mapeo y georeferenciación de las viviendas y familias asignadas.
- Mantener actualizadas y organizadas las tarjetas de las familias asignadas.
- Hacer las vistas domiciliarias de mediano y bajo riesgo de acuerdo a la programación definida por la enfermera coordinadora del EQUIPO DE SALUD FAMILIAR, teniendo en cuenta las actividades aquí descritas para realizar la vista domiciliaria.
- Acompañar y orientar en campo al EQUIPO DE SALUD FAMILIAR para la realización de vistas de alto riesgo.
- Informar al EQUIPO DE SALUD FAMILIAR sobre los logros y dificultades relacionadas con el desarrollo del plan de cuidado para las familias según riesgo.
- Articular las intervenciones con operadores de otros programas de atención y visitas a las familias.
- Realizar la convocatoria de personas y familias a las actividades de los programas de salud: Jornadas de vacunación, clubes de hipertensos, talleres, grupos de apoyo entre otros.
- Contribuir y participar en actividades de educación continuada con y para el EQUIPO DE SALUD FAMILIAR de acuerdo a sus competencias específicas.

Técnico en saneamiento ambiental

El técnico ambiental está a cargo de las familias que tienen riesgos relacionados con la vivienda y su entorno y requieren de su orientación y gestión para modificar el riesgo sanitario y ambiental de las familias y sus viviendas.

Funciones:

- Realizar la caracterización de las familias, mediante visita domiciliaria en el componente Saneamiento Básico (Agua, Residuos, Excretas, Alimentos, Plagas, Convivencia con animales domésticos, Ordenamiento y Aseo y Uso y Manejo seguro de plaguicidas).
- Mantener actualizadas las tarjetas de las familias intervenidas en el componente Saneamiento Básico
- Hacer las vistas domiciliarias de mediano y bajo riesgo de acuerdo a la programación definida por la enfermera coordinadora del EQUIPO DE SALUD FAMILIAR.
- Acompañar en campo al EQUIPO DE SALUD FAMILIAR para la realización de vistas de alto riesgo.
- Informar al EQUIPO DE SALUD FAMILIAR sobre los logros y dificultades relacionadas con el desarrollo del plan de Saneamiento Básico establecido en cada familia intervenida según riesgo.
- Articular las intervenciones con otros sectores del municipio como Empresas de Servicios Públicos, Planeación y Alcalde Municipal, Infraestructura y Obras Públicas y, de ser necesario con la Autoridad Ambiental.

- Efectuar las actividades de educación en salud y protección del medio ambiente dirigidas a las familias intervenidas; en temas como potabilización del agua, disposición sanitaria de desechos sólidos y líquidos, control de plagas, protección de alimentos, ordenamiento de la vivienda, enfermedades zoonóticas y manejo seguro de sustancias químicas, entre otros.
- Contribuir y participar en actividades de educación continuada con y para el EQUIPO DE SALUD FAMILIAR de acuerdo a sus competencias específicas.
- Participar en trabajos de atención primaria en salud orientados a conocer las causas, efectos y factores determinantes y que inciden en la calidad del agua, alimentos y en general en el entorno de la vivienda.
- Participar en el estudio y análisis de caso de familias consideradas en riesgo por el EQUIPO DE SALUD FAMILIAR.
- De acuerdo con las necesidades de cada vivienda, establecer propuestas de alternativas de mejoramiento encaminadas a reducir factores de riesgo del ambiente sobre la Salud Humana de esa vivienda.

Enfermera

El titular se encargará de realizar visitas a los hogares que presenten alto, riesgo. Cada enfermera tiene a su cargo un equipo de auxiliares de enfermería, para atención de un número determinado de familias. La enfermera realiza el seguimiento a familias de alto riesgo de manera coordinada con los demás integrantes del EQUIPO DE SALUD FAMILIAR. Además desarrolla intervenciones de salud para todas aquellas familias y grupos de la comunidad que requieran proceso de promoción, prevención.

Funciones:

- Cuando sea indicado o necesario, realizar intervenciones integrales a los individuos y familias en la vivienda o en los demás espacios comunitarios y en todas las etapas del ciclo vital haciendo énfasis en el cuidado.
- Participar en la formulación, desarrollo y evaluación de los planes de cuidado a familias en alto riesgo y los demás que requieran del criterio de enfermería.
- Realizar la consulta de enfermería conforme a las disposiciones legales vigentes: a nivel del individuo se registrará por las normas y guías de atención definidas para la detección temprana y la protección específica. Las intervenciones a nivel comunitario y familiar se realizarán siguiendo el principio de promoción del autocuidado; hasta que se construyan guías de atención específica para estos grupos.
- Planear, coordinar y hacer seguimiento a las actividades desarrolladas por el grupo de auxiliares en salud pública.
- Programar, coordinar y participar en actividades de educación continuada del EQUIPO DE SALUD FAMILIAR.

- Fomentar la articulación entre los miembros del EQUIPO DE SALUD FAMILIAR como personas y entre las acciones que ellos desarrollan.

Médico

El titular de este cargo participa en la construcción de los planes de cuidado de las familias y el seguimiento de las que están en alto riesgo y, que por alguna razón a pesar del acompañamiento del resto del EQUIPO DE SALUD FAMILIAR, no presentan adherencia al cuidado o al tratamiento adicionalmente realizará atenciones individuales integrales a nivel intra y extramurales, individuales y comunitarias, articulando con las IPS respectivas, gestionando la trazabilidad del paciente cuando se requiera.

Funciones:

- Realizar intervenciones integrales a los individuos y familias cuando sea indicado o necesario en la vivienda o en los demás espacios comunitarios y en todas las etapas del ciclo vital haciendo énfasis en el diagnóstico y el tratamiento iniciales
- Realizar la consulta clínica conforme a las disposiciones legales vigentes.
- Participar en la formulación, desarrollo y evaluación de los planes de cuidado a familias en alto riesgo y los demás que requieran del criterio médico.
- Contribuir y participar en actividades de educación continuada con y para el EQUIPO DE SALUD FAMILIAR de acuerdo a sus competencias específicas.
- En ausencia de la enfermera; planear, coordinar, gestionar y evaluar las actividades del EQUIPO DE SALUD FAMILIAR.
- Coordinación con otros miembros del EQUIPO DE SALUD FAMILIAR cuando se identifique a través de la consulta un retroceso en el plan de cuidado o en las soluciones del mismo.

Psicólogo

El titular se encargará de realizar visitas a los hogares que presenten alto, riesgo. Tiene a cargo un número determinado de familias, y realiza seguimiento a las de alto riesgo en coordinación con el EQUIPO DE SALUD FAMILIAR en acciones del componente comunitario. Además desarrolla intervenciones de salud mental para todas aquellas familias y grupos de la comunidad que requieran proceso de promoción, prevención, atención o recuperación de la salud mental.

Funciones:

- Cuando sea indicado o necesario, realizar intervenciones integrales a los individuos y familias en la vivienda o en los demás espacios comunitarios y en todas las etapas del ciclo vital dentro del plan de atención integral de la familia. (PAIF)
- Promover la línea Amiga (106) de apoyo psicosocial para intervención en crisis, con servicio las 24 horas a la comunidad.
- Participar en la formulación, desarrollo y evaluación de los planes de cuidado a familias en alto riesgo y los demás que requieran del criterio de psicología.
- Realizar las valoraciones y consulta psicológica conforme a las disposiciones legales vigentes: a nivel del individuo se regirá por las normas y guías de atención definidas para la detección temprana y la protección específica. Las intervenciones a nivel comunitario y familiar se realizarán hacia la promoción de la salud mental.
- Contribuir y participar en actividades de educación continuada con y para el EQUIPO DE SALUD FAMILIAR de acuerdo a sus competencias específicas.

Trabajador social

Realizar seguimiento socio - familiar a las familias en riesgo. Promoviendo en el marco de la estrategia de APS SALUD FAMILIAR, la coordinación interinstitucional y el desarrollo de capacidad de respuesta local, para las familias participantes de la estrategia a través de espacios de articulación y planeación local. Constituyendo y fortaleciendo redes de apoyo para lograr la movilización social.

Funciones:

- Identificar la oferta de servicios sociales locales que permitan articular a las familias participantes de la estrategia APS SALUD FAMILIAR con alternativas de desarrollo social que se reflejen en el mejoramiento de las condiciones de vida de los miembros de la familia.
- Integrar las acciones locales de salud, educación , bienestar social, cultura y otros, desde un enfoque de derechos para enfrentar los determinantes de deterioro de la calidad de vida.
- Orientar los procesos y procedimientos para el abordaje sociofamiliar de los programas “También soy Persona” “Plan de Atención integral a la Familia” y “El Arte de Cultivar la Salud Mental”
- Contribuir y participar en actividades de educación continuada con y para el EQUIPO DE SALUD FAMILIAR de acuerdo a sus competencias específicas.

Nutricionista – Dietista

El titular se encargará de realizar visitas a los hogares que presenten riesgo medio y alto. Tiene a cargo un grupo determinado de familias, y realiza seguimiento a las de bajo riesgo en coordinación con el EQUIPO DE SALUD FAMILIAR en acciones del componente comunitario. Además desarrolla intervenciones de salud nutricional para todas aquellas familias y grupos de la comunidad que requieran proceso de promoción, prevención, atención o recuperación de su estado nutricional.

Funciones:

- Cuando sea indicado o necesario, realizar intervenciones integrales a los individuos y familias en la vivienda o en los demás espacios comunitarios y en todas las etapas del ciclo vital dándole prioridad a niños con riesgo nutricional y gestantes de bajo peso.
- Participar en la formulación, desarrollo y evaluación de los planes de cuidado a familias en mediano y alto riesgo.
- Realizar las valoraciones y consulta nutricional conforme a las disposiciones legales vigentes: a nivel del individuo se registrará por las normas y guías de atención definidas para la detección temprana y la protección específica. Las intervenciones a nivel comunitario y familiar se realizarán hacia la promoción de los buenos hábitos alimenticios y la salud nutricional dirigidos especialmente hacia las gestantes, niños lactantes, niños menores de 5 años, adultos mayores y los enfermos crónicos.
- Programar y participar en actividades de educación continuada del EQUIPO DE SALUD FAMILIAR en aspectos de promoción de los buenos hábitos alimenticios y la salud nutricional.
- Supervisar la entrega de los paquetes alimentarios determinados en los planes de acción de las familias.
- Hacer seguimiento al impacto nutricional de los proyectos productivos de seguridad alimentaria.
- Colaborar en la conformación de redes de apoyo social contra la desnutrición incluyendo el sistema alerta – acción.

6. Municipio de Bucaramanga:

El programa ISABU en su barrio es un programa desarrollado con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque centrado en la persona, familia y comunidad. Identifica las necesidades con participación comunitaria y las resuelve con acciones intersectoriales.

La Meta del programa es que luego de 4 años de implementado el programa ISABU en su Barrio para las familias del régimen subsidiado del municipio de Bucaramanga, se habrán

valorado 70.000 familias y aumentado en un 50% la inscripción y adherencia a los programas de promoción y prevención.

El Objetivo general es aumentar la adherencia a los programas de promoción y prevención y ejecutar acciones que contribuyan al mejoramiento de la salud y la calidad de vida, en la población más pobre y vulnerable.

Actividades de los equipos:

- Caracterización familiar
- Canalización a los programas de promoción y prevención.
- Capacitaciones a grupos familiares y líderes comunitarios.

7. Departamento de Valle:

El objetivo es contribuir a mejorar el estado de salud de la población vallecaucana a través del incremento en el acceso a los servicios de salud, de la gestión de condiciones locales que permitan a las personas llevar una vida sana y de la generación de escenarios para el ejercicio pleno del derecho a la salud.

Las actividades de la APS en el Valle se implementa a través de la atención integral, con énfasis en la Promoción y Prevención individual y colectiva, coordinación intersectorial y participación social, operativizadas mediante:

- La concurrencia a todos los municipios del Departamento, para las intervenciones a la población general; mediante el concurso de equipos extramurales del primer nivel de complejidad, articulados a la oferta de la red pública de salud de los otros niveles de complejidad complementarios.
- Promoción para adaptar las estructuras institucionales, orientadas a la prestación de servicios, fortaleciendo las actividades a nivel individual y colectivo en las instituciones de primer nivel de complejidad, Direcciones Locales de Salud (DLS) y Empresas Promotoras de Salud del Contributivo y Subsidiado (EPS-C/ EPS-S).
- Promoción de la necesidad de vinculación de otros sectores a la estrategia, y su articulación con el sector salud.
- Asignación de responsabilidades territoriales a equipos extramurales del primer nivel de complejidad, articulados con otras instituciones de niveles de complejidad superiores.
- Integración de intervenciones a nivel municipal con diferentes sectores
- Integración entre las acciones de salud pública y de prestación de servicios
- Planificación y toma de decisiones basadas en datos consistentes
- Desarrollo y mejoramiento del recurso humano

- Movilización intersectorial y de organizaciones sociales para la intervención de los determinantes sociales de la salud
- Uso de la información en espacios periódicos de análisis y realimentación intersectorial para la toma de decisiones
- La Dirección Departamental concierta con las EPS del Contributivo y Subsidiado para la definición de las intervenciones colectivas a nivel de los municipios, a través de la conformación de Equipos extramurales de primer nivel de complejidad que se articularán en la operación con otros niveles de complejidad superior y direccionamiento de la atención en salud de la Población objeto de atención por cada actor del sistema.
- La Dirección Departamental concertará con las DLS para la articulación de las intervenciones colectivas a nivel de los municipios, para la atención de la Población objeto de atención del municipio.

Los equipos de APS son financiados por el Departamento, al menos uno por cada municipio y asignados según criterio poblacional con población vulnerable. Los criterios fueron los siguientes: un médico, una enfermera, un odontólogo, un profesional del área de las ciencias sociales, un técnico de saneamiento y forjadores, que irán en número de cuatro a ocho, teniendo en cuenta la cobertura territorial a realizar.

Los agentes de salud se asignarán y seleccionarán de las comunidades indígenas o afro descendientes de los municipios con mayor presencia de éstas poblaciones: Municipios de Dovio, Bolívar, Buenaventura, Florida y Pradera. Éstos realizarán acciones con enfoque etnocultural, asumiendo responsabilidad territorial en un área geográfica específica.

El Equipo Departamental de APS es conformado por profesionales interdisciplinarios con experiencia en el abordaje de estrategias e intervenciones en salud pública con los sectores y con la comunidad. Realizarán funciones de asistencia técnica a los diferentes actores del sistema de seguridad social a nivel municipal y regional, articulación intersectorial y desarrollo de proyectos y programas de salud que hacen parte del plan territorial del Departamento en sus diferentes ejes.

Equipos Extramurales del Primer Nivel de Complejidad de los Municipios:

Los Equipos Extramurales del Primer Nivel de Complejidad aportan beneficios sociales y de salud significativa, el trabajo se focalizará hacia intervenciones en sectores de mayor riesgo biopsicosocial indicados mediante indicadores previamente establecidos, teniendo especial cuidado con riesgos presentes en las diez prioridades de salud pública.

Los Equipos Extramurales deberán partir del conocimiento de la comunidad, su cultura, sus redes sociales, estableciendo concertación y negociación con los habitantes,

promoviendo la autogestión, auto cuidado y garantizando el acceso a la población al SGSSS.

Funciones de los equipos extramurales del primer nivel de complejidad:

- Caracterización poblacional
- Efectuar actividad de formación territorial, facilitado por el conocimiento de las realidades locales.
- Operativizar la estrategia de APS como primer contacto con la comunidad y operar la política social del Departamento del Valle del Cauca.
- Articular y acompañar procesos de salud y desarrollo social en marcha en cada localidad.
- Desarrollar acciones en equipo que garanticen el ingreso de la población a cualquier institución de cualquier nivel de complejidad en la prestación de los servicios de salud, y de otros sectores y actores.
- Facilitar y promover la organización social y comunitaria para detectar y promover desde y hacia la comunidad la detección de riesgos y alcanzar soluciones institucionales y comunitarias participativas.
- Acciones asistenciales en algunas zonas distantes del departamento.

A continuación se exponen los perfiles y funciones de los integrantes de los equipos extramurales.

Medico

Perfil:

- Título universitario registrado
- Certificación de año rural
- Experiencia mínima de seis meses en trabajo comunitario, familiar y atención directa en servicios ambulatorios
- Actitud favorable hacia el trabajo comunitario y familiar y/o haber realizado algún estudio en APS
- Experiencia demostrable en trabajo comunitario y/o familiar

Funciones:

1. Elaborar un Plan Operativo de acción mediante indicadores así como cronograma de ejecución de las acciones mensuales de manera coordinada con el equipo local y socializarlo con la Gerencia de APS Departamental.
2. Participar en la elaboración del diagnostico de salud de su población detectando grupos vulnerables y factores de riesgo e implementando acciones tendientes a su disminución

3. Ejecutar acciones que den solución a los problemas de salud identificados en el diagnóstico.
4. Capacitar a la familia y al individuo para que asuma conductas responsables en el cuidado de la salud.
5. Fomentar la articulación intersectorial y multidisciplinaria en la gestión de los cuidados de salud a la población.
6. Visitas domiciliarias y trabajo de campo para detectar y prevenir integralmente problemas de salud ofertando servicios de salud que permitan la disminución de factores de riesgo y la potenciación de factores protectores.
7. Asistencia en salud de la población a cargo; contrabajo intra o extramural.

Enfermera

Perfil:

- Título universitario registrado
- Certificación de año rural
- Experiencia mínima de seis meses en trabajo comunitario, familiar y atención directa en servicios ambulatorios
- Actitud favorable hacia el trabajo comunitario y familiar y/o haber realizado algún estudio en APS
- Experiencia demostrable en trabajo comunitario y/o familiar.

Funciones:

- a) Coordinación operativa del Equipo extramural.
- b) Elaborar un Plan Operativo de acción mediante indicadores así como un cronograma de ejecución de las acciones mensuales.
- c) Participar en la elaboración del diagnóstico de salud de su población detectando grupos vulnerables y factores de riesgo e implementando acciones tendientes a su disminución.
- d) Ejecutar acciones que den solución a los problemas de salud identificados en el diagnóstico.
- e) Capacitar a la familia y al individuo para que asuma conductas responsables en el cuidado de la salud.
- f) Fomentar la articulación intersectorial y multidisciplinaria en la gestión de los cuidados de salud a la población.
- g) Detectar las necesidades educacionales y elaborar programas de educación para la salud, acciones articuladas con los forjadores y agentes educativos.
- h) Visitas domiciliarias y trabajo de campo para detectar y prevenir integralmente problemas de salud ofertando servicios de salud que permitan la disminución de factores de riesgo y la potenciación de factores protectores.

8. Municipio de Cali:

La estrategia de APS busca desarrollar intervenciones en salud pública en territorios con poblaciones específicas a través de acciones intersectoriales, participativas, colectivas e integrales, orientadas por el enfoque de determinantes sociales, tendientes a contribuir al desarrollo local, mejorando indicadores de salud de los individuos, su familia y la comunidad. Además, se prevé como primordial la sistematización de los registros de salud, en los cuales las historias clínicas se actualizan en tiempo real. Ahora bien, el enfoque del diagnóstico que se propone tiene tres niveles: individual, familiar y comunitario, así se aseguran los esfuerzos extramurales para obtener la integralidad del autocuidado y de la participación familiar y comunitaria en el mismo. Por último, se plantea la importancia de establecer un 'sistema de gestión territorial intersectorial para el abordaje de los determinantes sociales con una amplia participación social y comunitaria' (Secretaría de Salud de Cali 2010 b:16). De esta manera, el modelo de salud, basado en los principio de APS se propone implementar a través de la articulación constante de tres dimensiones. La de gobierno, que es el ejercicio de la autoridad sanitaria; la del territorio, que refiere a comunas y corregimientos en donde se promocionen relaciones intersectoriales y comunitarias para lograr identificar y dar solución de a los problemas; y por último, la dimensión poblacional, que busca fomentar la autogestión en salud.

La estrategia se organiza en un comité estratégico el cual tiene funciones específicas. El comité consta de las siguientes personas: Secretario de Salud, jefe de grupo de Salud Pública, jefe de grupo de aseguramiento y desarrollo de servicios. Representantes de grupos: Planeación, Participación Social, Área Ambiental, Promoción y Prevención y Vigilancia Epidemiológica.

Las funciones de este comité son: Direccionamiento político y administrativo de la gestión operativa local; formulación y gestión del plan estratégico municipal; realización, seguimiento, monitoreo y evaluación de planes por área; retroalimentación al comité técnico de SSPM sobre avances y resultados; implementación de ajustes necesarios en forma oportuna.

Para operativizar la estrategia se conformaron equipos para trabajar en los barrios y comunas conformados por personal asistencial y de salud pública de la siguiente manera:

1 trabajador social, 1 salubrista, 1 psicólogo, 1 enfermera, 2 educadores en salud, 1 profesional ambiental, 4 técnicos de saneamiento, 10 auxiliares de enfermería, 3 higienistas orales, 2 agentes comunitarios, 1 auxiliar administrativo, 2 transportes.

Entre las funciones principales de los equipos esta contribuir de manera efectiva en la construcción del proyecto significativo de vida de todos los ciudadanos a través del trabajo

intersectorial con las entidades del gobierno local y con las organizaciones sociales y políticas de los territorios priorizados.

9. Departamento de Cundinamarca:

La gobernación de Cundinamarca plantea que la participación ciudadana es fundamental para poder articular acciones que redunden en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud de la población pobre y vulnerada del Departamento. Es importante resaltar que el enfoque principal de la gobernación es en planes de salud comunitaria, en la medida en la que se busca detectar y resolver los problemas prioritarios y específicos de la población del Departamento. Se propone, sin embargo, desarrollar, adaptar y evaluar políticas que fomenten y fortalezcan la participación social, la cual es señalada como un mecanismo de empoderamiento, aunque este aspecto no se encuentra tan desarrollado como en los casos anteriores. El objetivo de este enfoque está en fortalecer el sistema de promoción y prevención a través de unidades diagnósticas móviles para así lograr atención personalizada en barrios, veredas, colegios y escuelas. Además propone activar un programa de atención de primer nivel que esté dirigido específicamente a las familias en condición de vulnerabilidad.

El plan “Salud para mi Pueblo” está encaminado a generar un modelo de atención integral de la salud que identifique y dé solución a las necesidades particulares de la comunidad cundinamarquesa; que integre y optimice la atención individual y colectiva; que, además, esté enfocada en la salud ambiental y laboral y que fortalezca el apoyo de redes sociales. En este sentido, el plan propone desarrollar estrategias para fomentar la participación social y así lograr el empoderamiento de la comunidad.

Acorde con la normatividad vigente se desarrollan las siguientes líneas de política:

1. La promoción de la salud y la calidad de vida.
2. La prevención de los riesgos
3. La recuperación y superación de los daños en salud.
4. La vigilancia y gestión del conocimiento
5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Para el cumplimiento de los componentes enunciados se han desarrollado estrategias que permiten su cumplimiento y hacen posible que se llegue con las acciones a la población objeto.

Las principales estrategias son las de detección del riesgo en el ámbito familiar por medio de las “promotoras de salud”; jornadas de atención extramural con “brigadas de salud”; asistencia técnica en las diferentes prioridades a municipios e IPS con grupos de

profesionales interdisciplinarios “patrullas de salud pública” y la inclusión de nuevos biológicos, fortaleciendo el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI PLUS.

Las acciones propias de promoción de salud, prevención de la enfermedad y detección de riesgos individuales y colectivos son la prioridad de la intervención de APS, orientando a las personas a los servicios de salud, de acuerdo con su aseguramiento y realizando seguimiento permanente a cada uno de los miembros de las familias a través de un equipo de 700 auxiliares de enfermería o auxiliares en salud pública, contratados por las administraciones municipales e IPS públicas, de acuerdo con sus necesidades y recursos, definiendo claramente las áreas de intervención prioritarias del Departamento, bajo los parámetros de perfil epidemiológico, vulnerabilidad, accesibilidad a los servicios de salud y situación económica.

10. Municipio de Manizales:

La estrategia de APS se observa como un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y las familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos, y con su plena participación. Se resalta la importancia de mejorar la calidad de vida la población rural y urbana de la ciudad, especialmente de la población afiliada al régimen subsidiado y a la población pobre no asegurada.

El objetivo principal es impactar en el perfil epidemiológico del Departamento. Es importante resaltar que a diferencia de la mayoría de las otras experiencias, Manizales no hace referencia directa a un componente de ‘participación social’ aunque sí existe la visita domiciliaria en las que se presta atención médica. El enfoque se da principalmente en la atención.

Como actividades principales se presentan la atención domiciliaria integral, la atención comunitaria que constituye acciones extramurales de promoción y prevención impartidas por el equipo multidisciplinario y la atención en las unidades básicas de atención, en las que se ofrece atención básica primaria.

Equipos extramurales interdisciplinarios que cuentan con médicos, enfermeras, higienistas orales, auxiliares de enfermería, promotoras de salud, técnico de saneamiento y líderes comunitarios, agentes comunitarios Unidades primarias de atención. El recurso humano en Manizales está compuesto por: médicos, enfermeras, odontólogo, psicólogo, nutricionista, trabajadora social, fonoaudióloga, fisioterapeuta, técnico educación física, técnico saneamiento, auxiliares enfermería y promotoras de salud.

La atención comunitaria está a cargo de las auxiliares de salud pública, con perfil de auxiliares de enfermería o promotoras de salud. Ejecutan su trabajo en las familias,

basadas en la ficha familiar con enfoque de riesgo. Su labor es la de generar autocuidado, tamizaje y remisión de casos de riesgo y seguimiento.

11. Departamento de Santander:

En el departamento de Santander del Sur se busca mejorar la situación de salud de la población a través de la integración de esfuerzos de los diferentes actores del SGSSS y los otros sectores propiciando una cultura de salud que permita anticipar riesgos, orientar los servicios de salud hacia la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la atención integral con amplia participación comunitaria. En este sentido, la participación social es un elemento fundamental de la intersectorialidad. La participación social se articula de forma que permite desarrollar planes de salud comunitaria (centrada en las necesidades de la población)) a la vez que fomenta la gestión en salud y el empoderamiento de la ciudadanía para participar en la delineación de programas de salud y así poder asegurar el goce efectivo de los derechos.

El Equipo provincial está compuesto por:

- Profesional de Enlace
- Profesional Medicina
- Profesional Enfermería
- Profesional Trabajo Social / Psicología
- Profesional de Nutrición
- Profesional en Salud ambiental
- Técnico de Salud Ambiental
- Técnico de E.T.V.

Las funciones de las gerencias provinciales son:

1. Liderar plan de trabajo equipo provincial para la asistencia técnica a la provincia.
2. Coordinar y concertar las acciones interdisciplinarias del equipo provincial.
3. Realizar seguimiento a las líneas programática del Departamento y de los municipios de la provincia.
4. Orientar la participación intersectorial a nivel provincial.
5. Realizar asesoría, evaluación a las ejecutorias mensuales de cada uno de los integrantes del equipo provincial,
6. Socializando resultados trimestral y semestralmente.
7. Mantener procesos de comunicación con los diferentes líneas programáticas y el equipo provincial
8. Participar en reunión mensual de planificación y seguimiento del proceso de APS con el equipo de gerencia provincial y líderes de Salud Pública

La competencia del profesional de enlace en el área de salud es:

- Lidera el equipo a nivel provincial.
- Coordina y concierta con autoridades municipales regionales las acciones colectivas de salud pública en particular y la política de salud pública en general.

Sus funciones son:

- Evaluar el grado de cumplimiento de los indicadores de Salud Pública Analizando logros y dificultades, en coordinación con los integrantes del equipo provincial.
- Conocer la situación de salud de su provincia y actualizar a los alcaldes y secretarios de salud del perfil de cada municipio.
- Brindar asistencia técnica, a los planes de beneficios colectivos (PIC – P y P POSs) del SGSSS, acorde con las competencias territoriales.
- Apoyar la implementación de la estrategia de atención primaria (APS) a nivel municipal y provincial
- Monitorear la ejecución de los recursos del plan de acciones colectivas PIC -POS en los municipios de la provincia, reportando las anomalías detectadas para ser presentados a los entes de control.
- Propiciar espacios y acciones de participación intersectorial, Interinstitucional y comunitaria.
- Asistencia técnica al equipo de salud municipal en la formulación e implementación de los POA, POAI seguimiento y concertación de planes de mejoramiento a nivel programático y financiero.
- Evaluar el cumplimiento de los planes de acción del equipo provincial y el recurso humano de complementariedad del Departamento.

Las funciones del profesional de medicina:

- a) Asesoría y asistencia técnica a la prestación de servicios de salud.
- b) Verificar en las IPS la calidad y oportunidad de las actividades de promoción y prevención,.
- c) participar en la evaluación del cumplimiento de los indicadores según normatividad vigente.
- d) Fortalecer el sistema de vigilancia en salud pública municipal y departamental, con participación en investigaciones de campo requeridas en COVES y COVECOM municipal y provincial.
- e) Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento de mortalidad materna y perinatal y a las normas de atención materno-perinatal establecidas.
- f) Capacitar y actualizar en protocolos de las guías de atención integral y demás líneas programáticas requeridas según diagnóstico epidemiológico y comunitario a los actores del SGSSS de cada municipio de la provincia

asignada.

- g) Realizar visitas de verificación a IPS de cada municipio en cumplimiento de requisitos esenciales, en coordinación de la oficina de acreditación y control.
- h) Promover la participación interdisciplinaria e intersectorial en los municipios de la provincia asignada.
- i) Sensibilizar hacia la implementación de la salud familiar e implementación del MAIBAP.

Funciones de la profesional de enfermería:

Brindar asistencia técnica, capacitación, vigilancia y evaluación a:

- -La gestión y logro de los indicadores de salud de las diferentes líneas prioritarias de salud pública
- Monitoreo a la notificación, investigaciones de campo y COVES, COVECOM Municipal y provincial.
- Brindar complementariedad al sistema de vigilancia en salud pública de los municipios a su cargo de acuerdo a los lineamientos departamentales y nacionales.
- Capacitar y Supervisar el cumplimiento de las normas técnicas y de la prestación del servicio de los programas de salud pública (lepra, tuberculosis, salud sexual y reproductiva, nutrición, AIEPI, PAI, entre otras) que se encuentran registrados en cada línea programática en el departamento y los municipios
- Verificar y asesorar las actividades que realiza la institución prestadora de servicios de salud, para mejorar la demanda inducida – MAIBAP.
- Brindar asistencia técnica a los actores del S.G.S.S. de los municipios de la provincia asignada, para la garantía de los derechos de los usuarios.

Funciones del profesional en psicología y/o trabajo social

- Apoyar la implementación de los lineamientos del PLAN DE SALUD PUBLICA de acuerdo a la normas vigentes, relacionado con las líneas programáticas en salud mental, salud sexual.
- Asistencia técnica, capacitación, seguimiento, evaluación y control de la política de Salud Mental, salud sexual y Consumo de Sustancias Psicoactivas, a los municipios de la provincia asignada.
- Fortalecer el monitoreo y capacitación e investigaciones de campo, del sistema de vigilancia de todos los eventos de salud mental, salud sexual, del departamento.
- Orientar los procesos de participación comunitaria, CLSSS, diagnóstico comunitario, consejo de política y social, RSA, Veeduría ciudadana entre otros.
- Brindar asesoría y seguimiento a la movilización y participación comunitaria en los procesos de implementación del MAIBAP y en la ejecución del plan de salud

publica municipal y provincial

- Brindar asistencia técnica seguimiento y evaluación a los proyectos de complementariedad, en IEC, salud sexual, mental y estilos de vida saludable del departamento en los municipios de su provincia.
- Brindar asistencia técnica en la promoción y difusión de los derechos y deberes en salud integral a todos los actores del sistema y en todos los grupos sociales,
- Fortalecer mecanismos que estimulen a los usuarios a la participación y uso adecuado de los SAC y SIAU, veedurías ciudadanas y redes sociales de apoyo en los municipios de la provincia asignada.
- Participar en las capacitaciones organizadas por la Secretaria de Salud Departamental y/o en su representación a nivel municipal, provincial o Departamental en lo relacionado con el MAIBAP y las líneas programáticas de su referencia

Funciones profesional en salud ambiental:

- Inspección, Vigilancia y Control de los Factores de Riesgo asociados al Ambiente, el Consumo y las Zoonosis
- Asesora actividades de IEC en áreas relacionadas con la Salud Ambiental.
- Asistencia técnica y capacitación para la implementación de la vigilancia
- Epidemiológica de Plaguicidas Órgano- Fosforados y Carbamatos – VEO.
- Diseña e implementa plan de acción anual para mejorar la calidad de vida, relacionada con el ambiente en los municipios de la provincia.
- Participar en la actualización y sistematización del Diagnóstico Sanitario del área de influencia.
- Realizar visitas de asistencia técnica, asesoría, supervisión y control de las actividades referentes a Salud Ambiental, en los Municipios asignados.

Funciones de la auxiliar en enfermería

- Elaborar el plan de trabajo en salud publica del área asignada teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del municipio, factores protectores y determinantes, en el marco del MAIBAP
- Mantener actualizado el mapa, censo de su comunidad y la información para clasificación de riesgo de la población a su cargo, utilizando los instrumentos del MAIBAP.
- Realizar coordinaciones intersectorial en pro de la equidad y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud integral.
- Propiciar espacios de comunicación entre los diferentes actores del sistema de salud de su comunidad como garante de los derechos fundamentales de las familias asignadas
- Realizar demanda inducida y remisiones hacia los diferentes servicios de salud

existentes en el municipio y/o área asignada.

- Realizar acciones de vigilancia epidemiológica, mediante las estrategias de BAI, BAC, Investigaciones de campo, de los eventos objeto de vigilancia y los requeridos por el ente municipal y/o Departamental
- Monitorear el cumplimiento de las acciones de promoción y prevención en el área asignada.
- Participar en la realización de acciones necesarias en los diferentes componentes de la salud pública asignadas por el municipio y/o Departamento.
- Asistir y participar en los COVECOM municipal y provincial.
- Participar en eventos de intensificación y Jornadas municipales, Departamentales y/o nacionales a que sea convocada.
- Participar en los eventos de capacitación programados por el nivel Municipal y/o Departamental.
- Permanecer en la localidad asignada para el cumplimiento de las funciones objeto del contrato.
- Presentar informes mensuales del cumplimiento de sus obligaciones.

12. Municipio de La Dorada:

Desarrollar procesos organizativos, formativos y preventivos, tendientes a socializar y ejecutar herramientas prácticas y conceptuales referentes a la salud, la educación, el deporte y la cultura, además de la convivencia a través de su puesta en marcha. En este municipio la participación social tiene dos dimensiones; la individual - familiar y la comunitaria. Se plantea que la interacción de estas dos dimensiones alcanzará el empoderamiento de las comunidades que permitan el acercamiento del estado a la comunidad y así lograr atender las necesidades requeridas por los individuos doradenses. Para lograr este objetivo es necesario crear estrategias para conocer dichas prioridades de la ciudadanía así como es fundamental dar a conocer los programas gubernamentales pensados para tal fin; de esta forma la participación social se convierte en medio para el empoderamiento de la comunidad en vez de caer en el asistencialismo, el cual, de acuerdo a la alcaldía del municipio, no contribuye al crecimiento de La Dorada.

En la Dorada La primera etapa es el levantamiento de la línea de base. Este levantamiento fue ejecutado con 21 cogestores encargados de encuestar y digitar con el instrumento ficha familiar, se alcanzó el 57.9% de cobertura de la población. Se hizo una subdivisión geográfica de los barrios de La Dorada y por cada 500 casas se crearon las Células de Acción Solidaria (CAS), cuyo propósito fundamental es prestar atención primaria social directamente en la comunidad. Se dividió la población por ciclos evolutivos. Cada célula tiene un equipo llamado Célula de Atención.

Este equipo está compuesto por una promotora de salud, un promotor de cultura, un promotor de deportes y una auxiliar de enfermería cada dos células. Además se creó un

grupo de apoyo compuesto por un padrino de gestión por célula, un comité evaluador de prioridades y grupo de acción. Hoy en día existen en el territorio 32 CAS de los 45 planeados para tener el 100% de la cobertura de la población priorizada.

En el desarrollo de la estrategia la promotora (técnicas en salud) tienen un papel central. Cada promotora tiene a su cargo una célula (500 casas) y está sola en la identificación de las problemáticas y de las necesidades de la población (muchas son las competencias requeridas a la promotora de salud). Su trabajo fundamentalmente es P y P e inducción a la demanda. La ESE local participa a la estrategia proporcionando 6 promotoras de salud.

13. Municipio de Versalles:

La implementación de la estrategia APS se realiza a través del programa llamado 'Versalles saludable'. Este programa está constituido desde la década de los 90 y ha buscado, desde entonces, brindar atención integral que apunta a mejorar y mantener la calidad de vida de los versallenses por medio de la creación de una red que asegure el acceso de la población al proporcionar centros de atención cercanos a las viviendas y los lugares de trabajo. La red está dispuesta de la siguiente manera: 'en la zona rural 7 corregimientos, cada uno con 1 puesto de salud que aglutinan 43 veredas y la zona urbana esta compuesta por 9 barrios; con acompañamiento permanente de un equipo intersectorial y multidisciplinario' (Alcaldía de Versalles 2010 a:12). En este contexto, las prioridades en salud se esgrimen a través del diagnóstico comunitario, en el que participaron la comunidad y los entes territoriales.

ACTORES POR LUGAR

1. Departamento de Antioquia:

Nivel departamental: Grupo de trabajo interdisciplinario de la DSSA, Comité Departamental de APS, Alianzas Interinstitucionales, Contratos con Operadores, U DE A y ECOSESA.

Nivel regional: Enfermera coordinadora de Región (9) y Profesional Universitario de los Equipos Técnicos Regionales (10).

Nivel municipal: Equipo DLS, Enfermera comunitaria, Gerente de sistemas de información, Promotores de vida, Talento Humano de otros programas y/o proyectos municipales.

2. Municipio de Barranquilla:

Las acciones individuales, familiares y colectivas que propenden por la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son llevadas a cabo por los caminantes de la salud, quienes hacen las visitas domiciliarias y quienes 'tienen como apoyo los equipos Básicos de Atención Primaria en Salud conformados por profesionales y técnicos que laboran en los P.A.S.O.S. Estos caminantes son los encargados de identificar factores de riesgos ambientales y de salud en los niveles individual, familiar y comunitario' (Secretaría de Salud de Barranquilla 2008: 14). Otros actores importantes son el ICBF y CAPRECOM EPS.

3. Departamento de Boyacá:

Los recursos humanos adecuados y comprometidos, incluyen a trabajadores comunitarios, gestores y personal de apoyo. Deben poseer los conocimientos y habilidades adecuados, además de observar las normas éticas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto. Los equipos multidisciplinarios son fundamentales para el enfoque de la APS - SF.

El Consejo Departamental de Seguridad Social en Salud realizara monitoreo y seguimiento al "Modelo de Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar" con el acompañamiento de representantes de las Universidades así:

- Un representante de las facultades/ escuelas de ciencias de la salud de las universidades públicas, designado por la Rectoría de la Universidad.
- Un representante de las facultades/ escuelas de ciencias de la salud de las universidades privadas, designado por la Rectoría de la Universidad.

El departamento de Boyacá fue dividido en subredes que se articulan con otros actores transversales, entre ellos: La Secretaria de Salud de Boyacá, la cual direcciona y apoya la articulación de los diferentes actores, financia, realiza inspección vigilancia y control, brinda apoyo técnico y actúa como vocero idóneo ante entidades nacionales e internacionales. Las alcaldías, que lideran la movilización social y coordinan las acciones de sus diferentes sectoriales (vivienda, acueductos, vías, educación, etc.) para resolver los problemas determinantes del estado de salud de su comunidad, detectados por los equipos de APS-SF y registrados en el SICAPS. Y las EPS encargadas de realizar la gestión del riesgo en salud y la garantía de la calidad de los servicios.

4. Departamento del Valle:

Se propuso la creación de una comisión interinstitucional que se convertiría en interlocutora de las ONG's, las organizaciones comunitarias y demás organizaciones civiles para coordinar con los diferentes ministerios y entidades territoriales la realización de proyectos sociales y la consolidación de organizaciones de menor tamaño que

actuaran en zonas marginadas.

Cuentan con talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado: Incluye a los proveedores, trabajadores comunitarios, gestores y personal de apoyo que deben poseer los conocimientos y habilidades adecuados, además de observar las normas éticas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto. Esto implica una planificación estratégica e inversiones a largo plazo en capacitación, empleo, incentivos para mantener al personal en su puesto, así como la ampliación y mejora de los conocimientos y las habilidades de los trabajadores de salud. Los equipos multidisciplinarios implican además de una combinación correcta de profesionales, una definición adecuada de funciones y responsabilidades, una distribución geográfica equitativa, y una capacitación que maximice su contribución a los resultados de salud y a la satisfacción de los trabajadores de salud y de los usuarios.

La gestión de la estrategia de APS está orientada por Secretario Departamental de Salud a través del equipo gerencial de APS, la cual se concertó y articulo procesos con las subsecretaría Técnica, de Gestión de Recursos y Directores Técnicos de la secretaría de salud departamental. Además de éste equipo, el grupo de planeación, los coordinadores de los diferentes ejes y prioridades del Plan Territorial en Salud Pública.

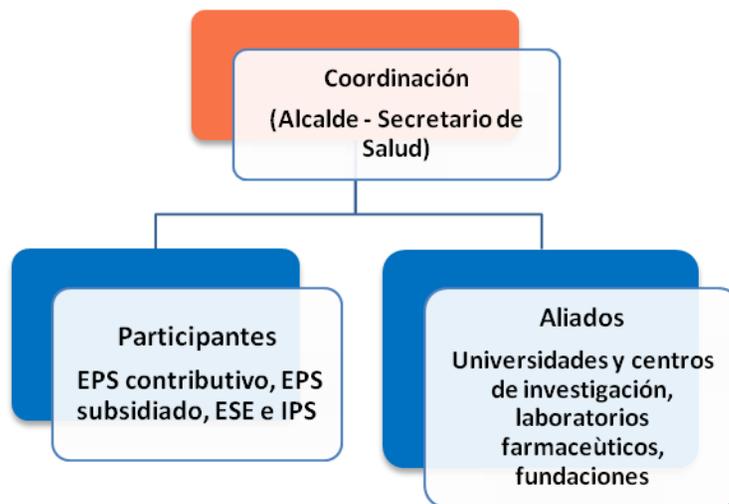
5. Municipio de Cali:

Se propone implementar APS a través de la ESE CENTRO, que está conformada por las 16 IPS públicas de las comunas 8, 9, 10, 11 y 12. El objetivo principal de operacionalizar la estrategia APS es mejorar las condiciones de salud de los habitantes de esa área de influencia, 'mediante la adopción de un sistema de riesgo en la gestión territorial en salud'. En este caso, como en los demás, se hace referencia a la necesidad de involucrar a la población. Para la Secretaría de Salud de Cali, es primordial lograr la autogestión en salud por parte de la población, para lo cual es necesario trabajar con la comunidad para identificar las problemáticas y así negociar las acciones y de metas comunes de desarrollo local. De igual forma se propone la 'promoción de la articulación de actores locales' (Secretaría de Cali 2010 a: 6).

Los integrantes de Comité Estratégico son:

Secretario de Salud, Jefe de grupo de Salud Pública, Jefe de grupo de Aseguramiento y Desarrollo de Servicios. Representantes de grupos: Planeación, Participación Social, Área Ambiental, Promoción y Prevención y Vigilancia Epidemiológica.

Se articula de la siguiente manera:



Fuente: Secretaría Santiago de Cali 2010.

6. Departamento de Cundinamarca:

La red pública prestadora de servicios de salud la conforman las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas departamentales, la Secretaría Departamental de Salud. Así como El Ministerio de la Protección Social con el apoyo del Instituto Nacional de Salud - INS; el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA; el Instituto Colombiano Agropecuario - ICA; el Instituto Nacional de Cancerología - INC; el Instituto Dermatológico Federico Lleras; el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF; la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales de salud del orden departamental, distrital y municipal, realizará las acciones de rectoría, seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas, estrategias, procedimientos, y acciones individuales y colectivas en salud pública, en el ámbito de sus competencias.

7. Municipio de Manizales:

- Universidades
- Galerías plaza
- Instituciones gubernamentales
- Organizaciones no gubernamentales
- Comunidad organizada y general

8. Departamento de Santander:

Secretaría Departamental, Universidad tecnológica de Santander, Universidad de Toronto. ESE, IPS, Equipos extramurales: auxiliar de enfermería.

9. Municipio de La Dorada:

Equipo CAS: promotora de salud (UNIVISA), promotor de cultura, promotor de deportes y auxiliar de enfermería cada dos células.

Grupo de apoyo: Padrino de gestión (por célula), comité evaluador de prioridades y grupo de acción.

Alcaldía municipal de La Dorada: Secretaría de salud, educación y bienestar social, Secretaría de planeación, Secretaría de gobierno, ESP, FONVIPO Comisaría de Familia.

10. Municipio de Versalles:

Sector salud, sector educativo, comité de cafeteros, Gobernación del Valle, sector agropecuario y del medio ambiente, administración municipal, SENA CLEM, corporación autónoma regional del Valle del Cauca C.V.C, parroquia la inmaculada, grupos organizados de la comunidad y el ICBF.

a. Rutas x lugar

11. Departamento de Antioquia:

Primer momento: diagnóstico participativo. Reconocimiento del contexto y diagnóstico Familiar.

Segundo momento: reflexivo- analítico. Análisis, validación y priorización con la comunidad.

Tercer momento: conciliaciones y acuerdos: Socialización municipal, negociación, acuerdos y compromisos.

Cuarto momento: planeación y organización. Formulación de proyectos.

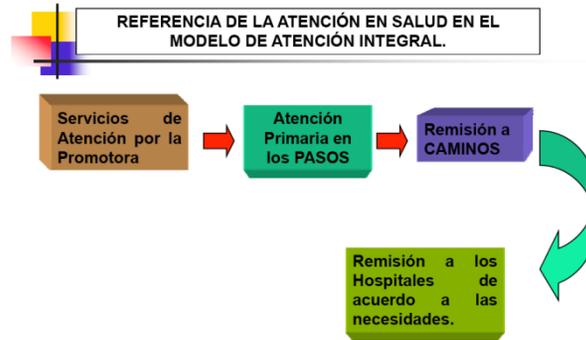
12. Distrito de Barranquilla:

La implementación del Modelo está fundamentada en cuatro estrategias de intervención:

Promoción y Fomento de la Salud - Atención Primaria: "La Salud En Mi Casa" Acciones para el Mantenimiento de la Salud. Acciones Para la Recuperación de la enfermedad. Acciones Complementarias.

Las promotoras hacen visitas domiciliarias y dan remisiones según diagnóstico individual y colectivo a las PASO, de ser necesario se remite a un CAMINO.

La ruta en Barranquilla es:



Cada PASO y CAMINO tiene asignada una población de acuerdo a su área de influencia para la implementación del programa. La promotora de salud será la encargada de visitar las familias y determinar el nivel de riesgo de cada uno de sus miembros.

13. Distrito de Bogotá:

Las categorías ordenadoras de las intervenciones colectivas en el ámbito familiar como escenario de operación de la estrategia salud a su casa son:

- a) Construcción de conocimiento a través del análisis de la determinación social de la salud y la calidad de vida en lo local y del desarrollo de prácticas para el posicionamiento apropiación del pensamiento estratégico.
- b) Posicionamiento político mediante la movilización social e institucional para mejorar la calidad de vida y salud y la Promoción y fortalecimiento de la participación social y de las redes promotoras de calidad de vida y salud.
- c) Direccionamiento estratégico para la salud y la calidad de vida por medio del diseño de respuestas integrales.

El programa Salud a su Casa se organiza mediante la conformación de microterritorios, cada uno con una cobertura de 1200 familias; el programa permanentemente prioriza las poblaciones con la mayor vulnerabilidad e inequidad social, por el déficit en la respuesta social y la complejidad de las problemáticas por las condiciones de vida a las que están expuestas.

Todo ciclo de intervención en las familias comienza con el proceso de caracterización y medición de la vulnerabilidad, este proceso clasifica las familias según su condición en inmediata, urgente y diferida. Con estos criterios, se organiza la respuesta para las familias en cada microterritorio dependiendo de los asuntos que le definen su vulnerabilidad.

El modo de intervención organizado para las familias, estará orientado desde la perspectiva de salud familiar, que implica un abordaje interdisciplinario más allá de los desarrollos y postulados de la medicina familiar.

Para ello se han definido dos escenarios, para realizar las intervenciones del programa: sesiones familiares en casa y encuentros de familias por su condición en el microterritorio; en este sentido se desarrollarán sesiones de visitas en casa y encuentros de familias o miembros de las familias según condición y situación. Cada familia según su clasificación de vulnerabilidad tendrá dos ciclos de intervenciones: a) Ciclo 1- Familias en intervención organizadas por prioridad de vulnerabilidad en inmediatas, urgentes y diferidas; b) Ciclo 2- Familias en seguimiento y mantenimiento.

- a) Ciclo 1- Familias en intervención organizadas por prioridad de vulnerabilidad en inmediatas, urgentes o diferidas; el modo de intervención en estos casos, estará organizado así:

FASE INTERVENCION

Caracterización y medición de vulnerabilidad- o actualización de novedades- Plan Familiar.

Análisis de riesgos en salud y en la vivienda, canalización y plan de visitas según prioridad.

Asesorías familiares por condición de mayor vulnerabilidad.

Promoción de prácticas favorables para la salud según condición y priorización.

Promoción de entornos entorno, hábitat y condiciones de calidad de vida de las familias- vivienda saludable o uso habitacional compartido con medio productivo.

Seguimiento plan familiar y refuerzo.

Participación Social

Las familias que culminan un proceso completo de ciclo 1 de intervención, pasarán al ciclo 2: seguimiento y mantenimiento.

- a) Ciclo 2- Familias en seguimiento y mantenimiento

En este ciclo se reforzarían las intervenciones de prácticas favorables para la salud, fortalecimiento de redes primarias y ampliación de la dinámica de participación social. Solo con la presentación de una situación de riesgo, se requiere comenzar el ciclo 1 de intervención o refuerzo de intervención, quiere decir que se retomaría a estas familias en fase de intervención. El esquema de operación de este ciclo será el siguiente:

FASE MANTENIMIENTO FAMILIAS SALUDABLES Y NOVEDADES

Actualización de caracterización y medición de vulnerabilidad- novedades

Refuerzo en Promoción de prácticas favorables para la salud según condición y priorización

Seguimiento plan familiar y refuerzo.

Participación Social-vinculada a un proceso formativo con ámbito comunitario

1. Departamento de Boyacá:

La comunidad cuenta para satisfacer la mayor parte de sus necesidades de salud con los HOGARES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD, los cuales remplazaron gradualmente los antiguos centros de primer nivel. Son la unidad funcional básica del modelo, cuentan con instalaciones cómodas seguras acogedoras y accesibles, distribuidas por todo el departamento, y son la sede de los EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR, constituidos por profesionales y técnicos, asistenciales y administrativos, que se distinguen además de sus destrezas técnicas, por el conocimiento que tienen de los problemas de las comunidades a su cargo y por la relación personal con los miembros de las familias. Dichos centros son la puerta de entrada al sistema de salud, cuentan con los recursos para diagnosticar y atender la mayoría de los motivos de consulta de sus usuarios y están conectados con los servicios de mayor complejidad de su sub red y con las aseguradoras, para coordinar y hacer seguimiento al proceso de atención de cada persona.

2. Bucaramanga:

La ESE ISABU cuenta con Servicios Ambulatorios: Cuenta con 25 Centros de Salud. Consulta Médica General, Enfermería, Odontología, Nutrición, Fisioterapia, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Trabajo Social y Programas de Promoción y Prevención. RX, Ecografía, Colposcopias, Laboratorio Clínico.

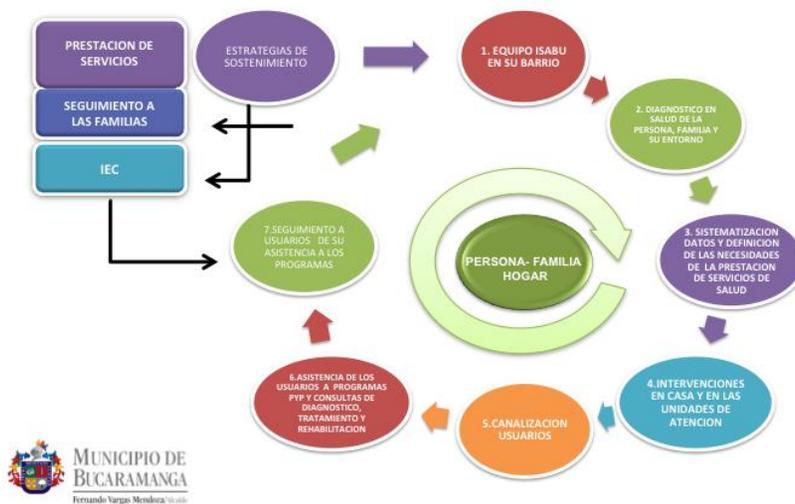
Tres unidades móviles Rurales. Consulta Médica, Enfermería, Higienista Oral, Programas de Promoción y Prevención y Entrega de Medicamentos.

Servicios hospitalarios de segundo nivel: Hospital Local del Norte y Unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresita (UIMIST).

Para el seguimiento a la atención de las personas se contrata los servicios de un call center.

La Ruta de ISABU en su barrio es:

MODELO DE ATENCION ISABU EN SU BARRIO



Fuente: Presentación ISABU en su Barrio. 211

3. Departamento del Valle:

La Estrategia de Atención Primaria en Salud está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.

Se proponen tres niveles operativos para el funcionamiento de la intersectorialidad, de menor a mayor complejidad:

- Nivel intrasectorial, entendida como la capacidad de cada sector para articular los diferentes programas y planes dentro del mismo sector, a través del mejoramiento de la eficiencia intrasector.

- Nivel intersectorial, entendido como la capacidad para generar mecanismos de coordinación que permitan construir planes de acción conjuntos, orientados a producir las sinergias requeridas para lograr impactos de alto rendimiento social, a través del mejoramiento de la eficiencia intersectorial.

- Nivel transectorial o de la sociedad civil (Participación social), entendida como la capacidad para convocar actores de la sociedad civil, en su conjunto, para promover la participación social efectiva con la finalidad de construir una matriz de opinión pública para la conquista y defensa del principio de la salud como derecho humano fundamental para el empoderamiento de los diferentes actores para la toma del control sobre las acciones que mejoren su propia salud, a través del mejoramiento de la eficiencia transectorial.

Estos tres niveles serán trabajados en los ámbitos local, municipal y departamental.

4. Municipio de Cali:

Atención domiciliaria

Atención comunitaria

Atención en Unidades Primarias de Atención.

5. Departamento de Cundinamarca:

La Ruta de Salud a Mi Pueblo es:



6. Municipio de Manizales:

La atención parte de la visita domiciliaria y se remite a las Unidades Primarias de Atención, ubicadas en los Centros de Salud urbanos y rurales de ASSBASALUD. Manejadas por auxiliar de enfermería. Se encargan de atención básica primaria de casos remitidos por guardianas y equipos extramurales; realizan consejerías, atienden grupos de maternidad feliz, atienden casos de ERA IRA, ejecutan planes caseros de estimulación y recuperación nutricional; organizan grupos de riesgo en jóvenes, adultos, ancianos, para complementar el autocuidado en enfermedades de interés en salud pública

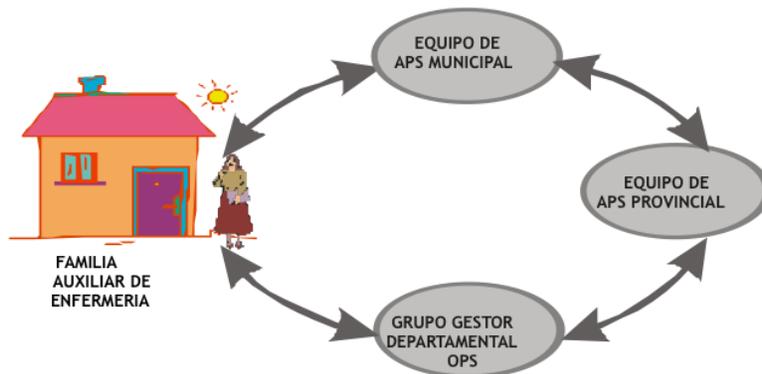
Con la información recolectada por los equipos extramurales de riesgos que trascienden de la familia a sus comunidad, se complementa en trabajo con acompañamiento de los proyectos que ejecutan las acciones colectivas de salud pública del respectivo plan municipal.

7. Departamento de Santander:

Familia: Promotora de salud.
Equipo de APS municipal: IPS – ARS
Equipo de APS provincial
Grupo gestor departamental

La ruta de Santander es:

Modelo de Atención integral basado en Atención Primaria



MAPS Santander 2005

8. Municipio de La Dorada:

CAS (familiar y comunitaria)
Remisión a Atención Primaria

9. Municipio de Versalles:

Visita domiciliaria
Atención comunitaria
Remisión a Atención primaria

PROCESO DE DISEÑO DE APS POR LUGAR

1. Departamento de Antioquia:

Parte principalmente de los antecedentes propios de Antioquia, basándose en la

reglamentación y en el documento Alma-Ata. Desde los años de 1940, bajo la guía del doctor Héctor Abad se priorizó el trabajo con la comunidad, para lograr, de forma mancomunada responder a las necesidades sentidas de la población, tomando como unidad básica la familia. Hoy día, el programa de salud presenta como objetivo principal 'contribuir al mejoramiento del nivel de salud, bienestar y calidad de vida de la población antioqueña, como condiciones del desarrollo humano, mediante la instalación, desarrollo y consolidación de la estrategia de atención primaria en salud, para el cuidado de las familias' (Gobernación de Antioquia y DSSPS de Antioquia 2010 b:7).

2. Distrito de Barranquilla:

El proceso empezó desde el año 2008 con la depuración de bases de datos, ampliación de cobertura y una contratación para la depuración de la cartera. En el año 2009 se logró la cobertura universal de la afiliación y se buscaron mejores condiciones de acceso a la afiliación al régimen subsidiado. Finalmente, en el año 2010 se logró mantener la cobertura universal y se nivelaron los planes de servicios de los regímenes subsidiado y contributivo.

El modelo de salud realizado por el Distrito de Barranquilla consta de cuatro espacios. Casas saludables, PASOS, CAMINOS y acciones en espacios públicos.

- Casas saludables: Orientación mujer gestante, orientación infante, orientación adulto mayor. Las casas saludables cuentan con el apoyo de los caminantes, es donde se realiza el enlace la IPS con la comunidad, se lleva a cabo la valoración del riesgo y se realizan apoyo al desarrollo de programas distritales.
- Como acciones complementarias a esta labor se diseñaron la atención de asistencia individual en PASOS y CAMINOS, la institucional en colegios, hogares de ICBF y centros de vida y la social comunitaria en parques y centros comerciales.

El diseño y la implementación de la estrategia fue concertado con la comunidad según lo que dijo la coordinadora en la entrevista (participación social). También existe un sistema de evaluación y veeduría por parte de la comunidad que se concretiza en una línea de atención telefónica para recepción de quejas que funciona las 24 horas. En Barranquilla no se hacen brigadas de salud. No existen indicadores que permitan medir el nivel de resolutivez del sistema.

3. Distrito de Bogotá:

La Secretaria Distrital de Salud ha diseñado un modelo de atención integral e integrado con enfoque familiar y comunitario. Este modelo es entendido como la organización compleja de respuestas sociales en salud, articuladas y coordinadas para responder

efectivamente a las necesidades de la población. Incluye el conjunto de acciones desarrolladas por todos los actores comprometidos y responsables de transformar las condiciones de salud y sus procesos determinantes.

El desarrollo de este modelo desde la perspectiva promocional de calidad de vida y salud requiere del concurso de todos los actores sociales con el fin de dar respuestas complejas para necesidades complejas; ello ha implicado que la Secretaria Distrital de Salud promueva y articule sus procesos misionales a la construcción de respuestas transectoriales tanto a nivel distrital como local.

Para la materialización de esta apuesta política desde el ordenamiento de las acciones colectivas, que para la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia se denomina Plan de Intervenciones Colectivas, en el distrito capital se ordena en tres componentes: gestión de políticas de salud en lo local, ámbitos de vida cotidiana (familiar, escolar, laboral, comunitario, instituciones amigables e IPS) y vigilancia en salud pública.

Esta organización busca responder a los principios de transectorialidad, territorialidad y perspectiva poblacional y territorial de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, así como establecer procesos de salud pública en los territorios de las localidades que se desarrollen en el marco del modelo de atención integral e integrado con enfoque familiar y comunitario desde la Estrategia de Atención Primaria en Salud.

Desde el año 2004 se viene implementado en el distrito capital un programa de enfoque familiar y comunitario, que inicialmente se denominó “Salud al Hogar” y actualmente se conoce como “Salud a su Casa basado en la APS y orientado desde la EPCVyS”. La implementación de este programa se inició en territorios específicos, de mayor vulnerabilidad como una acción que se requería de manera urgente, para tratar de adelantar acciones en ejercicio del principio de equidad.

En sus desarrollos actuales este programa se ha constituido en la primera puerta de entrada al SGSSS y al sistema de protecciones sociales de la ciudad para la población con mayor vulnerabilidad y ha buscado organizar la respuesta, del sector y de otros sectores ante las necesidades identificadas en las familias que hacen parte del programa.

La operación del programa de Salud a su Casa recoge las directrices nacionales de la política de familia (ley 1361 del 2009) y de manera particular las directrices distritales como la Política Pública por la Garantía de los Derechos, el Reconocimiento a la Diversidad y la Democracia en las Familias, emitida por la Alcaldía Mayor de Bogotá para el período 2004 – 2008 y actualizada en el año 2010.

Esta política pública para las familias en Bogotá se formuló en el marco del enfoque de derechos, contemplando entonces las obligaciones del Estado de trabajar en su reconocimiento, garantía y restitución, no sólo de los derechos de los sujetos integrantes de la familia en su esfera individual, sino de las familias como organización y en orientación al reto de que estas sean comprendidas e identificadas como sujetos colectivos de derechos.

Esta política en la cual hay claramente una apuesta por la garantía de los derechos y el bienestar de las familias, en donde se les reconoce no solamente como sujeto de derechos y expresión de organización social con funciones primordiales, sino como escenario fundamental de humanización y socialización del ser humano, con capacidad para transformarse, transformar su entorno y la sociedad de la que hace parte.

De igual manera, el Plan de Desarrollo 2.008 – 2.012 “Bogotá Positiva”, busca fortalecer el Distrito Capital como espacio ciudadano para la defensa de lo público y para el ejercicio de derechos, donde concurren el desarrollo económico con lo social y lo ambiental, para avanzar en un modelo sostenible de ciudad, esta como parte de su programa Bogotá Sana, el desarrollo del proyecto Salud a su Casa.

En Bogotá, al igual que en otros casos, la estrategia APS se articula pensada en la atención integral en el ciclo vital y, como en el caso anterior, el énfasis se hace en la familia, sin perder de vista la autonomía individual de sus miembros.

Para implementar la estrategia APS en Bogotá, La SDS planteó entonces el fortalecimiento del ejercicio de rectoría, orientado principalmente hacia cuatro objetivos de reorganización del sistema de salud de la ciudad:

- a) Incorporar progresivamente como parte de la estrategia de APS con enfoque familiar y comunitario a todos los actores y sectores en la ciudad, iniciando con Salud a su Hogar.
- b) Regular la atención de las urgencias médicas en toda la ciudad.
- c) Consolidar la red hospitalaria pública y gestionar la organización de todos los prestadores, públicos y privados, en redes de servicios y líneas de atención.
- d) Desarrollar un sistema integrado de información en salud que permita hacer seguimiento a metas de equidad, calidad de vida y salud, como orientadoras de las decisiones (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2010: 3).

4. Departamento de Boyacá:

Se tuvo en cuenta la normatividad vigente (Ley 10 de enero 10 de 1990, la Constitución Política de Colombia, la Ley 60 de 1993 y la Ley 100 con sus decretos reglamentarios, Leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 715 de 2001, 691 de 2006 y 1122 de 2007), además de

la presencia aun de eventos de interés en salud pública evitables en el departamento (nacimiento en población joven de 10 a 14 años, la principal causa de defunción en la población menor de cinco años para los años 2006 y 2007 la continua ocupando en el primer lugar los trastornos respiratorios del periodo perinatal, las principales causas de defunción de la población de 15 a 44 años refleja la necesidad de profundizar en aspectos relacionados el fomento de estilos de vida para la reducción de enfermedades crónica). Este perfil epidemiológico refleja la necesidad de direccionar una estrategia que impacte en la comunidad Boyacense y refleje una disminución en los indicadores de salud a través de una mejora en la calidad de vida en términos de dignidad y calidad de su salud .

En el diseño se tuvo en cuenta que el Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010 en coherencia con las políticas del Plan Nacional de Desarrollo 2006 - 2010, previstas en la Ley 1151 de 2007, define las prioridades en salud para el cuatrienio articulando competencias de todos los actores, en especial la Iniciativa de Salud de las Américas, que incluye el desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública, la agenda de acuerdos entre los Ministros de Salud del Área Andina, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Reglamento Sanitario Internacional, así como otros compromisos internacionales en temas específicos.

El departamento de Boyacá se ha organizado en subredes para mejorar la prestación de los servicios de salud, las cuales a su vez han organizado nodos dentro de ellas, constituidos por HOGARES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD, articulados entre si para mejorar su capacidad resolutoria, integrando sus acciones y acercando los servicios a los territorios. Cada subred cuenta con un hospital de referencia de mediana complejidad, incluye establecimientos de salud públicos y privados que prestan servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud dirigidos a las personas y sus familias integrados con los servicios de salud pública.

5. Departamento del Valle:

El Departamento del Valle del Cauca ha tomado en cuenta la experiencia de los diversos momentos históricos de diseño e implementación de la estrategia de APS, siendo unas de las regiones con amplia experiencia en el País. El mejoramiento de la calidad de los servicios sociales fue planteado como un mecanismo indispensable para garantizar la equidad, de modo que se esperaba no reproducir el esquema tradicional de instituciones y servicios pobres para la población pobre y en tal sentido se planteo como política específica universalizar la cobertura de la Atención Primaria por medio del control de los factores de riesgo, el acceso de todas las familias a los servicios de salud y a la atención de las enfermedades más comunes de la población.

Es así como el Departamento del Valle del Cauca; inicia el proceso de diseño e implementación en sus 42 municipios de la APS renovada 2011, teniendo como base las lecciones aprendidas internacionales, nacionales y locales, para permitir entregar insumos para la reglamentación de la ley 1438 a nivel nacional, y lograr establecer un trazador que admita futuros ajustes y desarrollos para el fortalecimiento de procesos en salud integral a nivel territorial.

Se tuvo en cuenta a través de un grupo multidisciplinario la elaboración, ejecución y seguimiento del plan para el desarrollo de la Estrategia a nivel de todo el Departamento, la selección de equipos extramurales del primer nivel de complejidad y definición de competencias de éstos conforme lo establece la ley, las metas y objetivos del Plan de Desarrollo Departamental, y las necesidades de las localidades. Se realizara el respectivo monitoreo, seguimiento, y evaluación del cumplimiento de éstos planes basados en indicadores de resultado.

6. Municipio de Cali:

La Secretaría de Salud de Cali articula la estrategia APS a través del programa 'Un Nuevo Latir', siendo el objetivo principal 'Desarrollar intervenciones en salud pública en territorios con poblaciones específicas a través de acciones intersectoriales, participativas, colectivas e integrales, orientadas por el enfoque de determinantes sociales, tendientes a contribuir al desarrollo local, mejorando indicadores de salud de los individuos, su familia y la comunidad' (Secretaría de Salud de Cali 2010 a:2). Se plantea un proyecto piloto en áreas priorizadas en las que la estrategia se articula por medio de la ESE del CENTRO en la que se busca reorientar la oferta de servicios de salud en función de la demanda, donde las necesidades que se priorizan son definidas por perfil epidemiológico y por las necesidades sentidas de la población beneficiaria



Fuente: Secretaría Santiago de Cali 2010

7. Departamento de Cundinamarca:

El plan de APS en Cundinamarca, que pensó priorizando la salud comunitaria y la implementación y fortalecimiento de servicios de atención consta de tres componentes:

1. Salud pública. En este componente se busca desarrollar acciones promoción y prevención de salud, así como las acciones determinadas en el Plan Territorial de Salud. Para poder cumplir con estas metas se propone la detección del riesgo en el ámbito de la familia, a través de promotores de salud quienes tendrán, cada uno, a su cargo un número aproximado de 200 familias. Así mismo, se propone la prestación de servicios básicos de salud a la población en condición de vulnerabilidad, así como a la que se encuentra en lugares apartados. Esto se hará por medio del establecimiento de brigadas de salud en centros y puestos de salud así como la conformación de unidades de promoción y prevención satélites quienes, en coordinación con los responsables dentro del sistema, se encargarán de proveer los servicios necesarios. De igual manera, se plantea la estrategia de Escuela saludable para desarrollar las competencias frente a la salud de la población escolar a través de la promoción de salud en escolares, padres de familia y educadores. Por último, se plantea la implementación de “patrullas” que son equipos de asistencia técnica que se encargarán de estructurar la operación del modelo a nivel municipal.
2. Aseguramiento. En esta instancia se propone desarrollar acciones que permitan garantizar la inclusión de la población más vulnerable al sistema de salud. Esto se hará mediante la afiliación al régimen subsidiado en la forma de subsidios totales en los cuales se remitirán los pacientes a los diferentes niveles de complejidad de la red de prestación de servicios y atención.
3. Prestación de servicios. En relación con el componente anterior, se reorganizará y restructurará la red prestadora de servicios de salud de Cundinamarca para optimizar el uso de la infraestructura del departamento haciendo operativos aquellos puestos de salud que no están en funcionamiento mediante la estrategia de unidades satélites de promoción y prevención.

8. Municipio de Manizales:

Se operacionaliza la estrategia APS a través de un plan piloto de equipo extramurales de promoción y prevención, con la finalidad de hacer accesibles los servicios de salud a las comunidades. Así mismo se plantea la necesidad de realizar actividades de atención primaria; para lo cual se propone conformar equipos extramurales de carácter multidisciplinario, para que, en contacto directo con la comunidad se pueda optimizar la

prestación de los servicios, se detecten prioridades en salud y se eliminen posibles barreras de acceso.

9. Departamento de Santander:

La implementación de APS ha sido por medio de tres estrategias: “Santander en Serio” (2004-2007) “Santander Incluyente” (2008-2011) y “Santander sano” (2008-2011)– las dos primeras corresponden a dos planes de gobierno diferentes y la última surgió como complemento de “Santander incluyente” y refiere primordialmente a salud. El plan “Santander Sano”, que es el plan Territorial de Salud y que está enfocado en APS busca articular seis ejes fundamentales para asegurar la mejora de la calidad de vida de los santandereanos. Tales ejes son: el aseguramiento, la prestación y desarrollo de servicios de salud, la salud pública, la promoción, la prevención, la vigilancia y, por último, el control de los riesgos profesionales, de emergencias y de desastres. Este plan hace especial énfasis en la importancia de la participación social para poder establecer conjuntamente las prioridades de la comunidad y a la vez, asegurar el trabajo intersectorial, con el fin de establecer determinantes sociales y ambientales que afectan la salud y así poder integrara estos aspectos a las metas.

10. Municipio de La Dorada, Caldas:

En La Dorada se implementa APS a través de las CAS. El diseño de estrategia consta de tres etapas, la primera y la segunda fueron ejecutadas entre los años 2010 y 2011 y la tercera está programada para ser ejecutada en el segundo semestre de 2011. Vale la pena recordar que la estrategia se enfoca en incidir en las diferentes etapas del ciclo vital.

Las tres etapas del diseño de la estrategia son:

1. Levantamiento de línea base. Esta etapa contó con 21 cogestores los cuales encuestaron y digitaron el instrumento de ficha familiar. En este ejercicio se alcanzó el 57.9% de cobertura de la población con 22 de las 38 CAS programadas, que representa la totalidad de la población vulnerable.
2. Identificación de grupos de riesgo. Esta etapa inicio con un proceso de retroalimentación de las fichas familiares levantadas en la etapa anterior, se realizaron medidas antropométricas a niños de 0 a 9 años y se hicieron valoraciones de tensión arterial a grupos de riesgo. De este ejercicio de crearon 24 grupos saludables para hipertensos y diabéticos. Así mismo se implementó la estrategia de seguimiento a cada hogar y a cada cuadra que compone las CAS. De igual manera de implementaron espacios saludables para la utilización del tiempo libre, a través de la creación cuatro escuelas deportivas, del apoyo a escuelas y clubes saludables, grupos de acondicionamiento físico para adultos mayores y la motivación a CAS para participar en los espacios deportivos. En este

mismo sentido, se implementaron espacios culturales para las familias de las CAS, promocionando la participación de las familias en grupos culturales.

3. Ejecución de políticas públicas. La implementación de esta tercera etapa cuenta con ocho procesos. Primero es el seguimiento al programa de salud infantil que cuenta con visitas domiciliarias, la valoración de cobertura útiles para niños de 0 a 5 años, inducir la demanda a los programas de crecimiento y desarrollo, hacer seguimiento a los casos de bajo peso que hayan sido reportados y fortalecer la educación en AIEPI comunitario. En segundo lugar está el seguimiento al programa de salud sexual y reproductiva. En este proceso se busca inducir la demanda en programas de detección temprana de cáncer de seno, cérvix y próstata, los métodos de planificación familiar, programa de atención a adolescentes y control prenatal. Este proceso también está encaminado a fortalecer la educación comunitaria en ITS y en socializar las rutas de atención en caso de maltrato y violencia sexual. Como tercer proceso se presenta el seguimiento a las políticas de seguridad alimentaria. Para llevar a cabo esta meta es necesario detectar los casos de bajo peso infantil (para remitir los casos de desnutrición aguda al centro de recuperación), establecer programas de educación en alimentación saludable y en la adecuada manipulación de los alimentos e inducir la demanda de programas de crecimiento y desarrollo. En cuarto lugar se presenta el seguimiento a políticas de salud mental, el cual requiere de un tamizaje de personas con trastorno mental, remitir a los pacientes a grupos de autoayuda, realizar talleres culturales con las familias CAS, promoción de la participación de familias en grupos culturales, intervención cultural con grupos especiales, realización de muestras teatrales y de grupos culturales. Como quinto proceso está el seguimiento a las políticas de salud oral a través de inducir la demanda en programas de promoción y prevención de salud oral, educación en higiene oral y participación en brigadas de salud oral. El sexto proceso es el seguimiento a las políticas de estilos de vida saludables que propone el apoyo y seguimiento a los clubes saludables, la remisión de la oferta deportiva y cultural al municipio y la educación acerca de espacios libres de humo y la ley antitabaco. En el séptimo lugar se presenta el seguimiento a las políticas de control de vectores. Se propone educación en ETV y en medidas para prevenir el dengue, apoyar a la oficina de saneamiento ambiental para establecer los índices de incidencia y hacer visitas domiciliarias a los casos de dengue reportados. Finalmente, el último proceso es el seguimiento a las enfermedades de interés en salud pública, a través de la búsqueda activa de casos sintomáticos de enfermedades respiratorias y dérmicas, seguimiento a pacientes con TBC y sífilis y realizar cercos epidemiológicos a enfermedades inmunoprevenibles.

11. Municipio de Versalles, Valle del Cauca:

Desde la fundación y colonización de Versalles en el siglo XIX, 1894 hasta la década del 50 del siglo XX la forma de trabajo comunitario o convites (trabajos colectivos o mingas) fue muy informal, pero contó con la presencia de destacados y comprometidos líderes con visión a largo plazo que perseveraron en fortalecer el trabajo comunitario.

Es de resaltar que estos grupos vivieron un proceso de formación permanente a nivel local, proceso en el cual jugó un papel importante el Instituto Mayor Campesino de Buga y la Radio Sutatenza. Esta última Radio fue muy importante en el desarrollo de programas de educación popular en la década del 60, los cuales formaron parte de todo un movimiento de comunicación social en América Latina que tuvo alcances muy amplios en esta Región; es muy probable que sus metodologías estuvieran basadas en las teorías de Paulo Freire sobre educación de adultos.

A lo largo de estos años se acumuló una enorme sabiduría por parte de la comunidad y sus líderes para manejar los conflictos que fueron frecuentes en los años 50 tales como la violencia partidista, la desintegración de asociaciones, y el desplazamiento de campesinos. De igual forma, se construyeron valores de confianza, tolerancia, modestia sin pretensiones de protagonismo, y sobre todo de priorizar lo colectivo sobre lo particular, los cuales fueron y son el sustento de un trabajo comunitario duradero. Estos valores seguramente jugaron un papel definitivo para que la violencia que azotó el país en esos años, no acabara con los gérmenes de organización y de capacidad comunitaria en Versalles.

La ANUC (nacida y crecida en los años 60s en Versalles) fue otra experiencia importante de construcción de cultura comunitaria. La creación en 1947 de la casa campesina para que la gente del campo tuviera donde alojarse fue otro espacio colectivo hecho por la comunidad. Alrededor de esta casa empieza a haber un desarrollo participativo y se crean los primeros comités de desarrollo campesino que se reúnen para discutir sobre las necesidades reales de la comunidad.

En 1989 Versalles, a pesar de su historia de participación, no contaba con experiencias sólidas de organización comunitaria orientadas a ofrecer soluciones más integrales que llevaran a definir alternativas frente a los problemas sentidos por la comunidad. No existía un espacio de coordinación intersectorial que permitiera analizar estrategias o proponer iniciativas dirigidas a los problemas económicos y sociales.

A principios de 1989, el Padre Gildardo Vélez párroco por esta época y el Dr. Henry Valencia, Director del Hospital San Nicolás, iniciaban un proceso de reuniones en la Casa Cural con actores institucionales, orientados a forjar un futuro diferente para Versalles. Inicialmente las reuniones no lograron un equipo sólido de trabajo pero, a medida que avanzaba el año, junto con los acontecimientos anteriormente descritos, se iba perfilando un núcleo de actores .

En esta época la participación comunitaria se convirtió en el eje del proceso colectivo con la creación de los CPC (Comité de Participación Comunitaria). El decreto 1216, que reglamentó la conformación de los Comités de Participación Comunitaria (CPC), con el fin de fiscalizar la prestación de servicios de salud a nivel comunitario y que fue punto de partida de una nueva estrategia de organización comunitaria en Versalles. Con base en un consenso institucional naciente, su aplicación en Versalles fue sustancialmente diferente a la realizada en otras partes del país.

En vez de limitar su alcance a una fiscalización, el CPC de Versalles partía de dos importantes puntos filosóficos: primero, que el concepto de salud comprende no sólo el tratamiento a los enfermos sino también la prevención de las causas de las enfermedades y la promoción de la salud. Y, segundo, que la mayoría de las soluciones a los problemas locales está en manos de la comunidad. Estos dos puntos sirvieron para abrir un espacio de concertación entre instituciones y miembros de la comunidad, así como para dar un enfoque amplio a las actividades del CPC.

En 1998 empieza oficialmente APS y se conforma un equipo intersectorial y multidisciplinario en donde todos los componentes de los equipos de APS son de planta. Es importante subrayar la presencia de una trabajadora social con experiencia en desarrollo comunitario en barrios marginales y de una enfermera profesional con formación en la universidad del valle sobre desarrollo comunitario. La actual coordinadora Gilda es la trabajadora social que lleva 22 años en el proceso. Coordina la estrategia de APS desde hace 4 años con continuidad y ha coordinado la estrategia en varias oportunidades.

LO POSITIVO POR LUGAR:

1. Departamento de Antioquia:

Aceptación y apropiación de la experiencia por parte de los actores del municipio y las comunidades; diagnósticos familiares y comunitarios desde la demanda, articulación con IPS públicas y otros sectores del desarrollo; mejoramiento del acceso de la población a servicios de salud de promoción y prevención.

- ✓ Compromiso político en todas las instancias
- ✓ Presencia del estado en los lugares más apartados de la geografía departamental.
- ✓ Fortalecimiento de alianzas con la academia
- ✓ Reconocimiento del promotor por las comunidades.
- ✓ Actualización del talento humano.
- ✓ Diagnósticos familiares y comunitarios desde la demanda.
- ✓ Articulación con IPS públicas y otros sectores del desarrollo.

Se tiene una fuerte alianza con la Universidad de Antioquía.

2. Distrito de Barranquilla:

La cobertura universal en usuarios de SISBEN y la nivelación de planes de servicios en regímenes subsidiado y contributivo y la proyección de la ampliación de la cobertura para que incluya no únicamente a sisbenizados. Una reestructuración de la red prestadora de servicios garantizando el acceso a la población de manera fácil.

3. Distrito de Bogotá:

Continuidad en la implementación. Mejoramiento del acceso a los servicios por remisión de los promotores.

4. Departamento de Boyacá:

Se cuenta con la ordenanza No 024 del 14 de septiembre de 2010, por medio de la cual se adopta el Modelo de Atención Primaria en Salud con enfoque en Salud Familiar (APS - SF), para la optimización e integración del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como Política Pública en Salud para el Departamento de Boyacá. Para la implementación de la APS se ha contratado el asesoramiento de una ESE de Bogotá.

5. Municipio de Bucaramanga:

Mayor acceso a intervenciones de prevención en salud. Cambios positivos en las necesidades de las familias logradas mediante acciones intersectoriales son fundamentales en el impacto de los indicadores de salud. La participación y el empoderamiento de la comunidad permiten un mayor avance en los programas de promoción y prevención. Alcance de las metas en el diagnóstico y seguimiento de las familias de estratos 1,2, y 3 se ha logrado la realización de 70.0000 visitas, dando cumplimiento al 100% de lo programado para la vigencia.

La Administración Municipal a través de la Secretaria de Salud y del Ambiente de Bucaramanga, en promedio garantizó el acceso a los servicios de salud a 204.696 personas pobres y vulnerables, lo que corresponde al 40% de la población total del municipio de Bucaramanga.

6. Municipio de Cali:

División territorial por ESE que da cobertura total. Aseguramiento al 95% en el año 2010. Desde el año 2003 se está implementando la APS. La APS es pensada desde la gestión y el desarrollo local. Se tiene continuidad en la siguiente administración.

7. Departamento de Cundinamarca:

Se ha impactado la salud pública y el aseguramiento. Se ha mejorado la red de prestación de servicios. Se re estructuraron centros de atención. Reducción a cero número de casos de muerte materna en mujeres pobres no aseguradas.

8. Municipio de Manizales:

La mitigación de riesgos detectados en el perfil epidemiológico, mostrando tasas satisfactorias de vacunación, inexistencia de casos de rubeola, disminución de la tasa de fecundidad y de muerte materno-infantil; aumento en talla y peso de infantes, entre otros indicadores (ver: ASSBASALUD ESE 2008: 6).

9. Departamento de Santander:

El plan de “Santander incluyente” demuestra un acercamiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, evidenciados en políticas referentes a derechos género y sostenibilidad ambiental, centrándose en la reducción de la inequidad. Ausencia muertes EDA, IRA, Maternas -Aumento Cobertura P y P.

10. Municipio de La Dorada:

Se logra una real participación social tiene su espacio de construcción en el Consejo de Políticas Sociales en el cual están involucrados sectores como la Comisaría de familia, la Policía nacional, la Registraduría, las JAC, el Hospital San Félix, la ESE Salud Dorada, las ONGs, las Universidades, la Iglesia y el SENA. Sistema de información (fichas y software).

11. Municipio de Versalles:

La experiencia de APS en Versalles se ha sostenido en 22 años, nunca se interrumpió. La parte fuerte de la estrategia es la participación social y comunitaria en todos los programas implementados a través de una metodología participativa. Desde que se hizo el primer diagnóstico institucional hace 22 años nunca faltó voluntad política.

El trabajo de voluntarios comprometidos para dictar talleres ha permitido que la estrategia de APS, a pesar de la falta de recursos económicos, fuera sostenible. Siempre ha sido un trabajo más de compromiso y de responsabilidad social (capital social). Un equipo multidisciplinario e intersectorial también ha sido determinante: lo varios sectores se intercambian personal especializado (Ejemplo: si educación tiene un psicólogo y salud no, en el momento que salud lo necesite trabajará para los programas del sector salud hasta que sea necesario).

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Teniendo en cuenta el rol del promotor en salud, su vínculo social en la comunidad, el o ella encarna la idea de la participación comunitaria ya que la identidad otorgada a este actor dentro de la estrategia, lo ubica como un individuo culturalmente cercano a la comunidad. Este hecho hace que su trabajo sea envuelto en un aura de comunidad que apoya y ayuda a resolver la idea de la participación social.

La participación social, es imaginada y puesta en práctica a través de diferentes mecanismos tales como: visitas intradomiciliarias, educación en salud en donde el individuo y su grupo social pasan por un proceso pedagógico en el cual la salud es pensada en términos de empoderamiento y autocuidado de la salud; dos categorías recurrentes en las narrativas escritas y orales de la APS en las regiones.

Sin embargo, en la cotidianidad del trabajo, la participación social es muy escasa y queda reducida a espacios de interacción entre funcionarios e individuos para escuchar sobre reclamos del campo de la salud que el promotor debido a su carga no está en capacidad de responder. En otras palabras, la idea de participación social existe teóricamente pero se cumple de manera marginal y no se articula con las diferentes instancias que representan los intereses de la comunidad y que podrían ser los interlocutores claves para desarrollar la estrategia APS -los comités de usuarios y comités de veedores-. Aunque ha habido esfuerzos por establecer relaciones con la población estos son aún espacios marginales. Por ejemplo en la ciudad de Barranquilla se adelantó un proceso para evaluar la satisfacción del programa mediante la aplicación de una encuesta de opinión con un muestreo no representativo aleatorio para obtener insumos sobre el desarrollo del programa de APS en la ciudad.

Teniendo en cuenta los fundamentos teóricos de la APS, la participación social es un elemento fundamental para la identificación de las necesidades. La expresión de un secretario de salud (2011) evidencia la percepción que se tiene del rol de la población y del espacio que se les debe otorgar en la estrategia, "...ese es un espacio para los técnicos, no para la gente". Esta cita hace referencia de manera explícita a la percepción que se tiene de la población vulnerable, una población que es pensada bajo un estereotipo de ignorancia, una percepción que además articula pobreza y con la necesidad de educación, una percepción que los infantiliza y que por ende se deben educar a las buenas maneras de vivir. Entonces bajo este contexto, la participación social queda reducida a espacios de contacto domiciliario en donde se establece una jerarquía social y cultural que somete a los individuos a las prerrogativas de los funcionarios de salud.

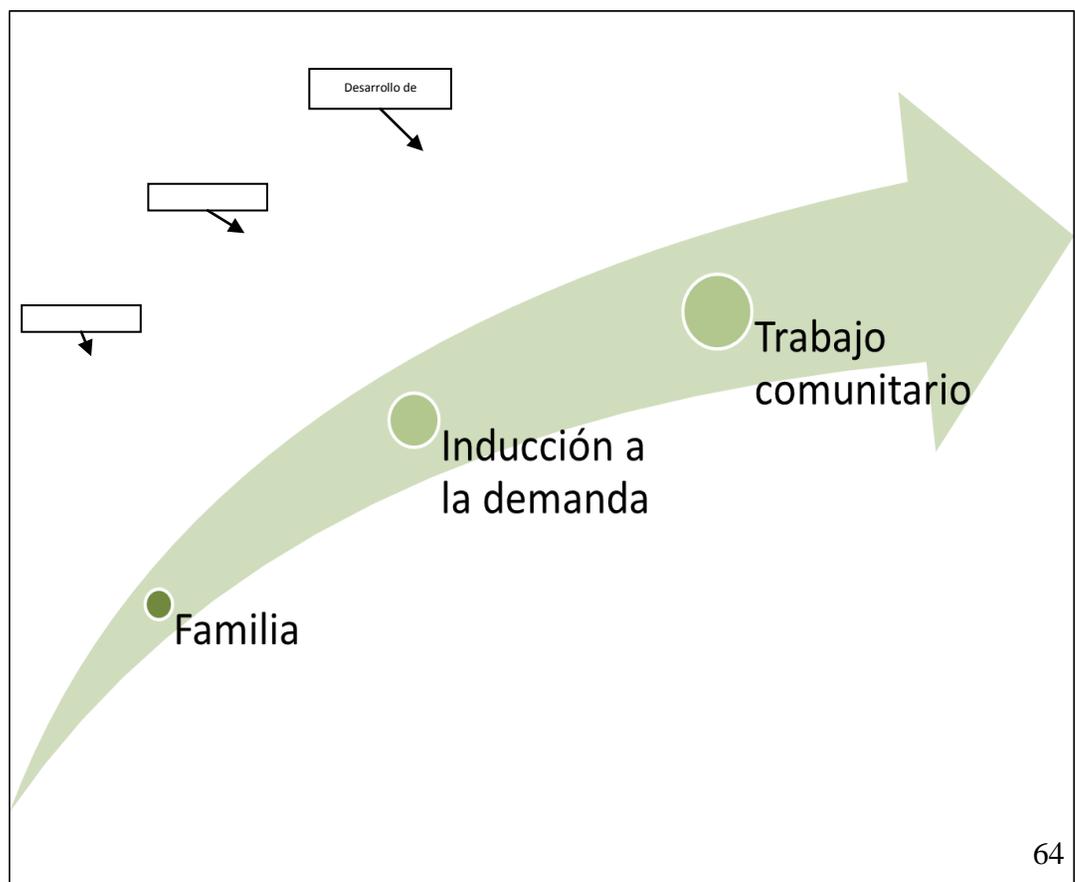
Es así que en el trabajo de campo encontramos que existe una disonancia entre lo que es y significa la participación social y lo que significa consultar. Varias experiencias

mostraron que en el diseño de la APS se consultó a la población, es decir se les preguntó sin que estos tuvieran un rol activo. Más que hacerlos participar de manera activa en la co-construcción de la estrategia la toma de decisiones del programa fue y continúa siendo un espacio restringido a los funcionarios sin que la población tenga un rol clave en el proceso.

RUTA DE TRABAJO

En términos generales la ruta de trabajo de la APS es la siguiente:

La ruta de atención comienza cuando el equipo extramural de APS representado por la promotora llega a la familia (primer contacto), identifica las necesidades que presentan en cuanto a su estado de salud y su calidad de vida. Enseguida con la información recopilada diligencia el formato de fichas, acción que es periódica para nutrir y tener el sistema de información actualizado. En algunas experiencias visitadas, las promotoras transmiten información sobre educación en salud y convocan a las actividades en salud. En este proceso, realizan la inducción a la demanda mediante boletas de remisión. La promotora es la encargada de hacer el seguimiento a las remisiones a través de visitas domiciliarias, llamadas telefónicas, en algunos casos vía *call center*.



ENFOQUE DIFERENCIAL

La implementación de la APS, teniendo en cuenta el contexto multicultural del país, es pensada para incluir el enfoque diferencial que de acuerdo a la ley 1438 (artículo 3, acápite 3.6) para reconocer las diferencias étnicas, de género, discapacidad y condiciones de vida como el desplazamiento forzado está presente en los programas visitados⁴, tal como lo muestra el objeto del contrato de salud de pública del municipio de Santiago de Cali del 2011⁵,

Comprar por parte del municipio servicios de salud a la ESE Ladera para la atención integral de salud a las personas desplazadas por el conflicto armado del país en las comunas asignadas a la ese, adelantando de manera coordinada todas las acciones necesarias para garantizar desde un enfoque diferencial y preferencial el acceso efectivo al sistema de salud, lo cual incluye todas las actividades, y procedimientos de baja complejidad en sus componentes de promoción de salud y prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación, atención psicosocial y entrega de medicamentos ambulatorios en el marco de la protección del derecho a la salud física y mental, así como las acciones que correspondan a la referencia y contrareferencia.

Este enfoque varía dependiendo de los contextos y aunque se encuentra claramente definido en los planes de trabajo el énfasis principal se encuentra en los ciclos de vida. En las personas entrevistadas si bien trabajan en poblaciones culturalmente diferentes, la forma y la práctica de implementación de la APS no cambia con relación a otras poblaciones ya que los recursos económicos, logísticos y humanos no permiten una adaptación importante del programa. Por esta razón encontramos que el trabajo, usualmente, en el campo se encuentra pensado por ciclos vitales -niños, jóvenes, adulto joven, adultos y adultos mayores- a los cuales se busca articular categorías que deban responder cada programa. Un claro ejemplo de esto son la multiplicidad de programas AIEPI, o los esfuerzos para adaptar mecanismo de prevención en ITS, salud de la mujer o salud materno-infantil en poblaciones indígenas y afrocolombianas que si bien dan cuenta de la diferencia cultural en la práctica no presentan adaptaciones importantes. Igualmente, sucede con la atención diferenciada por edad y género donde no se evidencia una perspectiva de género y por grupos etarios. Es decir, que la implementación presenta un trabajo similar independiente de las particularidades sociales, individuales y culturales.

ACTORES DEL SISTEMA E INTERSECTORIALIDAD

⁴ Para amplia ver las presentaciones de los casos de Bogotá D.C y del Departamento de Antioquia <http://www.globalhealthequity.ca/electronic%20library/Atencion%20Primaria%20Interfal%20de%20Salud.pdf>
<http://www.antioquia.gov.co/index.php/plan-de-desarrollo/135-salud-publica>

⁵ Contrato No. 4145.0.27.1.012 de 2011

Varios actores están involucrados en la estrategia APS y en la manera como esta se implementa. Sin embargo, cuál es el rol, su función y cómo los diferentes actores se articulan entre si es aún incierto en las regiones visitadas. En primer lugar encontramos a las EPS que hasta el momento, debido a la manera como definen APS y a su sistema organizacional, su asociación a la APS esta mediada por el trabajo que realizan en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El primer actor que podemos mencionar son los entes territoriales ya que ellos determinan y hacen cumplir normatividades nacionales y departamentales.

Otros actores importantes de la articulación de la estrategia son las ESE. En ellas se expresa la operatividad de la APS y activar el trabajo en redes integrales de salud para remitir a los individuos a instancias, instituciones o niveles de atención que se necesite. Para la implementación de la APS se hace gestión en aras de firmar convenios interadministrativos entre diferentes entes territoriales (ej. alianza Medellín – Antioquia). Ahora bien, existe un problema importante en lo referente a las remisiones y los niveles de atención ya que la APS, para su funcionamiento adecuado, exige un trabajo colaborativo o en red. Es en este punto donde las IPS deben ejercer un rol importante, el cual no siempre es cumplido debido a que la prestación de servicios que éstas ofrecen depende de los contratos por paquetes. Aquí se evidencia que la APS no es central y que su implementación se encuentra obstruida por barreras de comunicación, de toma de decisiones y administrativas y tiene como consecuencia la desarticulación de las IPS con la APS.

Así mismo observamos que la relación entre instituciones públicas y privadas es limitada. Existen relaciones con las ONGs, Universidades y SENA en el plano de capacitación técnica de los equipos y de educación permanente de adultos en ciertos programas. En el terreno se presentan relaciones informales con las ONGs; hay una cooperación natural entre las labores de los promotores y este tipo de actores en la identificación de casos y apoyo a labores comunitarias, principalmente en educación en salud, empoderamiento, violencia y prevención de la enfermedad.

En la implementación de la APS es posible observar que la intersectorialidad es un concepto central para las personas encargadas de la estrategia, tal como lo expresa la gobernación de Cundinamarca,

‘El proceso de implementación debe ser un trabajo conjunto realizado por los diferentes sectores del departamento, entre los que se encuentran además del sector salud, el sector educación, el sector ambiental, el sector agropecuario, sector productivo, entre otros, y los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social que corresponden a la Nación, el Departamento, los Municipios, las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud, las EPS de los Regímenes Subsidiado y Contributivo y las veedurías y asociaciones de usuarios. Así mismo se vincularán las Universidades, la Organización Panamericana de la

Salud, SENA, Institutos tecnológicos de formación de Profesionales del Área de la Salud, entre otros' (Gobernación de Cundinamarca 2008 a: 8).

Sin embargo en la praxis del día a día la intersectorialidad difícilmente se logra, debido a que en los contextos locales existen particularidades que son dejadas de lado dado que la APS debe traducir y responder a demandas del orden nacional y territorial. Asimismo, estas no necesariamente se anclan en las realidades locales y en muchos casos solo se traduce en un sistema de referencia y facturación tal como lo expresó un funcionario, "...Cómo vamos a tener intersectorialidad para todas las acciones, si se debe dar desde la agenda del gobernante y de esa forma de la agenda nacional, no desde el sector..." (Gerente ESE, 2011). Sin embargo, en los lugares donde existe de manera funcional el espacio del concejo de políticas sociales, éste puede ser usado efectivamente y como producto de un ejercicio dialógico de co-construcción para aumentar las posibilidades de intersectorialidad en APS. Es decir de poder construir y establecer redes de trabajo entre los diferentes sectores, instituciones públicas y privadas.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN, INDICADORES, MEDICIONES DE IMPACTO

Los sistemas de información dentro de la APS son un tema al cual se le ha dado mucha relevancia. La razón de esto es que los entes territoriales han detectado vacíos de información y la necesidad de tener un sistema confiable para los diagnósticos y la toma de decisiones en tiempo real. La recolección de información comienza por la ficha familiar, que varía en cada caso y que todos los entes territoriales tienen dentro de su plan de trabajo. Luego esta ficha es sistematizada, para que arroje información geográfica y demográfica con el objetivo que sirva de insumo a los equipos y secretarías de salud para establecer los semáforos de riesgo, medir la efectividad de la estrategia, y detectar las necesidades en salud con la intención de hacer planeación. Es en la sistematización en donde se presentan los mayores cuestionamientos, principalmente por la valoración que se hace del software.

El sistema de información, al ser entendido como un sistema socio-técnico contextualizado en tiempo y espacio, da cuenta de la forma como los entes territoriales conciben la estrategia APS dentro mapas de organización categórica de la sociedad para generar redes de relaciones entre los hechos que conforman el problema de la salud y cómo a partir de éstos se determinan las funciones y objetivos políticos y sociales de la APS. Es en esta lógica que cada ente territorial encuentra apropiado el desarrollo de un software que de cuenta de la realidad local. Sin embargo, el desarrollo de un sistema particular genera un conflicto, en general, de incompatibilidad con otros sistemas de información aún al interior del mismo ente territorial.

Los entes territoriales han hecho esfuerzos para sistematizar la información, sin embargo el problema asociado al sistema de información reside en que la información que se obtiene y sistematiza no sirve o es parcialmente utilizada para la toma de decisiones.

RECTORÍA

Aunque para los entes territoriales es clara la referencia a la ley 1438, artículo cuarto que establece que la rectoría del sector salud está a la cabeza del ministerio, en el plano de desarrollo estratégico y del trabajo cotidiano de la APS, el entendimiento de la rectoría debe plantearse en una escala de multiniveles. En cada ente territorial la rectoría esta mediada por la relación existente entre el nivel central –ministerio de salud-, el regional –departamentos-, y el local –municipal-. Además es importante resaltar que la rectoría funciona de manera determinante para el establecimiento de metas y programas, pero que dentro de ellas es importante entender la influencia de las agendas políticas de ministros, gobernadores y alcaldes para determinar tanto las agendas presupuestales en la asignación de recursos como en la construcción y operativización de planes y programas.

En algunas experiencias la rectoría pasa, además, por la regionalización de los territorios alrededor de las instituciones de mayor complejidad y por el cubrimiento de servicios que otros actores del sistema deberían cubrir pero que no lo hacen.

Vale la pena resaltar que a pesar de la introducción de la ley 1438 y de su claridad conceptual sobre la APS, existe aún un vacío conceptual sobre la manera del cómo se debe implementar. Es decir, es incierto para los entes territoriales y los actores del sistema cuales son los deberes y obligaciones en la estrategia APS. Si bien los entes territoriales han integrado la estrategia APS a los planes territoriales de salud, su capacidad de dar respuesta a las necesidades está limitada por vacíos jurídicos en la aplicación de la norma dentro del SGSSS del país. Hecho por el cual EPS, IPS y ESEs no trabajan en red y no responden de forma adecuada a los requerimientos locales en salud. Hecho que se traduce en la reproducción social de poblaciones desprotegidas, endemidad de ciertas enfermedades, inequidad dentro del sistema y que la estrategia no sea efectiva.

MEDICIÓN DE RESULTADOS Y RESOLUTIVIDAD

Varias de las experiencias visitadas han mostrado resultados en términos de cubrimiento de la población y atención a personas por niveles de complejidad. Sin embargo, la información que fue presentada como un resultado directo de la APS no pudo ser claramente asociada ya que el modelaje teórico que daba cuenta del proceso de seguimiento de la inducción a la demanda no era claro. Igualmente podríamos decir que debido a las inconsistencias de los sistemas de información es difícil asegurar que los

outcomes presentados son la consecuencia directa del programa de la APS. En este sentido y teniendo en cuenta el perfil sociocultural de poblaciones a las cuales están destinados los programas de APS, es difícil hacer un vínculo directo entre la APS y los resultados directos en términos de atención primaria. No obstante se pudo observar que algunos programas de prevención de la enfermedad y de educación en salud mostraron resultados positivos, tal es el caso en Manizales, Versalles y Barranquilla.

Medición y resolutiveidad son, entonces, dos categorías claves en APS pero que necesitan un sistema de información y monitoreo efectivo para que se pueda dar cuenta del estado de la APS.

EXPERIENCIAS SOBRESALIENTES

Las experiencias que en este acápite mencionamos fueron escogidas en razón de su permanencia en el tiempo a pesar de las vicisitudes políticas, económicas y sociales que han podido afectar la vigencia del programa. Igualmente, debido a la identidad social generada por el programa y por su impacto en el tiempo en estos municipios. Estos elementos, consideramos, son importantes de ser revisados críticamente para evaluar y quizás retomar de manera adaptativa los aprendizajes logrados por estos programas para lograr mantener la fuerza de la APS en estos lugares. Es decir, la mirada de estas experiencias evidencia la manera como la APS se inserta en contextos geopolíticos que le permiten construir una memoria cultural e institucional que resiste los contextos sociales variables.

1. Municipio de Versalles

Contexto

Versalles es un municipio ubicado en el norte del departamento del Valle del Cauca. La mayoría de la población de Versalles vive en la zona rural. El municipio está compuesto por 43 veredas agrupadas en 7 corregimientos y en cada corregimiento hay un puesto de salud. La Economía es de tipo agropecuario: cultivos de café, lulo, cultivos de caña panelera y de plátano, pequeña ganadería.

La colonización antioqueña hacia el sur abarcó lo que hoy son los departamentos de Caldas, Risaralda, Quindío y norte del Valle del Cauca. Con ella floreció la agricultura, especialmente el cultivo del café y el comercio, además dejaron una tradición de trabajo y solidaridad. La cultura antioqueña con valores muy conservadores y religiosos muy fuertes trascendió hasta el presente en las poblaciones colonizadas.

Antecedentes

Desde la fundación y colonización de Versalles en el siglo XIX, 1894 hasta la década del 50 del siglo XX la forma de trabajo comunitario o *convites* (trabajos colectivos o mingas) fue muy informal, pero contó con la presencia de destacados y comprometidos líderes con visión a largo plazo que perseveraron en fortalecer el trabajo comunitario.

Es de resaltar que estos grupos vivieron un proceso de formación permanente a nivel local, proceso en el cual jugó un papel importante el Instituto Mayor Campesino de Buga y la Radio Sutatenza. Esta última Radio fue muy importante en el desarrollo de programas de educación popular en la década del 60, los cuales formaron parte de todo un movimiento de comunicación social en América Latina que tuvo alcances muy amplios en esta región; es muy probable que sus metodologías estuvieran basadas en las teorías de Paulo Freire sobre educación de adultos.

A lo largo de estos años se acumuló una enorme sabiduría por parte de la comunidad y sus líderes para manejar los conflictos que fueron frecuentes en los años 50 tales como la violencia partidista, la desintegración de asociaciones, y el desplazamiento de campesinos. De igual forma, se construyeron valores de confianza, tolerancia, modestia sin pretensiones de protagonismo, y sobre todo de priorizar lo colectivo sobre lo particular, los cuales fueron y son el sustento de un trabajo comunitario duradero. Estos valores seguramente jugaron un papel definitivo para que la violencia que azotó el país en esos años, no acabara con los gérmenes de organización y de capacidad comunitaria en Versalles.

La ANUC (nacida y crecida en los '60 en Versalles) fue otra experiencia importante de construcción de cultura comunitaria. La creación en 1947 de la casa campesina para que la gente del campo tuviera donde alojarse fue otro espacio colectivo hecho por la comunidad. Alrededor de esta casa empieza a haber un desarrollo participativo y se crean los primeros comités de desarrollo campesino que se reúnen para discutir sobre las necesidades reales de la comunidad.

En 1989 Versalles, a pesar de su historia de participación, no contaba con experiencias sólidas de organización comunitaria orientadas a ofrecer soluciones más integrales que llevaran a definir alternativas frente a los problemas sentidos por la comunidad. No existía un espacio de coordinación intersectorial que permitiera analizar estrategias o proponer iniciativas dirigidas a los problemas económicos y sociales.

A principios de 1989, el Padre Gildardo Vélez párroco por esta época y el Dr. Henry Valencia, Director del Hospital San Nicolás, iniciaban un proceso de reuniones en la Casa Cural con actores institucionales, orientados a forjar un futuro diferente para Versalles. Inicialmente las reuniones no lograron un equipo sólido de trabajo pero, a medida que avanzaba el año, junto con los acontecimientos anteriormente descritos, se iba perfilando un núcleo de actores.

En esta época la participación comunitaria se convirtió en el eje del proceso colectivo con la creación de los CPC (Comité de Participación Comunitaria). El decreto 1216, que reglamentó la conformación de los Comités de Participación Comunitaria (CPC), con el fin de fiscalizar la prestación de servicios de salud a nivel comunitario y que fue punto de partida de una nueva estrategia de organización comunitaria en Versalles. Con base en un consenso institucional naciente, su aplicación en Versalles fue sustancialmente diferente a la realizada en otras partes del país.

En vez de limitar su alcance a una fiscalización, el CPC de Versalles partía de dos importantes puntos filosóficos: primero, que el concepto de salud comprende no sólo el tratamiento a los enfermos sino también la prevención de las causas de las enfermedades y la promoción de la salud. Y, segundo, que la mayoría de las soluciones a los problemas locales está en manos de la comunidad. Estos dos puntos sirvieron para abrir un espacio de concertación entre instituciones y miembros de la comunidad, así como para dar un enfoque amplio a las actividades del CPC.

En 1998 empieza oficialmente APS y se conforma un equipo intersectorial y multidisciplinario en donde todos los componentes de los equipos de APS son de planta. Es importante subrayar la presencia de una trabajadora social con experiencia en desarrollo comunitario en barrios marginales y de una enfermera profesional con formación en la universidad del valle sobre desarrollo comunitario. La actual coordinadora Gilda es la trabajadora social que lleva 22 años en el proceso. Coordina la estrategia de APS desde hace 4 años con continuidad y ha coordinado la estrategia en varias oportunidades.

Versalles hasta la actualidad: puntos de fuerza

La experiencia de APS en Versalles se ha sostenido en 22 años, nunca se interrumpió. La parte fuerte de la estrategia es la participación social y comunitaria en todos los programas implementados a través de una metodología participativa. Desde que se hizo el primer diagnóstico institucional hace 22 años nunca faltó voluntad política.

El trabajo de voluntarios comprometidos para dictar talleres ha permitido que la estrategia de APS, a pesar de la falta de recursos económicos, fuera sostenible. Siempre ha sido un trabajo más de compromiso y de responsabilidad social (capital social).

Un equipo multidisciplinario e intersectorial también ha sido determinante: los varios sectores se intercambian personal especializado (Ejemplo: si educación tiene un psicólogo y salud no, en el momento que salud lo necesite trabajará para los programas del sector salud hasta que sea necesario).

Elementos importantes identificados para el desarrollo de una verdadera participación comunitaria:

- Los líderes con mucha visión a futuro
- La metodología utilizada: se hizo un diagnóstico primero institucional y luego con participación comunitaria
- Las capacitaciones desarrolladas por voluntarios de la comunidad desde y apoyados por todos los sectores de la administración pública.
- El padre Vélez y Henry Valencia fueron los personajes comprometidos de la metodología participativa y democrática que atraviesa todos los programas sociales en Versalles.
- La multisectorialidad garantizada por un espacio muy importante como el de los CPC
- La voluntad política que nunca ha faltado en Versalles

Todos estos elementos han contribuido a la construcción de la participación comunitaria a todos los niveles de los procesos y que APS se haya sostenido en 22 años sin interrupciones.

2. Distrito de Barranquilla

En el distrito de Barranquilla la implantación de la estrategia de APS llamada Modelo de Atención Integral en salud, empezó hace 3 años. Desde el comienzo se priorizó la población más vulnerable del área urbana. La priorización de las actividades y programas a desarrollar han sido establecidos de acuerdo a la normatividad nacional. La geografía de Barranquilla y la elevada concentración de la población en los barrios de la ciudad son elementos que favorecen el acceso a los puestos de salud y las visitas por parte del personal de salud a los hogares. La población de Barranquilla es una población fluctuante que se ha logrado monitorear con un sistema de registración en el sistema por número de cedula.

En el 2009, año de implementación del modelo de APS, el sistema de salud de Barranquilla pasó por una profunda reestructuración por la construcción de la nueva red hospitalaria constituida por los PASO (Puntos de Atención en Salud Oportuno) y los CAMINO (Centros de Atención Médica Integral Oportuno). Los PASO son de primer nivel de atención y los CAMINO son nivel dos del sistema de atención. Para cada CAMINO hay 5 PASOS. Cada PASO y CAMINO tiene asignada una población de acuerdo a su área de influencia para la implementación del programa. La EPS del Estado CAPRECOM ha sido contratada para la ejecución de la estrategia de APS.

En Barranquilla hay más de 300 Caminantes de la Salud que son las mismas promotoras de Salud y diariamente ingresan a los hogares para realizar las visitas a las familias e identificar la situación de riesgos en que se encuentre cada uno de sus integrantes y conocer su realidad social y sanitaria. Cada caminante tiene a su cargo un promedio de 450 familias para visitar a lo largo de un mes.

Entre las principales actividades que realiza la promotora están:

- Recolección de información para tener un diagnóstico de salud de la comunidad
- Plan de visitas según los riesgos identificados (Alto, medio y Bajo) para las intervenciones en salud
- Identificación de personas a SISBENIZAR para que accedan a los servicios de salud.
- Identificación de usuarios para los PASOS y CAMINOS (canalización)
- En caso esporádicos, prestan atención extra mural, como por ejemplo citologías cuando la paciente se encuentre en una situación que por su naturaleza no le permite movilizarse al puesto de salud más cercano

Los equipos de salud familiar son así compuestos: un médico, un odontólogo, una enfermera y una promotora de salud. Uno de los problemas principales para el equipo de APS es la contratación. Los trabajadores no son contratados directamente por la EPS sino

por una cooperativa de servicios. El sueldo es muy bajo y son pagados por horas. La ruta de atención es muy clara en Barranquilla. Esto se debe al haber integrado la intervención extra mural del equipo con los nuevos centros de atención territoriales PASOS y CAMINOS.

El diseño y la implementación de la estrategia fue concertado con la comunidad según lo que dijo la coordinadora en la entrevista. También existe un sistema de evaluación y veeduría por parte de la comunidad que se concretiza en una línea de atención telefónica para recepción de quejas que funciona las 24 horas. En Barranquilla no se hacen brigadas de salud y no existen indicadores que permitan medir el nivel de resolutivez del sistema.

La estrategia en Barranquilla se encuentra débil a nivel de intersectorialidad, no hay cooperación con la gobernación. Varias personas señalaron que podría mejorar la situación con el nuevo gobernador.

3. Municipio La Dorada, Caldas

En el Municipio de La Dorada Caldas el concepto de APS busca tener una visión social por lo cual se ha planteado el término de “Atención Primaria Social”. En el 2005 empieza la estrategia y se crean los primeros equipos de APS. El secretario de Salud en el 2006 es el que impulsa la estrategia que se ve interrumpida por la nueva administración en el 2008. En estos tres años los objetivos de la administración municipal no contemplan APS.

En el 2010 la nueva administración retomó con fuerza la estrategia de APS. El nuevo alcalde era el mismo medico salubrista que en el 2005 cubría el cargo de secretario de salud. En el 2010 se volvieron a conformar los equipos de APS, se identificó el barrio Las Ferias en la parte Norte del municipio, como barrio marginal en alto riesgo y ahí se concentraron los esfuerzos de la administración pública en cuanto a APS.

La primera etapa fue el levantamiento de la línea de base. Este levantamiento fue ejecutado con 21 cogestores encargados de encuestar y digitar con el instrumento ficha familiar, se alcanzó el 57.9% de cobertura de la población. Se hizo una subdivisión geográfica de los barrios de La Dorada y por cada 500 casas se crearon las Células de Acción Solidaria (CAS), cuyo propósito fundamental es prestar atención primaria social directamente en la comunidad. Se dividió la población por ciclos evolutivos. Cada célula tiene un equipo llamado Célula de Atención.

Este equipo está compuesto por una promotora de salud, un promotor de cultura, un promotor de deportes y una auxiliar de enfermera cada dos células. Además se creó un grupo de apoyo compuesto por un padrino de gestión por célula, un comité evaluador de prioridades y grupo de acción. Hoy en día existen en el territorio 32 CAS de los 45 planeados para tener el 100% de la cobertura de la población priorizada.

En el desarrollo de la estrategia la promotora (técnica en salud pública) tiene un papel central. Cada promotora tiene a su cargo una célula (500 casas) y está sola en la identificación de las problemáticas y de las necesidades de la población (muchas son las competencias requeridas a la promotora de salud). Su trabajo fundamentalmente es de Promoción y Prevención e inducción a la demanda. La ESE local participa a la estrategia proporcionando 6 promotoras de salud.

Los actores involucrados en la implementación de la estrategia son la Secretarías de la Administración Municipal (Salud, Educación y Bienestar Social) que están lideradas por el mismo funcionario secretario de salud que tiene una evidente sobrecarga de trabajo; la ESE Salud Dorada, el Observatorio para el Desarrollo y la Gestión Pública Centro de Convivencia del barrio Las Ferias.

La intersectorialidad de la estrategia tiene su espacio de construcción en el Consejo de Políticas Sociales en el cual están involucrados sectores como la Comisaría de familia, la Policía nacional, la Registraduría, las JAC, el Hospital San Félix, la ESE Salud Dorada, las ONGs, las Universidades, la Iglesia y el SENA. La participación social es muy limitada y el funcionario piensa que, en la toma de decisiones e identificación de las necesidades, no hay que involucrar la comunidad sino personal técnico especializado que sepa leer el contexto.

En términos de universalidad de la estrategia también se ven limitaciones en la visión del secretario que concibe la APS solo para la población más vulnerable: subsidiados, vinculados y no vinculados; según él los ricos (los del sistema contributivo) no necesitan APS. Un grupo interno a la administración comunal ha construido un sistema de información (fichas y software) de los más avanzados entre los sistemas conocidos durante la investigación. El sistema alimentado periódicamente por las fichas, llenadas por las promotoras, está organizado para hacer prevención de riesgos: semáforo verde, amarillo, rojo. A través de la constante evaluación de los niveles de riesgo por cada ficha familiar, se prioriza la intervención.

La sostenibilidad de la estrategia ha estado hasta el momento sujeta a la voluntad política de las administraciones públicas de turno y en concreto con el nuevo alcalde para el 2012 no se tiene claridad sobre el futuro del modelo.

Puntos de fuerza: sistema de información (fichas y software) e intersectorialidad.

Debilidades: participación social, universalidad y recursos económicos. Hasta el momento la estrategia se ha mantenido básicamente a través de recursos propios del municipio.

CONCLUSIONES

- De las experiencias visitadas, en general, se puede concluir que se evidencian cuatro momentos históricos de implementación, que son: en los años ochenta, luego de la Ley 100 de 1993, la APS renovada y en la actualidad.
- No hay claridad conceptual sobre que es APS
- La fragmentación del SGSSS es una limitante importante para la eficacia de la APS
- Se evidencia un vacío institucional por parte del ministerio de salud,
- Se percibe la necesidad de una mayor rectoría del ministerio para hacer efectiva la APS
- Se evidencia una ausencia de rectoría en la APS.
- Debido a la multiplicidad de entendimientos de la APS, su traducción a planes y a un sistema de información no hay una estandarización de la información en el plano nacional
- Algunas experiencias evidencian es que la implementación de APS es incipiente y que por lo tanto no trasciende los planes de gobierno
- La APS tiene una difícil proyección debido a su codependencia con los planes de gobierno departamental, municipal o distrital
- La voluntad política es un determinante importante para la implementación de la estrategia
- Falta de flexibilidad en la manera de hacer cultural y socialmente pertinente la APS en los lugares
- El definir el trabajo de APS por metas lo hace insuficiente ya que nos se mide la calidad
- En algunas experiencias asimilan participación social con salud comunitaria conduciendo así a políticas asistencialistas
- La APS es siempre selectiva dejando de lado poblaciones vulnerables
- La lógica de la APS entra en contradicción con el modelo económico que rige el SGSSS
- Las experiencias se centran en un concepto de salud familiar que no necesariamente corresponden a lo que es salud familiar
- Existe un problema de recurso humano debido a alta rotación del personal y a las precarias condiciones laborales en el plano salarial y tareas
- Falta de personal calificado en APS
- La conformación de los equipos básicos de APS está sujeta a las necesidades locales y a las posibilidades presupuestales
- En la mayoría de los casos no se evidencia la práctica efectiva de las Redes Integrales de Servicios de Salud
- A pesar de los esfuerzos de comunicación y sistemas de información la toma de decisiones no está apoyada por un procesos riguroso de análisis
- En las experiencias falta integral al régimen contributivo para buscar la universalidad
- El acercamiento entre salud pública y aseguradoras es reducido y fragmentado
- La sostenibilidad debido a la infraestructura, planes y recursos no está asegurada

- En varias experiencias se solicitó la unificación de instrumentos de diagnósticos y de contar con un sistema de información nacional
- Existen experiencias positivas en APS en el país que evidencian la viabilidad de la APS
- Experiencias importantes pero sin comunicar y analizar
- En la mayoría de los casos existe un capital humano formado en las anteriores experiencias de APS que está comprometido y que cree en la importancia de APS
- Se pudo detectar la existencia de una vanguardia de ideólogos en APS que se han encargado de difundir el modelo y sensibilizar a los actores implicados en la implementación de la estrategia
- La existencia de la normativa vigente (ley 1438) es una plataforma importante de sostenibilidad de la estrategia
- La existencia de múltiples plataformas de información evidencia el creciente interés por tener datos confiables y producir indicadores que puedan servir de insumos para planeación estratégica

RECOMENDACIONES

- Lograr claridad conceptual sobre lo que es APS, es importante la formación continuada del personal que trabaja directa o indirectamente en APS
- Superar la fragmentación del SGSSS
- Mayor rectoría y acompañamiento técnico por parte del ministerio de salud. Esto exige un proceso de flexibilización de la APS pero en donde se acompañen los procesos de manera adaptada y socialmente sensible
- Promover la relación entre sector público en salud con la investigación, formación y aplicación de instituciones de educación superior
- Comunicar y aprovechar las experiencias positivas en APS por medio de una mesa de trabajo nacional
- Lograr desvincular la APS de los planes de gobierno territoriales y que se convierta en política pública del sector salud
- Flexibilizar la APS para que sea cultural y socialmente pertinente en los contextos locales
- Desarrollar un seguimiento a las metas a cumplir que este acompañado de un monitoreo de la calidad del proceso tanto para los entes territoriales como para las EPS
- Replantear y lograr claridad sobre qué es la participación social en APS para establecer criterios similares en todo el país
- Replantear y lograr claridad sobre qué es la salud familiar en APS para establecer criterios similares en todo el país
- Desarrollar mecanismos de inclusión para cobijar poblaciones del régimen contributivo
- Fortalecer la APS en el área rural

- Fortalecer la relación entre municipio y gobernación
- Lograr contratar el recurso pertinente y capacitado dentro de un régimen laboral estable con cargas laborales que hagan viable la APS
- Fortalecer la veeduría en la contratación del recurso humano para los equipos de APS
- Integrar efectivamente las RISS
- Fortalecer las mesas de trabajo intersectoriales
- Sustentar la toma de decisiones a partir del análisis situacional de cada caso por parte del equipo de APS
- Articular los sectores de salud pública y aseguradoras
- Asegurar la sostenibilidad por medio del fortalecimiento de la infraestructura y por la asignación presupuestal de los recursos públicos y privados
- Unificar el sistema de recolección y procesamiento de datos en un sistema de información nacional que pueda ser utilizado en tiempo real

Como un último punto queremos resaltar que debido a lógica que sustenta la atención primaria en salud sería conveniente armonizar la estrategia con el actual régimen en salud. Quizás el camino sería de transformar la APS para que pase de ser una estrategia a ser la base del sistema de salud. Igualmente, tal como esta planteada la APS, como es entendida y significada no tiene ningún impacto en la disminución de la inequidad en salud pero, si se logra transformar la manera como se inscribe en el mundo social y cultural de la sociedad colombiana, tal vez sea allí donde se pueda empezar un nuevo trasegar en la historia de la APS del país.

Anexo 1 Guía de entrevista

| Factor | Descriptorios |
|---|--|
| 1. Historia social de APS | Línea de tiempo para el diseño y construcción de APS Diagnóstico situación de salud Priorización de problemas en salud |
| 2. Organización Social que soporta la APS | Actores claves en el sistema local de salud (roles y funciones) Formas de toma de decisiones Formas de consenso intragrupal para las acciones Formas de organización de la atención comunitaria Estrategias de gestión de equipos Planeación estratégica y sostenibilidad Estrategias de financiamiento Formas de asignación de recursos Seguimientos y evaluaciones Organización red prestadora de servicios Organización sistema de información Formas de coordinación entre áreas administrativas y asistenciales Formas de coordinación interinstitucional |
| 3. Acción social | Sistema de información Estrategias de diagnóstico comunitario Estrategias de acción para cobertura y acceso Estrategias para disminución de inequidad Estrategias para la coordinación de la oferta de servicios Formas de coordinación de red prestadora Estrategias de seguimiento a las acciones -PyP- Trayectorias comunitarias de acceso a servicios Formas de atención comunitaria Capacidad de respuesta del sistema Participación de las aseguradoras en APS |

Listado de preguntas entregadas por el Equipo Ministerio de Salud

¿Cómo se concibe la APS?

¿Qué es la APS? Acuerdos conceptuales construidos en la experiencia

¿Cuál es el alcance que se le da?

¿Para qué?

¿De dónde y por qué surge la iniciativa?

¿Qué se buscaba lograr? ¿Que buscaba resolver la APS?

¿Qué resultados se esperaban de la estrategia?

¿Cómo se midieron los resultados?

¿Qué resultados se esperaban en relación con la equidad, la sostenibilidad, la efectividad?

¿Cómo se usaron los resultados?

¿Para quién?

¿A quién estuvo dirigida la estrategia de APS?

¿Qué criterios de selección / focalización / diferenciales se utilizaron?

¿Cómo?

¿Cómo se establecen las necesidades de la población? ¿Cómo se priorizaron? Se diseñaron instrumentos para el levantamiento de información sobre necesidades? Qué aspectos contempla?

Este levantamiento de necesidades permitió la identificación de población con necesidades diferenciales

¿Se centró en eventos de salud – enfermedad?

¿Qué sujetos / colectivos se abordaron?

¿Cómo se organizan las respuestas a las necesidades de la población?

¿Las respuestas fueron solo en salud, o se generaron procesos de respuesta articulada con otros sectores?

¿Qué transformaciones en los modos de atención – prestación de servicios se desarrollaron? ¿En qué ámbitos?

¿Se organizaron equipos de atención? ¿Cómo y por qué?

¿Se acompañaron de otros modos de organización de la atención?

¿Cómo se organiza la APS a nivel territorial?

¿Cuáles son los procesos de gestión para la APS a nivel territorial?

¿Cómo se organiza la APS a nivel IPS?

¿Cuáles son los procesos de gestión en la prestación de servicios?

¿Qué cambios se dieron en la prestación de servicios?

¿Cómo se organiza la APS a nivel de Aseguradores?

¿Cuáles son los procesos de gestión para la APS desde el aseguramiento?

¿Con quiénes?

¿Cómo participa la comunidad?

¿Cómo se abordaron los procesos de participación social, a través de que procesos de organización y gestión?

¿Cómo se realizó la convocatoria a la participación de los diferentes actores en el proceso de APS? ¿Qué se logró?

¿Quién dirige la estrategia?

¿Qué continuidad ha tenido la estrategia?

¿Cómo se garantizó la continuidad?

¿Qué desarrollos tuvo la función rectora de la autoridad sanitaria en el marco de la experiencia?

Anexo 2 Preguntas y respuestas clave por experiencia seleccionada

| Preguntas | Medellín |
|---|---|
| ¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementados? | Se hace prevención y promoción en el centro de salud con tareas de parte del guía y con seguimiento de que se haga la tarea. No hay comunicación continua con los prestadores. |
| ¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes? | Por medio de reuniones del comité técnico, donde están los profesionales que tienen las líneas de coordinación, el líder del programa, el subsecretario, subsecretaria. Hay un equipo de trabajo que revisa la normatividad y según el sistema integrado de calidad se dan aportes para la toma de decisiones. Desde el plan de Desarrollo están los lineamientos. Ahora están buscando reunirse con Planeación y Gobierno para construir metas y asignar recursos para el siguiente Plan de Desarrollo. |
| ¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron? | Por necesidades de la población, se hace una priorización y miran cual es el equipo que se necesita, aunque tienen temor de incluir un medico por la responsabilidad. El equipo se conformo según la concepción biosocial de la APS y del perfil de las familias. |
| ¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda alas necesidades de la población? Y ¿por qué? | El equipo solo hace intervenciones educativas, no atención como tal, la manda al sistema. Sí hay cambios pero existe dificultad para mostrar los resultados. En la familia se dan cuenta que va cambiando la familia. Se hace énfasis en el acceso al aseguramiento y en educación en el cuidado de la salud pero hay aspectos estructurales más grandes |

| Preguntas | Antioquia |
|---|---|
| ¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado? | Por medio de la visita de las auxiliares de enfermería se identifican las necesidades y se canalizan a los servicios, se hace por medio de un formato con original y copia, el original va a la ESE y la copia a la enfermera coordinadora quien hace el seguimiento y en los informes se consolida la población canalizada y la atendida efectiva, en caso de haber sido atendida se explica el por qué. |
| ¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes? | Como está la APS en el plan de Desarrollo ya fue planeado el programa por Planeación Departamental, que a su vez le hacen el seguimiento. Según la metodología se tiene una facilitadora general departamental, quien asesora a los municipios en la toma de decisiones en la implementación de la APS. Los municipios mandan los proyectos en marco lógico y cuando el proyecto es cofinanciado entre hospital, municipio y Secretaría Departamental se hacen reuniones con el alcalde, la dirección local de salud y la facilitadora general departamental. Cuando hay cambios en los proyectos cofinanciados las decisiones se deben ser avisar a la interventora y a la facilitadora general departamental. |
| ¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron? | Hasta ahora se está estructurando según la 1438. Tienen una auxiliar de enfermería pero según las necesidades de cada municipio se van a conformar los equipos. No están armados los equipos, los están haciendo. |
| ¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda alas necesidades de la población? Y ¿por qué? | En este momento no se puede decir pero por canalización y atención es baja, no se puede decir por las dificultades en acceder a los servicios. |

| Preguntas | Cundinamarca |
|--|---|
| ¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado? | Las promotoras entregan unas remisiones a las personas según el diagnostico que hacen en la visita familiar. En un principio se hacian muchas remisiones y los hospitales no los atendían, lo cual creo desconfianza por parte de la población, ahora se hacen pactos con los hospitales, donde por remisión especial se sabe |

| | |
|---|--|
| | que fue dada por la promotora de salud se atiende a las personas. |
| ¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes? | Las decisiones para cumplimiento de metas se hacen cada año por los directivos de la Secretaría departamental de Salud hacen una evaluación, luego se comunican a la Secretaría para que ella apruebe y ayude a tomar las decisiones concertadas para hacer el POA anual. La rectoría sobre el manejo de presupuesto se hace entre directores y secretaria, pero no hay rectoría con las aseguradoras. |
| ¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron? | Todas son auxiliares de enfermería por el modelo antiguo de promotoras de la salud. Los equipos básicos de los municipios los contrata el alcalde según su diagnóstico municipal. |
| ¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda a las necesidades de la población? Y ¿por qué? | Para los recursos que se asignan en salud nuestro país está muy mal en salud, pero a salud pública se le asigna siempre muy poco y con eso poco se ha podido hacer algo pero no es suficiente, no se le ha dado la importancia ni en presupuesto ni en rectoría a la PyP. Hay municipios que tienen 15 millones al año para salud pública ¿qué se hace con eso? Hay algunas acciones que se han venido mejorando en todo caso como las ETV, la atención materno infantil. Además los problemas de salud pública no los arregla solo el sector salud porque comprenden acciones intersectoriales que no se dan en la realidad de los municipios aunque existan los comités. |

| Preguntas | Bogotá |
|---|--|
| ¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementando? | En Salud a su Casa se hace inducción por remisión a las unidades de atención más cercanas. |
| ¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes? | Se necesita que el Secretario Distrital gestione la APS para hacer la abogacía con los gerentes de las EPS y tomar decisiones conjuntas. El programa se circunscribe al Plan de Atenciones Colectivas de Salud Pública, donde se tiene una coordinadora de Salud a su Casa tiene un equipo coordinador que se reúne todas las semanas para hacer seguimiento. |
| ¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron? | Los equipos se conformaron desde lo encontrado en los diagnósticos locales con participación social, donde se observa la salud integral por eso se tiene un equipo básico que hace educación (promotoras, auxiliares) y un equipo complementario que hace intervenciones familiares y son profesionales. Como el programa está planteado en procesos para cada uno se identificó el perfil de profesional que se necesitaba y se hizo una selección. |

| Preguntas | Boyacá |
|---|---|
| ¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado? | Con los grupos de APS que van a la vivienda e inducen con una ficha del sistema que muestra todo lo que esta pendiente, también se hace una ficha de intervención familiar para consignar los resultados. Se les da una remisión. |
| ¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes? | La secretaria departamental formó un comité directivo con el secretario y las 4 direcciones de la secretaria de salud. Desde hace dos meses se reúnen cada lunes en la mañana. |
| ¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron? | Equipo básico: médico, auxiliar de enfermería, enfermera, psicólogo, técnico en saneamiento ambiental y técnico agrícola para los proyectos productivo, porque quieren impactar en los determinantes por eso los dos últimos para vivienda saludable y asistencia agrícola para las familia con problemas de nutrición. |
| ¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda a las necesidades de la población? Y ¿por qué? | Responden que es alto porque están llevando especialistas a primer nivel para inducir demanda. |

| Preguntas | La Dorada |
|---|--|
| ¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado? | Con ficha familiar, se levantó la línea de base el año pasado, se sistematizó en el software y las promotoras deben rotar por las casas con promedio de visitas de 1.5 al mes, actualizan la ficha y en el aplicativo se entrega a los digitadores o sincronizan todos los días. Tienen unos formularios con los que ellas hacen la inducción, que van a las IPS y se reportan al sistema. |
| ¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes? | 2 tipos de decisiones. Semanalmente con la unidad de análisis, que es una decisión técnica y las decisiones de dirección con el Comité de Políticas Sociales, que son sobre inversión y programas. |
| ¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron? | Basados en la experiencia anterior por las promotoras que habían dado resultados muy buenos y que tengan formación en salud, el grueso es auxiliares de enfermería y tecnólogos en salud pública. |
| ¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda alas necesidades de la población? Y ¿por qué? | Hay factores que se pueden llegar a solucionar pero hay otras necesidades que por competencia no se pueden solucionar (empleo, pago servicios públicos), por eso las respuestas no son integrales. Se llega como al 70% de los problemas en agua, salud, recreación pero falta el resto que deben ser ellos mismos los que se empoderen en solucionarlos. |

| Preguntas | Bucaramanga |
|--|--|
| ¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado? | La inducción de la demanda se realiza en el momento de la visita domiciliaria, responde esta a las edades de los programas de promoción y prevención, se entrega boleta de remisión para la unidad de atención correspondiente. Igualmente, se realiza mediante el call center, el cual hace la llamada de seguimiento y a su vez refuerza la demanda inducida. |
| ¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes? | La estrategia se implemento por cuanto quedo contemplada en el plan territorial de salud para la vigencia 2008 - 2011, contemplándose una cobertura de 70.000 familias del régimen subsidiado y población pobre y vulnerable no asegurada. Lo anterior, por la inquietud del alcalde de llegar casa a casa con los servicios de salud, para garantizar una mayor accesibilidad y cobertura. La decisión fue del alcalde y se coordino con la secretaria de salud municipal, para la destinación de |

| | |
|---|--|
| | los recursos |
| ¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron? | Por el nivel de atención, el tipo de actividades a desarrollar, el costo del recurso humano versus presupuesto asignado lo que obligo a buscar solo los perfiles fundamentales, medico, enfermera jefe, auxiliares de enfermería e higienistas orales. |
| ¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda alas necesidades de la población? Y ¿por qué? | <p>El nivel de resolución de la APS actual en Colombia es limitado, debido a las barreras administrativas que imponen las EPS a los usuarios, lo cual no permite una adecuada atención, no hay oportunidad en los servicios que dependen de la autorización de las mismas, no se puede brindar integralidad por el fraccionamiento en que se encuentra actualmente la atención de las diferentes patologías (primero y segundo nivel).</p> <p>La modalidad que prima para la contratación del talento humano en salud (orden de prestación de servicios en el sector público) y los bajos honorarios, generan una alta rotación del personal, lo cual impide en la mayoría de los casos desarrollar un sentido de identidad y pertenencia a la institución y por ende la prestación de un servicio con calidad; de igual manera el entrenamiento dado al personal se pierde.</p> <p>Otro aspecto importante es la falta de resolutiveidad de la mayoría de los médicos generales por deficiencias en su formación clínica, y el poco conocimiento de los protocolos de los programas que desarrolla el ministerio de la protección social en el primer nivel.</p> <p>La cobertura de aseguramiento universal aún no han sido posibles, y los tramites para sisbenizarse son muy lentos trayendo inconvenientes a la hora de la atención.</p> <p>A pesar de que la red pública es grande, las unidades de atención no fueron construidas pensando en tener una zonificación adecuada para brindar una atención en salud familiar, adicionalmente por costumbre los pacientes acuden a todos los centros de salud que existen en la red, abriéndoseles historias en cada uno debido a que aún no se tiene sistematizada la institución.</p> <p>En las instituciones públicas hay mucha dificultad para hacer el seguimiento telefónico a los pacientes insistentes a los programas, embarazadas, riesgo cardiovascular entre otros, debido a que no se permite el pago de celulares, ni llamadas a celulares desde el teléfono fijo de las unidades de atención.</p> <p>En general el déficit presupuestal de las ESES afecta el desarrollo adecuado de la estrategia.</p> |

| Preguntas | Santander del sur |
|---|---|
| ¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado? | No se hace directamente porque no es su competencia, la debe hacer la EPS. Hacen un modelaje para mostrar a las EPS cómo deben hacer la inducción. |
| ¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes? | La APS quedo como una estrategia de gestión en la Secretaría Departamental por eso sus decisiones las toma el Comité Técnico de la Secretaría conformado por el Secretario y las Directores. Las decisiones operativas las toma el equipo operativo de la estrategia. |
| ¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron? | En un principio se pensó en función de las competencias de la Secretará Departamental pero como no se tienen profesionales con formación integral y menos con enfoque de APS se tuvo que conformar un equipo interdisciplinario entre ciencias de la salud y humanas. |
| ¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda alas necesidades de la población? Y ¿por qué? | Han acercado la oferta a la comunidad, se piensa que la gente reconoce su derechos a los servicios. También acompañan la implementación de protocolos que mejoran la atención de la población pero es más una asesoría. En algunos municipios se ha logrado que la APS se contemple en los próximos Planes de Desarrollo. |

| Preguntas | Versalles |
|---|--|
| ¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado? | Dentro de la estrategia de APS la inducción a la demanda se hace casa a casa por un equipo de promotoras que trabajan con la institución desde hace más de 20 años, ya que esta estrategia en el municipio viene implementándose desde hace 22 años, también cada integrante del equipo de APS desde sus funciones hace esta labor, así mismo las promotoras en sus visitas domiciliarias. |
| ¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes? | Las decisiones sobre la implementación de APS se toman desde la Gerencia del Hospital, teniendo en cuenta el trabajo y la experiencia del equipo que desde hace más de 20 años esta vinculado a este trabajo. |
| ¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron? | El Hospital San Nicolás de Versalles no contrato equipo nuevo, sino que continuo con el que tenía, pues son personas que tienen sentido de pertenencia, conocen la comunidad y tienen la experiencia necesaria para continuar con el desarrollo de la estrategia. El hospital no contrató un nuevo equipo, ya que los recursos dados por la Secretaría de Salud solo alcanzan para sostener el equipo que viene trabajando desde hace muchos años en el desarrollo de la estrategia. |
| ¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda alas necesidades de la población? Y ¿por qué? | La Estrategia de Atención Primaria en Salud brinda a la comunidad oportunidad y accesibilidad a los servicios, ya que tenemos atención diaria en el área rural donde se encuentran 7 puestos de salud y cada uno de ellos cuentan con una promotora que vive allí y por lo tanto conoce la problemática de su comunidad. La población del área rural tiene acceso a los servicios de salud que presta la institución como son: Consulta Externa, Programa de Promoción y Prevención, laboratorio Clínico, odontología, suministro de medicamentos, el 100% de la población de esta área tiene accesibilidad a los servicios de salud, ya que el municipio cuenta con cobertura universal. En el área urbana también la población tiene acceso a estos mismos servicios. Para complementar la estrategia de APS se tienen programas como: Casa Hogar Prenatal, un sitio donde llegan las mujeres gestantes del área rural 8 o 15 días antes de su parto para evitar complicaciones a la hora de su parto y evitando la mortalidad materna; esta estrategia ha posibilitado que la tasa de mortalidad materna esta desde hace más de 10 años en Cero (0) en el municipio, igualmente contamos con el proyecto Valle de los Corazones Sanos que apunta a mejorar la salud de las personas con Hipertensión y diabetes, a través de un seguimiento continuo y permanente de su adherencia a los tratamientos para evitar daño en órganos blandos. Este proyecto se complementa con el de Estilos de vida Saludable, donde 3 veces a la semana las personas dentro de los clubes saludables hacen ejercicio para mejorar su estado de salud, así mismo se están haciendo constantemente talleres de nutrición que enseñan a cambiar los hábitos alimenticios de la población. Se cuenta en el área de Salud Oral con la Clínica Odontológica del Bebé donde se dan servicios en salud oral a los mejores de 5 años, el proyecto lleva funcionando en el municipio hace 12 años y ya podemos ver el impacto de la salud de los pequeños en la disminución de caries dental y en la mayoría de los casos una boca saludable; en la zona rural se tienen implementado el AIEPI Comunitario. También la Estrategia Escuela Saludable y Servicios amigables brindan un complemento a la estrategia en la atención a los escolares, adolescentes y jóvenes; respecto a la salud mental se está implementando la estrategia ALDEA, la cual busca rehabilitar a las personas con trastorno mental, prevenir suicidio, depresión, consumo de sustancias psicoactivas y brindar educación sobre cómo mantener una buena salud mental y dar herramientas a los cuidados de personas con trastorno mental para que puedan ser un apoyo en la rehabilitación de estos. Todos estos programas y proyectos se trabajan con intersectorialidad y participación de la comunidad, lo que ha hecho posible que a través de todos estos años se mantengan. |

| Preguntas | Valle del Cauca |
|---|--|
| ¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado? | <p>EPS Subsidiadas: Dado que durante el diseño de la Estrategia de APS 2011 se realizó un levantamiento de información sobre las redes de servicios dada entre la red pública con las EPS subsidiadas, se detectó que las EPS Tienen contratos con toda la red pública en la cual operaríamos la Estrategia 2011, por lo tanto, los equipos de APS en los hospitales de baja complejidad podrían atender directamente la población caracterizada en terreno.</p> <p>EPS Contributivas: De igual manera, durante el diseño de la Estrategia 2011, se sabía de antemano toda la red contratada por las EPS operando en el Valle del cauca; de esta manera detectamos, que no contratan con la red pública. Se llegó a un acuerdo con las Gerencias de servicios de salud en el Valle del Cauca; que esta población no sería atendida en terreno, se entregaría un listado de las personas detectadas y se entregarían los listados para su atención por parte de la EPS. Pasados quince días después de este comunicado, si ellos no respondían al llamado Departamental, desde aquí se daría línea a la red pública para la atención de esta población.</p> |
| ¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes? | <p>Valle del Cauca inició con mesas externas e internas, las cuales trataron de conjugar las lecciones aprendidas de las implementaciones anteriores de APS; pero se requirió de un equipo externo contratado, diferente al personal de Planta para sacar adelante la estrategia con los nuevos lineamientos de la 1438 del MPS, lo que no ha permitido de manera constante la participación en la toma de decisiones del equipo de planta, los cuales participaron por turnos durante todo el proceso de diseño, implementación, pero todos en los resultados, ya que de estos dependen el alcanzar las metas del Plan de Desarrollo.</p> <p>Este Grupo de Base de APS tomó todos los insumos de las mesas y retroalimentación de los actores para el Diseño de la Estrategia, realizó acompañado del Grupo técnico, presentaciones con grupos externos, OPS Bogotá, expertos ex funcionarios de OPS en el valle del cauca y Antioquia, indicaciones que nos sirvieron para realizar ajustes en la propuesta, pero la toma de decisiones definitiva, recaía en cabeza del secretario departamental de salud principalmente</p> |
| ¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron? | Se realizó un estudio sobre experiencias en diferentes Países y territorios (perfiles y competencias), y teniendo en cuenta las necesidades territoriales de acuerdo al perfil epidemiológico, se tomó la decisión de la conformación definitiva de los equipos extramurales de Baja complejidad operando actualmente en el Departamento. Y en definitiva, según seguimientos de la Estrategia han respondido de manera adecuada al diseño inicial |
| ¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda alas necesidades de la población? Y ¿por qué? | <p>Estamos por verlo, nos encontramos en resultados parciales y no debemos olvidar que la APS renovada tiene un contexto de desarrollo humano; entonces no podemos solamente hablar de coberturas y accesibilidad, que de entrada sabemos que estos objetivos son alcanzables por medio de la Estrategia, pero ¿dónde están las conformaciones de redes sociales instauradas y operando? ¿La demanda inducida pero a otros sectores, como el educativo? ¿En los de protección a víctimas?</p> <p>Aun no podemos decir sobre resultados definitivos dado las múltiples aristas que enmarca la APS renovada implementada en el Valle del Cauca, creo que podremos responder esta pregunta, el 30 de diciembre cuando estemos consolidando los resultados en la Gestión de Determinantes Sociales de la Salud.</p> |

| Preguntas | Cali |
|--|---|
| ¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado? | Principalmente por boleta de remisión a los servicios de la red hospitalaria. |
| ¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de | En Cali se cuenta con el Comité Estratégico que está integrado por el |

| | |
|---|---|
| la APS? y ¿por quiénes? | Secretario de Salud, Jefe de grupo de Salud Pública, Jefe de grupo de Aseguramiento y Desarrollo de Servicios. Representantes de grupos: Planeación, Participación Social, Área Ambiental, Promoción y Prevención y Vigilancia Epidemiológica. Este comité es el encargado de dar las directrices al modelo, hace el seguimiento y evaluación. También está el Comité técnico encargado de la implementación operativa. |
| ¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron? | Según los diagnósticos locales elaborados y el perfil epidemiológico, se tiene un equipo básico que hace el trabajo en las familias. |
| ¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda a las necesidades de la población? Y ¿por qué? | Se han tenido resultados visibles en el mejoramiento de la salud de los pobladores. Se ha logrado el mejoramiento de ambientes saludables, en prevención del dengue, entre otros. Responde a las metas del Plan de desarrollo. |

| Preguntas | Manizales |
|---|--|
| ¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado? | Casos especiales con énfasis se los dan a la Unidad Primaria de Atención. El seguimiento lo hace la promotora que es una auxiliar de enfermería. Se hace canalización con boleta de remisión a la Unidad Primaria más cercana. |
| ¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes? | En la misión y visión de la ESE está la APS como una estructura por procesos y tienen el proceso de salud pública y la líder es una enfermera que se formó en los 80s y se van inscribiendo los expertos de APS, el asesor de gerencia en APS, ya había un conocimiento integrado. El software es vital para las decisiones porque son epidemiológicas. Comités de vigilancia de salud pública que tiene comité por comunas, |
| ¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron? | No tienen promotora sino auxiliar de salud pública porque los programas del gobierno eliminaron la formación de promotoras. Va un equipo en un carro de APS en comodato con ASBASALUD desde el 2007. |
| ¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda a las necesidades de la población? Y ¿por qué? | Se está caminando, hay hallazgos pero no se puede decir que todo está bien. Sí, desde el riesgo. |

| Preguntas | Barranquilla |
|---|--|
| ¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado? | Las caminantes (promotoras) entregan boletas de remisión en las familias según la necesidad de las mismas y los programas o servicios ofertados. Tienen un límite de remisiones según metas y capacidad operativa. |
| ¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes? | A principio de año se hace una planeación y según ella en la Secretaría Distrital de Salud existe un comité técnico de APS, que dirige la Secretaría Distrital de Salud y hace el seguimiento al plan anual. Mensualmente se hacen reuniones de comité donde se toman las decisiones según el desarrollo de cada programa. En lo operativo las caminantes se agrupan por localidad y tienen un coordinador que toma decisiones sobre la implementación en terreno. |
| ¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron? | Las caminantes son auxiliares de enfermería, técnicas en salud pública, se buscó que fueran personas líderes en el sector o barrio donde desempeñaría la labor. |
| ¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda a las necesidades de la población? Y ¿por qué? | Se tiene un buen resultado sobre todo en el control del dengue. En vectores se trabaja en un 90% del tiempo y da buenos resultados. Desde la captación de las personas hasta la atención se tiene un buen resultado. Se cumplen las metas que se proponen. Se asegura el acceso a las unidades de atención por distribución territorial. |

Anexo 3 informe sobre la documentación recibida por el grupo de investigación en las visitas a las trece experiencias priorizadas en el marco del proyecto *sistematización de las experiencias de aps -riss*.

En total se recibieron 282 documentos por parte de las territorialidades.

En cada visita le fue entregado al grupo de investigación documentación sobre la estrategia y la implementación de APS particular a cada lugar visitado. El presente informe presenta el análisis de la documentación de doce de las trece experiencias seleccionadas.

La naturaleza y el número de los documentos producidos varía considerablemente de experiencia en experiencia, sin embargo, existen ejes temáticos que permiten aglutinar la información para encontrar aspectos en común y divergencias no solo en la implementación de APS-RISS como tal, sino en la manera en la cual dicha experiencia es concebida y cómo se han diseñado planes para implementarla por las entidades competentes.

A continuación presentamos los tres ejes temáticos. Al presentarlos abordaremos los puntos en común así como las divergencias.

Componente de participación social en la estrategia APS

Todas las experiencias hacen énfasis en la importancia de tener un enfoque claro y eficaz de participación social y acción comunitaria como base fundamental de la implementación de APS en las territorialidades. En la gran mayoría de las experiencias estos dos aspectos de consideran homólogos y se intercambian, sin aclarar las diferencias y los alcances de cada uno. El caso de Versalles es especialmente elocuente en lo que refiere a participación social articulada y eficaz.

1. Departamento de Valle del Cauca

Para el caso del Valle del Cauca, la participación social consta de dos componentes que están profundamente interrelacionados. Por un lado está el componente comunitario que plantea la necesidad de la intersectorialidad entre entes territoriales, empresas privadas y comunidad base. Por otro lado se presenta la participación ciudadana que busca integrar e impulsar acciones dirigidas a mejorar los servicios y las oportunidades de los ciudadanos, a través de un favorable encuentro entre el sector gubernamental y el sector civil. El fortalecimiento de la participación social se da a través de cinco elementos: 1). Elaboración, implementación y seguimiento de un programa de formación y capacitación a la comunidad para que se involucre en procesos de gestión de salud, 2). Diseño e implementación de un plan de trabajo en salud que atienda las prioridades detectadas, a

la vez que favorece el empoderamiento de la comunidad, 3). Conformar y fortalecer Redes Sociales que articule diferentes actores gubernamentales y civiles, 4). Acciones de Información Educación y Comunicación (IEC) en temas como derechos humanos, participación, ciudadanía y cultura y 5). Creación y/o fortalecimiento de espacios formales y no formales de participación.

2. Municipio de Versalles

En el municipio de Versalles, la participación social se ha presentado como un componente esencial en la operacionalización de APS, donde la participación comunitaria se constituye en eje central para hacer diagnóstico comunitario, empoderar y hacer gestiones conjuntas que aseguren la salud de la población. La participación social en Versalles cuenta con una larga historia, por lo cual, articular la comunidad con los esfuerzos institucionales no representa una barrera; por el contrario, Versalles cuenta con grupos comunitarios organizados. En este sentido, para hacer viable las acciones en APS el Comité de Participación Comunitaria realiza talleres de sensibilización y participación consolida un proceso comunitario con respecto al plan de desarrollo municipal. En este plan de participación social articulada, el club de jóvenes líderes juega un papel fundamental en articular la comunidad y los esfuerzos de los entes territoriales. El club de jóvenes busca ‘generar espacios que promuevan el bienestar de l@s jóvenes Versallenses, donde puedan desarrollar sus aptitudes y ser partícipes del desarrollo y el progreso del municipio, teniendo en cuenta sus necesidades, inquietudes e intereses’ (Alcaldía Versalles SF b: 8). Es importante resaltar que la experiencia de Versalles ha sido documentada y se presente como una forma eficaz y valiosa de lograr la participación social en varios aspectos de la vida comunitaria, incluida la salud, logrando así mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos (ver Restrepo 2002).

3. Municipio de Cali

Para el caso de Cali, se reconoce como un obstáculo a superar el hecho de que las ESE no han logrado cumplir con las metas de extramuralidad y de esta manera lograr un contacto directo con la comunidad. La ausencia de tal contacto se ve reflejada en que las acciones de promoción y prevención, el énfasis en el autocuidado y la sostenibilidad financiera, aún no logran los niveles deseados. Sin embargo, la Alcaldía de Cali reconoce que la participación social se constituye en un pilar primordial para lograr articular la estrategia APS. El documento entregado al grupo de investigación representa una propuesta para implementar APS a través de la ESE CENTRO, que está conformada por las 16 IPS públicas de las comunas 8, 9, 10, 11 y 12. El objetivo principal de operacionalizar la estrategia APS es mejorar las condiciones de salud de los habitantes de esa área de influencia, ‘mediante la adopción de un sistema de riesgo en la gestión territorial en salud’ (Secretaría de Salud Cali 2011b: 14). En este caso, como en los demás, se hace referencia a la necesidad de involucrar a la población. Para la Secretaría

de Salud de Cali, es primordial lograr la autogestión en salud por parte de la población, para lo cual es necesario trabajar con la comunidad para identificar las problemáticas y así negociar las acciones y de metas comunes de desarrollo local. De igual forma se propone la 'promoción de la articulación de actores locales' (Secretaría de Cali 2010 a: 6) a la vez que se generan procesos que aseguren la participación de la comunidad en asuntos públicos. Así mismo, se plantea la importancia de articular esfuerzos que propendan por la mejora de la accesibilidad y uso de los servicios de salud.

4. Municipio de La Dorada

En este municipio la participación social tiene, también, dos dimensiones; la individual -familiar y la comunitaria. Se plantea que la interacción de estas dos dimensiones alcanzará el empoderamiento de las comunidades que permitan el acercamiento del estado a la comunidad y así lograr atender las necesidades requeridas por los individuos doradenses. Para lograr este objetivo es necesario crear estrategias para conocer dichas prioridades de la ciudadanía así como es fundamental dar a conocer los programas gubernamentales pensados para tal fin; de esta forma la participación social se convierte en medio para el empoderamiento de la comunidad en vez de caer en el asistencialismo, el cual, de acuerdo a la alcaldía del municipio, no contribuye al crecimiento de La Dorada.

5. Municipio de Manizales

Para Manizales, la participación social puede traducirse a salud comunitaria. Se resalta la importancia de mejorar la calidad de vida la población rural y urbana de la ciudad, especialmente de la población afiliada al régimen subsidiado y a la población pobre no asegurada. El objetivo principal es impactar en el perfil epidemiológico del Departamento. Es importante resaltar que a diferencia de la mayoría de las otras experiencias, Manizales no hace referencia directa a un componente de 'participación social' aunque sí existe la visita domiciliaria en las que se presta atención médica. El enfoque se da principalmente en la atención.

6. Departamento de Cundinamarca

La gobernación de Cundinamarca plantea que la participación ciudadana es fundamental para poder articular acciones que redunden en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud de la población pobre y vulnerada del Departamento. Es importante resaltar que el enfoque principal de la gobernación es en planes de salud comunitaria, en la medida en la que se busca detectar y resolver los problemas prioritarios y específicos de la población del Departamento. Se propone, sin embargo, desarrollar, adaptar y evaluar políticas que fomenten y fortalezcan la participación social, la cual es señalada como un mecanismo de empoderamiento, aunque este aspecto no se encuentra tan desarrollado como en los casos anteriores.

7. Departamento de Boyacá

En el caso del departamento de Boyacá, la participación social, que se entiende como gestión social, se debe articular con la prestación de servicios de salud, la mejora en aseguramiento y el diseño e implementación de programas de Salud Pública, en el marco de la intersectorialidad para así poder optimizar las condiciones de salud y calidad de vida de la comunidad boyacense. Igual que en el caso anterior, el enfoque se da en salud comunitaria centrada en el usuario y se plantea la necesidad de desarrollar políticas que fomenten la participación social, con el fin de que los individuos puedan incidir en la determinación de las prioridades en salud del Departamento.

8. Distrito de Bogotá

Para la capital del país el engranaje de los actores relevantes en salud es fundamental para asegurar el cubrimiento de los servicios. Uno de esos actores es la comunidad. La Secretaría Distrital de Salud plantea la importancia del compromiso político y social de hacer efectivo el derecho a la participación de la comunidad en la detección de las prioridades en salud y calidad de vida. Así se podrá abogar por que las agendas encaminadas a mejorar ambos aspectos sean integradas entre la comunidad y la Secretaría.

9. Departamento de Santander

La participación social en la documentación entregada por Santander es presentada como un elemento fundamental de la intersectorialidad. La participación social se articula de forma que permite desarrollar planes de salud comunitarias (centrada en las necesidades de la población) a la vez que fomenta la gestión en salud y el empoderamiento de la ciudadanía para participar en la delineación de programas de salud y así poder asegurar el goce efectivo de los derechos.

10. Municipio de Bucaramanga

En el caso del municipio de Bucaramanga, se propende por una mejora en la calidad de vida de la población vulnerable y pobre y se rescata la necesidad de hacer un acercamiento a la población para desde ahí identificar prioridades en salud, las acciones encaminadas a la articulación de la participación social son 'capacitar a los miembros del grupo familiar y líderes comunitarios, con el fin de aumentar el conocimiento de los factores de riesgo, su identificación, prevención y control'. Se identifican como para lograr la participación social de base las alianzas de usuarios y el trabajo con líderes comunitarios y con presidentes de juntas de acción comunal.

De igual forma, se presenta como estrategia de sostenimiento cursos de capacitación en salud para líderes comunitarios que buscan formar en normatividad, marco legal,

comunicación asertiva, portafolio de servicios de la ESE ISABU, participación social, familia y salud, entre otros temas identificados como relevantes para la comunidad (ESE ISABU 2011:8). De esta forma se especifica el enfoque comunitario que se sustenta en los principios de APS que se centran en el individuo, la familia y la comunidad.

11. Departamento de Antioquia

La Gobernación de Antioquia y la Dirección Seccional de Salud Protección Social de Antioquia reconocen que para que la estrategia APS sea fiel a sus planteamientos originarios es fundamental involucrar de manera activa a la población objetivo. Se presenta como fundamental la necesidad de conocer el ambiente y el contexto sociocultural de los usuarios, para de esta forma poder plantear soluciones y servicios que sean sensibles a las necesidades identificadas por la comunidad. Así mismo, se resalta que lo fundamental de iniciar programas de educación a la comunidad que redunden en autocuidado y corresponsabilidad de la salud. En este modelo, como en los demás, el enfoque central se da en la familia y en la comunidad pero se recalca la necesidad de hacer de los individuos seres proactivos que se involucren con sus procesos (individuales, familiares y comunitarios) de salud, convirtiéndose en autogestores y líderes. Es decir, se busca empoderar a la población en temas de salud.

12. Distrito de Barranquilla

El Distrito de Barranquilla consideró que para lograr una articulación eficaz y real de la estrategia APS en su red de servicios, era indispensable iniciar por reestructurar la red y depurar los sistemas de información en las localidades sur oriente, suroccidente y metropolitana. La reorganización a la red y al programa de salud tiene un enfoque de atención a las personas, respondiendo a las necesidades de promoción y protección de la salud, la recuperación y rehabilitación de personas que tengan su salud deteriorada o se encuentren en situación de discapacidad. Estos esfuerzos están dirigidos, como en el caso anterior, al individuo, la familia y comunidad. La forma de alcanzar estas metas ha sido a través de las visitas periódicas domiciliarias, en las que se levantan datos por familia, para así, en un trabajo conjunto con la comunidad, establecer las prioridades en salud partiendo de las necesidades sentidas de la población y del perfil epidemiológico del Distrito. A la vez, se logró la ‘unificación de los planes de beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la población afiliada al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual fue iniciada a partir del 1º de febrero de 2010’ (Secretaría de Salud de Barranquilla 2010: 6) con CAPRECOM IPS.

Articulación estrategia APS

APS es presentada como una estrategia; como tal en cada caso existen formas propias de articular los principios de APS con las particularidades de sus territorios, con las

interpretaciones de las entidades encargadas de implementar APS en el marco legal vigente. A continuación presentamos las diferentes formas que la estrategia toma en las experiencias hasta ahora estudiadas, partiendo de cómo cada experiencia define e interpreta APS.

1. Departamento de Valle del Cauca: Participación Social

Los documentos entregados por la gobernación del Valle del Cauca hacen énfasis principalmente en la participación social como eje articulador de la estrategia APS. Partiendo de la definición que la OPS ofrece sobre participación social; como un mecanismo para que la comunidad participe activamente de la resolución de los problemas de salud, a la vez que hace ejercicio de sus derechos de libertad, democracia y control sobre la acción pública, la Secretaría de Departamental del Valle del Cauca presenta la necesidad de articular la participación social como prioridad para poder llevar a cabo la implementación de APS. El trabajo en participación social que realizan los distintos hospitales en cada municipio consiste en informar a la comunidad sobre la oferta de servicios, para que de esta manera pueda acceder a ellos. El enfoque de este componente está en las prioridades de salud pública. En esta estrategia se considera como actor principal a la comunidad base. Sin embargo, si bien está establecida la importancia de la participación social para la implementación eficaz de APS, los documentos señalan la necesidad de desarrollar mecanismos para que tal participación se integre a la estrategia. Es decir, es reconocida la relevancia de la participación social, pero aún no se articulan herramientas que permitan hacer de la participación social una realidad. Los documentos proponen mecanismos tales como realizar el inventario del estado de la participación en los municipios sin limitar las iniciativas y los espacios a instituciones de salud; definir las acciones en participación de acuerdo a cada nivel de atención y definir de forma clara las acciones de promoción de la participación social y política, con qué actores y de acuerdo a los diferentes niveles de atención en salud entre otros aspectos.

En este sentido, la estrategia APS en el Valle del Cauca se articula a través de la participación social con el fin de lograr un plan de acción de salud comunitaria en la que los intereses de la comunidad se puedan integrar a los intereses de las entidades encargadas de la administración de la salud. Es importante resaltar que los documentos son diseños para lograr la implementación de APS, más no presentan evaluación sobre la experiencia.

2. Municipio de Versalles: Versalles saludable

De acuerdo a la documentación facilitada por la alcaldía de Versalles, la implementación de la estrategia APS se realiza a través del programa llamado 'Versalles saludable'. Este programa está constituido desde la década de los 90 y ha buscado, desde entonces, brindar atención integral que apunta a mejorar y mantener la calidad de vida de los

versallenses por medio de la creación de una red que asegure el acceso de la población al proporcionar centros de atención cercanos a las viviendas y los lugares de trabajo. La red está dispuesta de la siguiente manera: ‘en la zona rural 7 corregimientos, cada uno con 1 puesto de salud que aglutinan 43 veredas y la zona urbana esta compuesta por 9 barrios; con acompañamiento permanente de un equipo intersectorial y multidisciplinario’ (Alcaldía de Versalles 2010 a:12). En este contexto, las prioridades en salud se esgrimen a través del diagnóstico comunitario, en el cual participaron la comunidad y los entes territoriales. Los actores relevantes son: sector salud, sector educativo, comité de cafeteros, Gobernación del Valle, sector agropecuario y del medio ambiente, administración municipal, SENA CLEM, corporación autónoma regional del Valle del Cauca C.V.C, parroquia la inmaculada, grupos organizados de la comunidad y el ICBF.

3. Municipio de Cali: Un nuevo latir

La Secretaría de Salud de Cali articula la estrategia APS a través del programa ‘un nuevo latir’, siendo el objetivo principal ‘Desarrollar intervenciones en salud pública en territorios con poblaciones específicas a través de acciones intersectoriales, participativas, colectivas e integrales, orientadas por el enfoque de determinantes sociales, tendientes a contribuir al desarrollo local, mejorando indicadores de salud de los individuos, su familia y la comunidad’ (Secretaría de Salud de Cali 2010 a:2). Como mencionamos en el apartado anterior, estos esfuerzos están enmarcados por los principios de APS. Ahora bien, la estrategia está aún por definirse, por este motivo se plantea un proyecto piloto en áreas priorizadas en las que la estrategia se articula por medio de la ESE del CENTRO en la que se busca reorientar la oferta de servicios de salud en función de la demanda, donde las necesidades que se priorizan son definidas por perfil epidemiológico y por las necesidades sentidas de la población beneficiaria. Para alcanzar esta meta es fundamental el trabajo multidisciplinario e intersectorial para así poder articular instituciones y servicios en un sistema integrado. En este sentido, también se prevé como primordial la sistematización de los registros de salud, en los cuales las historias clínicas se actualizan en tiempo real. Ahora bien, el enfoque del diagnóstico que se propone tiene tres niveles: individual, familiar y comunitario, así se aseguran los esfuerzos extramurales para obtener la integralidad del autocuidado y de la participación familiar y comunitaria en el mismo. Por último, se plantea la importancia de establecer un ‘sistema de gestión territorial intersectorial para el abordaje de los determinantes sociales con una amplia participación social y comunitaria’ (Secretaría de Salud de Cali 2010 b:16).

4. Municipio de La Dorada: Células de Acción Solidaria

Los documentos entregados por la Alcaldía de la Dorada definen como elemento fundamental de APS el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con los servicios de salud. Por este motivo, sugieren extender el concepto de APS a “Atención Primaria Social”, lo que significa que el foco está puesto en la

participación social como herramienta primordial para la implementación de la experiencia APS. En este sentido, la forma como en el municipio de La Dorada se traduce la estrategia APS es por medio de lo que han llamado Células de Acción Solidaria (CAS), la cual cuenta con 500 familias cada una. Se trata de un proyecto de empoderamiento de la gestión social y los procesos de gobierno para lograr establecer las prioridades de la comunidad. Esta iniciativa busca generar bienestar social a través del autocuidado tanto individual como comunitario, a la vez que incentiva la articulación del Estado y la comunidad en la implementación de estrategias que aseguren el beneficio de la sociedad doradense en sus diferentes momentos del ciclo de vida individual, al igual que el bienestar de las familias.

Cabe señalar que en la medida en la que la iniciativa CAS busca mejorar la calidad de vida de la población de La Dorada, no se limita únicamente a los esfuerzos relacionados al sector salud; CAS propone que el desarrollo de la familia será consecuencia propia de la articulación desde una perspectiva de género de salud, educación, cultura, deportes y bienestar social.

5. Municipio de Manizales: Atención Primaria en Salud

En Manizales se operacionaliza la estrategia APS a través de un plan piloto de equipo extramurales de promoción y prevención, con la finalidad de hacer accesibles los servicios de salud a las comunidades. Así mismo se plantea la necesidad de realizar actividades de atención primaria; para lo cual se propone conformar equipos extramurales de carácter multidisciplinario, para que, en contacto directo con la comunidad se pueda optimizar la prestación de los servicios, se detecten prioridades en salud y se eliminen posibles barreras de acceso.

Como actividades principales se presentan la atención domiciliaria integral, la atención comunitaria que constituye acciones extramurales de promoción y prevención impartidas por el equipo multidisciplinario y la atención en las unidades básicas de atención, en las que se ofrece atención básica primaria.

En algunos de los documentos facilitados al grupo de investigación se presentan resultados de la experiencia de APS –iniciada desde años atrás- y se considera que el impacto positivo en la mitigación de riesgos detectados en el perfil epidemiológico, mostrando tasas satisfactorias de vacunación, inexistencia de casos de rubeola, disminución de la tasa de fecundidad y de muerte materno-infantil; aumento en talla y peso de infantes, entre otros indicadores (ver: ASSBASALUD ESE 2008: 6).

6. Departamento de Cundinamarca: “Salud para mi pueblo”

En el plan de gobierno del Gobernador Andrés González entiende APS como el desarrollo de salud popular, la cual articula a través del plan llamado “Salud a mi Pueblo”. El objetivo de este enfoque está en fortalecer el sistema de promoción y prevención a través de unidades diagnósticas móviles para así lograr atención personalizada en barrios, veredas, colegios y escuelas. Además propone activar un programa de atención de primer nivel que esté dirigido específicamente a las familias en condición de vulnerabilidad. El plan “Salud para mi Pueblo” está encaminado a generar un modelo de atención integral de la salud que identifique y dé solución a las necesidades particulares de la comunidad cundinamarquesa; que integre y optimice la atención individual y colectiva; que, además, esté enfocada en la salud ambiental y laboral y que fortalezca el apoyo de redes sociales. En este sentido, el plan propone desarrollar estrategias para fomentar la participación social y así lograr el empoderamiento de la comunidad.

En relevante anotar que una de las prioridades en Cundinamarca es desarrollar servicios y unidades en los municipios con mayor vulnerabilidad, así como trabajar activamente para la disminución de la inequidad centrando la atención primaria y el primer punto de contacto en las necesidades familiares y de la comunidad y no solo en las necesidades individuales de la población de Cundinamarca. Los lineamientos de este plan está encaminados a facilitar el desarrollo del Departamento, pues se considera que lograr el desarrollo conducirá al beneficio general de la población cundinamarquesa.

De nuevo, este es un plan de gobierno y como tal presenta las proyecciones y planes, más no hay un documento que dé cuenta de los resultados de tal experiencia.

7. Departamento de Boyacá: ASP-Salud Familiar

Boyacá articula, desde el año 2008, la estrategia APS a través de la Salud Familiar, por lo que denomina el programan APS-SF. Para garantizar la atención integral en salud y así mejorar la calidad de vida de los boyacenses la Secretaría Departamental de Salud señala la importancia de enfocar los esfuerzos en la vida familiar y de esta manera asegurar la atención oportuna en las diferentes etapas de la vida que levan al auto cuidado tanto individual como familiar y comunitario. Con el fin de establecer la línea de base de las condiciones de salud de la comunidad se delimitaron tres enfoques: el riesgo por ciclo vital, los determinantes de salud y el uso y acceso a los servicios de salud. La Secretaría ha detectado que a pesar de los esfuerzos, no se ha reducido la inequidad en el Departamento como tampoco se ha podido superar la brecha que existe a nivel de salud. Es decir, la fragmentación de sistema de salud es evidente. Se resaltó entonces, la necesidad de trabajar directamente con la familia, la comunidad y con los entes institucionales y políticos con el fin de lograr alcanzar las metas del milenio en cuanto a salud y equidad.

Un aspecto fundamental, que es resaltado en la documentación entregada por la Secretaría de Salud, es el énfasis en la promoción y prevención, que suponen un contacto

efectivo con las familias y la comunidad. Esto, además, con el fin de poder detectar de manera conjunta las prioridades de atención por etapa de ciclo de vida y los riesgos asociados de la población. Esta mirada sobre la salud como un todo integrado supone también prestar atención a los ambientes sociales, ambientales y laborales de la comunidad.

8. Distrito de Bogotá: Salud a su casa

La forma como en Bogotá se implementa la estrategia de APS con enfoque familiar y comunitario articulando en todos los sectores del Distrito, empezando desde el año 2004. Hoy día se ha fortalecido el papel de la vinculación de la familia como actor fundamental para hacer de la estrategia una realidad, debido a que se busca incidir en la mejora de la calidad de vida de la población. Sin embargo, se han detectado limitantes a esta estrategia en lo que respecta al alcance y posibilidad de lograr una participación real por parte de la comunidad, sobre todo dadas las diferencias que existen entre familias rurales y urbanas, así como la inmensa diversidad de las familias al interior de la ciudad. El enfoque en las familias se basa en el supuesto de que éstas son unidades evolutivas de interacción biopsicosocial que presentan características particulares de orden social, étnico y cultural pero que a la vez funciona como un sistema abierto el cual es influenciado por el entorno común e individual de cada uno de sus miembros. En esta medida, la salud de la familia se puede ver afectada por eventos de enfermedad pero también por cambios en el entorno que llevan a nuevas adaptaciones que requiere la familia; por lo tanto, es fundamental lograr establecer ambientes familiares y comunitarios saludables en lo individual, medio ambiental y laboral.

Es así que a partir del contacto con las familias se proponen acciones integradoras que den cuenta de las prioridades de la comunidad con el fin de garantizar la autonomía del grupo familiar como colectivo y la individual de cada uno de sus miembros. Los planteamientos de la estrategia se encaminan principalmente a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

9. Departamento de Santander: “Santander en Serio”, “Santander Incluyente” y “Santander Sano”.

En Santander, la implementación de APS han sido por medio de tres estrategias: “Santander en Serio” (2004-2007) “Santander Incluyente” (2008-2011) y “Santander sano” (2008-2011)– las dos primeras corresponden a dos planes de gobierno diferentes y la última surgió como complemento de “Santander incluyente” y refiere primordialmente a salud. En las dos primeras estrategias es posible ver cómo ambas iniciativas proponen políticas de orden social y económico para mejorar la calidad de vida de la población del Departamento a través del incentivo de oportunidades laborales, la generación de ingresos propios y el mejoramiento de las condiciones socio-económicas de aquellos en situación de vulnerabilidad. El plan de “Santander incluyente” demuestra un acercamiento

a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, evidenciados en políticas referentes a derechos género y sostenibilidad ambiental, centrándose en la reducción de la inequidad, aunque ninguno de los dos planes presenta políticas claras sobre cómo reducir o erradicar la pobreza del Departamento. De acuerdo a un documento entregado por el Departamento, que consiste en un estudio que evalúa la experiencia APS en Santander, queda consignado que si bien la estrategia se presenta como fundamental, no existen mecanismos claros para implementarla como una política integradora que articule los diferentes sectores sociales sino que se presenta como una política limitada a fortalecer la promoción y la prevención, haciendo referencia a la participación social, pero sin modelar cómo desplegarla.

Con respecto al plan “Santander Sano”, que es el plan Territorial de Salud y que está enfocado en APS busca articular seis ejes fundamentales para asegurar la mejora de la calidad de vida de los santandereanos. Tales ejes son: el aseguramiento, la prestación y desarrollo de servicios de salud, la salud pública, la promoción, la prevención, la vigilancia y, por último, el control de los riesgos profesionales, de emergencias y de desastres. Este plan hace especial énfasis en la importancia de la participación social para poder establecer conjuntamente las prioridades de la comunidad y a la vez, asegurar el trabajo intersectorial, con el fin de establecer determinantes sociales y ambientales que afectan la salud y así poder integrara estos aspectos a las metas.

10. Municipio de Bucaramanga: ISABU en su barrio

ISABU en su barrio es, desde hace cuatro años, el programa bandera en salud del municipio de Bucaramanga. Es definido por la Secretaría de Salud como ‘un programa desarrollado con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque centrado en la persona, familia y comunidad. Identifica las necesidades con participación comunitaria y las resuelve con acciones intersectoriales’ (2011: 8). Este programa tiene como objetivo principal ‘aumentar la adherencia a los programas de promoción y prevención y ejecutar acciones que contribuyan al mejoramiento de la salud y la calidad de vida, en la población más pobre y vulnerable’ (Secretaría de Salud y del ambiente 2011: 11). Esta estrategia se articula a través de la red servicios de ESE ISABU, que la cual cuenta con servicios ambulatorios con 25 centros de salud; tres unidades móviles rurales que prestan atención a la población rural; espacios habilitados para consulta externa especializada y servicios de hospitalización de segundo nivel (Hospital Local del Norte y Unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresita).

Con este marco, ISABU en su barrio busca aumentar las acciones y las canalizaciones en promoción y prevención, aumentar la adherencia de a tales programas, disminuir los indicadores de morbilidad por enfermedades prevenibles y crónicas no transmisibles y así lograr una disminución en la ocupación hospitalaria. De esta forma, el programa busca

mejorar las la calidad de vida y de salud de la población pobre y vulnerable de Bucaramanga.

11. Departamento de Antioquia: Con-sentido humano

El modelo de APS en Antioquia se enfoca en el desarrollo humano del departamento, fortaleciendo las familias en procesos saludables para 'que la vida del ser humano se dignifique en términos de oportunidades para el desarrollo social armónico' (Gobernación de Antioquia y DSSPS de Antioquia 2010 a: 47). Vale la pena mencionar que en Antioquia, el modelo de salud enfocada en la comunidad no es un concepto nuevo. Desde los años de 1940, bajo la guía del doctor Héctor Abad se priorizó el trabajo con la comunidad, para lograr, de forma mancomunada responder a las necesidades sentidas de la población, tomando como unidad básica la familia. Hoy día, el programa de salud presenta como objetivo principal 'contribuir al mejoramiento del nivel de salud, bienestar y calidad de vida de la población antioqueña, como condiciones del desarrollo humano, mediante la instalación, desarrollo y consolidación de la estrategia de atención primaria en salud, para el cuidado de las familias' (Gobernación de Antioquia y DSSPS de Antioquia 2010 b:7). Dada la forma en la que está planteado el modelo, las entidades territoriales sustentan que existe una mayor aceptación y apropiación de la experiencia por parte de los actores del municipio y las comunidades, que se ha podido realizar diagnósticos familiares y comunitarios desde la demanda, que ha sido posible la articulación del programa con IPS públicas y otros sectores del desarrollo; de esta manera, se puede afirmar que ha habido una mejora en el acceso a servicios de salud y de promoción y prevención por parte de la población.

12. Distrito de Barranquilla: Salud a mi casa

El propósito general del modelo de salud manejado por el Distrito de Barranquilla es asegurar el mejoramiento de la salud de la población al disminuir 'la mortalidad y discapacidad prematura, la morbilidad evitable, en todo el ciclo de vida de la población' (Secretaría de Salud de Barranquilla 2008: 3). Esto se plantea por medio de un enfoque que se basa en prevención y promoción, así como en el reordenamiento de la red pública de servicios de salud en el Distrito. Al reorganizar la red de atención se mejorará la accesibilidad, la efectividad de la oferta, a la vez que se disminuye la duplicidad de acciones, se logra la sostenibilidad financiera.

Por otra parte, la estrategia de "La Salud en mi casa" integra acciones individuales, familiares y colectivas que propenden por la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Estas acciones son llevadas a cabo por los caminantes de la salud, quienes hacen las visitas domiciliarias y quienes tienen como apoyo los equipos Básicos de Atención Primaria en Salud conformados por profesionales y técnicos que laboran en los P.A.S.O.S. Estos caminantes son los encargados de identificar factores de riesgos

ambientales y de salud en los niveles individual, familiar y comunitario' (Secretaría de Salud de Barranquilla 2008: 14).

DISEÑO DE LAS ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTAR APS

Para poder implementar las iniciativas ya expuestas, casa experiencia diseñó planes. A continuación presentamos los diseños de las experiencias hasta ahora analizadas.

1. Departamento de Valle del Cauca

Como dijimos anteriormente, en el Valle del Cauca la experiencia APS se articula a través del fortalecimiento de la participación social, con el fin de lograr el empoderamiento de la comunidad. Ahora bien, es necesario definir los mecanismos por medio de los cuales la Secretaría de Salud del departamento articula APS con énfasis en la participación social.

- a) Cartografía Social. Es necesario identificar los actores diferentes que directa e indirectamente tengan relación con las situaciones de salud prioritarias que demanden atención, para así poder diseñar e implementar un plan de trabajo en salud, teniendo como punto de partida los determinantes sociales.
- b) Conformar y fortalecer Redes Sociales en el municipio en los que se implemente la estrategia de APS, como instrumento para la promoción de la movilización social efectiva.
- c) Diseñar, implementar y hacer seguimiento de un plan para hacer jornadas de formación y capacitación en temas relacionados con la salud, en el cual las necesidades de capacitación se conciertan con los actores implicados y se priorizan las temáticas del programa.
- d) Promover la creación de espacios formales y no formales de discusión, decisión y encuentro para asegurar la discusión política en torno a la salud y así posicionar el tema de salud a nivel municipal.
- e) Promover acciones de Información Educación y Comunicación (IEC) en cada localidad, de acuerdo a los recursos y capital disponible para ello. De esta forma se podrá diseñar una estrategia efectiva de comunicación sobre las problemáticas en salud y así se cumplirán con las metas de información, educación y comunicación.
- f) Diseñar un plan de acompañamiento familiar con énfasis en apoyo psicosocial y en gestión local por la salud. Para lograr esta meta se debe establecer las necesidades en apoyo psicosocial a partir del trabajo con cada familia, para luego priorizar las necesidades y así poder elaborar una ruta de apoyo psicosocial, en la cual, a partir del trabajo con las familias se crean acciones para implementar el acompañamiento. Es fundamental, también articular las acciones familiares con las acciones institucionales para que la atención en apoyo psicosocial sea dada por la entidad competente.

2. Municipio de Versalles

El municipio de Versalles afirma que el desarrollo del modelo de APS es concebido como un proceso 'continuo que avanza siempre hacia la meta de obtener poblaciones cada vez más saludables, no es un estado final o lugar de llegada y tiene siempre un carácter visionario del futuro' (Alcaldía de Versalles 2010 a:19). Las estrategias de trabajo llevadas a cabo son:

- a) Maternidad segura: Incentivando el parto institucional, los controles prenatales, el curso psicoprofiláctico, la casa hogar y los IAMI. También se ofrecen talleres de nutrición y manualidades.
- b) Salud infantil (que incluye salud oral infantil): que redunde en educación en salud AIEPI, apoyo nutricional, UROCS, acciones de prevención salud oral > de 5 años, PAI y detección alteraciones del menor de 10 años por medio del seguimiento en crecimiento y desarrollo.
- c) Salud sexual y reproductiva articulado con el club de jóvenes para brindar atención amigable a los y las adolescentes.
- d) Club de jóvenes
- e) Estilos de vida saludables, enfatizando en enfermedades crónicas no transmisibles, en el plan valle de los corazones sanos, ofreciendo además talleres de nutrición, y fortaleciendo el club de hipertensos y los clubes saludables. Así mismo, brindar educación en salud y comunicación en salud.
- f) Adulto mayor: Por medio de la valoración del adulto mayor y del apoyo a grupos de tercera edad.
- g) Salud mental. Haciendo esfuerzos en la prevención del consumo de SPA, la prevención de los trastornos mentales, ofreciendo una ruta de las terapias de relajación y los festivales de la ternura.
- h) Proyecto aldea
- i) Campañas de prevención
- j) Sistema de vigilancia en salud que consta de hacer una cartografía social y monitoreo de vacunación, instaurar salas situacionales, más COVE institucional COVE comunitario COVE municipal.
- k) Farmacia comunitaria. E el momento cuentan con 7 farmacias comunitarias. 6 de las cuales se encuentran ubicadas en el área rural y 1 en la zona urbana. Las farmacias comunitarias prestan servicio a todos los regímenes de seguridad social del municipio
- l) Participación social comunitaria se asegura y se posibilita a través de la realización de diagnósticos participativos, de planes de desarrollo sectoriales que se desarrollan de manera conjunta, ligas de usuarios, veedurías ciudadanas y por medio de la rendición de cuentas.

3. Municipio de Cali

En el municipio de Cali el modelo de salud, basado en los principios de APS se propone implementar a través de la articulación constante de tres dimensiones. La de gobierno, que es el ejercicio de la autoridad sanitaria; la del territorio, que refiere a comunas y corregimientos en donde se promuevan relaciones intersectoriales y comunitarias para lograr identificar y dar solución de a los problemas; y por último, la dimensión poblacional, que busca fomentar la autogestión en salud. La estrategia se organiza en un comité estratégico el cual tiene funciones específicas. El comité consta de las siguientes personas: Secretario de Salud, jefe de grupo de Salud Pública, jefe de grupo de aseguramiento y desarrollo de servicios. Representantes de grupos: Planeación, Participación Social, Área Ambiental, Promoción y Prevención y Vigilancia Epidemiológica. Las funciones de este comité son: Direccionamiento político y administrativo de la gestión operativa local; formulación y gestión del plan estratégico municipal; realización, seguimiento, monitoreo y evaluación de planes por área; retroalimentación al comité técnico de SSPM sobre avances y resultados; implementación de ajustes necesarios en forma oportuna. Las áreas de prioridad para implementar la estrategia son:

- a) Embarazo en adolescentes. Priorizadas por comuna según los índices.
- b) Enfermedades crónicas no transmisibles. Por ejemplo REM para diabéticos y para hipertensos (a partir de índices establecidos de 2005 a 2009).
- c) Consumo de sustancias psicoactivas.
- d) Problemáticas relacionadas con ambiental de la ciudad.

Es importante resaltar que la Secretaría de Salud propone el trabajo mancomunado de prestadores de servicio y aseguradores de los regímenes subsidiado y contributivo y de aliados como Universidades y centros de investigación, laboratorios farmacéuticos, y fundaciones. Esto con el fin de aumentar la cobertura de planificación familiar; la captación temprana y la garantía de atención de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles; y el acceso a los centros de rehabilitación de drogadicción a quienes lo necesiten.

4. Municipio de La Dorada

La Dorada implementa APS a través de las CAS. El diseño de estrategia consta de tres etapas, la primera y la segunda fueron ejecutadas entre los años 2010 y 2011 y la tercera está programada para ser ejecutada en el segundo semestre de 2011. Vale la pena recordar que la estrategia se enfoca en incidir en las diferentes etapas del ciclo vital.

Las tres etapas del diseño de la estrategia son:

- a) Levantamiento de línea base. Esta etapa contó con 21 cogestores los cuales encuestaron y digitaron el instrumento de ficha familiar. En este ejercicio se alcanzó el 57.9% de cobertura de la población con 22 de las 38 CAS programadas, que representa la totalidad de la población vulnerable.
- b) Identificación de grupos de riesgo. Esta etapa inicio con un proceso de retroalimentación de las fichas familiares levantadas en la etapa anterior, se realizaron medidas antropométricas a niños de 0 a 9 años y se hicieron valoraciones de tensión arterial a grupos de riesgo. De este ejercicio de crearon 24 grupos saludables para hipertensos y diabéticos. Así mismo se implementó la estrategia de seguimiento a cada hogar y a cada cuadra que compone las CAS. De igual manera de implementaron espacios saludables para la utilización del tiempo libre, a través de la creación cuatro escuelas deportivas, del apoyo a escuelas y clubes saludables, grupos de acondicionamiento físico para adultos mayores y la motivación a CAS para participar en los espacios deportivos. En este mismo sentido, se implementaron espacios culturales para las familias de las CAS, promocionando la participación de las familias en grupos culturales.
- c) Ejecución de políticas públicas. La implementación de esta tercera etapa cuenta con ocho procesos. Primero es el seguimiento al programa de salud infantil que cuenta con visitas domiciliarias, la valoración de cobertura útiles para niños de 0 a 5 años, inducir la demanda a los programas de crecimiento y desarrollo, hacer seguimiento a los casos de bajo peso que hayan sido reportados y fortalecer la educación en AIEPI comunitario. En segundo lugar está el seguimiento al programa de salud sexual y reproductiva. En este proceso se busca inducir la demanda en programas de detección temprana de cáncer de seno, cérvix y próstata, los métodos de planificación familiar, programa de atención a adolescentes y control prenatal. Este proceso también está encaminado a fortalecer la educación comunitaria en ITS y en socializar las rutas de atención en caso de maltrato y violencia sexual. Como tercer proceso se presenta el seguimiento a las políticas de seguridad alimentaria. Para llevar acabo esta meta es necesario detectar los casos de bajo peso infantil (para remitir los casos de desnutrición aguda al centro de recuperación), establecer programas de educación en alimentación saludable y en la adecuada manipulación de los alimentos e inducir la demanda de programas de crecimiento y desarrollo. En cuarto lugar se presenta el seguimiento a políticas de salud mental, el cual requiere de un tamizaje de personas con trastorno mental, remitir a los pacientes a grupos de autoayuda, realizar talleres culturales con las familias CAS, promoción de la participación de familias en grupos culturales, intervención cultural con grupos especiales, realización de muestras teatrales y de grupos culturales. Como quinto proceso está el seguimiento a las políticas de salud oral a través de inducir la demanda en programas de promoción y prevención de salud oral, educación en higiene oral y participación en brigadas de salud oral. El sexto proceso es el seguimiento a las políticas de estilos de vida saludables que propone el apoyo y

seguimiento a los clubes saludables, la remisión de la oferta deportiva y cultural al municipio y la educación acerca de espacios libres de humo y la ley antitabaco. En el séptimo lugar se presenta el seguimiento a las políticas de control de vectores. Se propone educación en ETV y en medidas para prevenir el dengue, apoyar a la oficina de saneamiento ambiental para establecer los índices de incidencia y hacer visitas domiciliarias a los casos de dengue reportados. Finalmente, el último proceso es el seguimiento a las enfermedades de interés en salud pública, a través de la búsqueda activa de casos sintomáticos de enfermedades respiratorias y dérmicas, seguimiento a pacientes con TBC y sífilis y realizar cercos epidemiológicos a enfermedades inmunoprevenibles.

5. Municipio de Manizales

El objetivo principal de la estrategia APS en Manizales es ‘favorecer el desarrollo de las políticas de salud del municipio de Manizales en las comunas y corregimientos, mediante la implementación de estrategias de atención primaria en salud, fortalecimiento de la salud familiar con apoyo de promotoras de salud y auxiliares de enfermería, del centro de atención primaria con el fin de caracterizar, focalizar los factores de riesgo y promover los factores protectores para la población (ASSBASALUD ESE 2008: 2).

Los componentes de esta estrategia son:

- a) Atención domiciliaria Integral. Que busca prestar servicios médicos domiciliarios bajo un modelo multidisciplinario a población vulnerable tal como ‘personas mayores de 60 años, con enfermedades crónicas y/o terminales de diagnóstico y tratamiento establecido o con discapacidades que les impida el acceso a los servicios de salud por sus propios medios’ (ASSBASALUD ESE 2008: 2). Este servicio se presta sin poner en riesgo la vida de los pacientes.
- b) Atención Comunitaria. Este tipo de atención tiene tres frentes: a) Agentes comunitarios quienes suelen tener un perfil de auxiliares de enfermería o promotoras de salud capacitadas. El trabajo de estos agentes es directamente con las familias, llenando la ficha familiar con enfoque de riesgo. ‘Su labor es la de generar autocuidado, tamizaje y remisión de casos de riesgo y seguimiento’(ASSBASALUD ESE 2008: 3); b) Equipos extramurales interdisciplinarios. Son equipos que cuentan con médicos, enfermeras, higienistas orales, auxiliares de enfermería, promotoras de salud, técnico de saneamiento y líderes comunitarios. Son encargados de recoger información familiar y así poder detectar riesgos. Estos equipos también acompañan ‘los proyectos que ejecutan las acciones colectivas de salud pública del respectivo plan municipal (ASSBASALUD ESE 2008: 3); c) Unidades primarias de atención. Son unidades de atención básica primaria ubicadas en los Centros de Salud urbanos y rurales. Prestan servicios a los pacientes remitidos por los

agentes y por los equipos extramurales. Así mismo; en las Unidades se realizan consejerías, se atienden grupos de gestantes, casos de ERA e IRA, 'ejecutan planes caseros de estimulación y recuperación nutricional; organizan grupos de riesgo en jóvenes, adultos, ancianos, para complementar el autocuidado en enfermedades de interés en salud pública' (ASSBASALUD ESE 2008: 3). Las actividades de las Unidades Primarias de Atención son:

- Salud sexual y reproductiva en hombres y mujeres en periodo intergenésico
- Maternidad segura
- Población menor de 10 años de edad
- Población de 10 a 25 de años de edad
- Adulto- Anciano
- Vigilancia epidemiológica
- Saneamiento básico

6. Departamento de Cundinamarca

El plan de APS en Cundinamarca, que se basa en la salud comunitaria y la implementación y fortalecimiento de servicios de atención consta de tres componentes:

- a) Salud pública. En este componente se busca desarrollar acciones promoción y prevención de salud, así como las acciones determinadas en el Plan Territorial de Salud. Para poder cumplir con estas metas se propone la detección del riesgo en el ámbito de la familia, a través de promotores de salud quienes tendrán, cada uno, a su cargo un número aproximado de 200 familias. Así mismo, se propone la prestación de servicios básicos de salud a la población en condición de vulnerabilidad, así como a la que se encuentra en lugares apartados. Esto se hará por medio del establecimiento de brigadas de salud en centros y puestos de salud así como la conformación de unidades de promoción y prevención satélites quienes, en coordinación con los responsables dentro del sistema, se encargarán de proveer los servicios necesarios. De igual manera, se plantea la estrategia de Escuela saludable para desarrollar las competencias frente a la salud de la población escolar a través de la promoción de salud en escolares, padres de familia y educadores. Por último, se plantea la implementación de "patrullas" que son equipos de asistencia técnica que se encargarán de estructurar la operación del modelo a nivel municipal.
- b) Aseguramiento. En esta instancia se propone desarrollar acciones que permitan garantizar la inclusión de la población más vulnerable al sistema de salud. Esto se hará mediante la afiliación al régimen subsidiado en la forma de subsidios totales en los cuales se remitirán los pacientes a los diferentes niveles de complejidad de la red de prestación de servicios y atención.

- c) Prestación de servicios. En relación con el componente anterior, se reorganizará y restructurará la red prestadora de servicios de salud de Cundinamarca para optimizar el uso de la infraestructura del departamento haciendo operativos aquellos puestos de salud que no están en funcionamiento mediante la estrategia de unidades satélites de promoción y prevención.

Las prioridades se establecerán por grupo etario en coordinación del trabajo de las brigadas en las cuales se establecerán “paquetes de atención básica en salud”, que contarán de estrategias que buscan garantizar la atención integral, oportuna y de calidad y por medio de promoción y prevención, protección frente a riesgos, detección y tratamiento oportunos. En este modelo, estimula inducir la demanda, crear compromiso y adherencia por parte de los usuarios en los programas diseñados en el marco de APS, así como el cumplimiento de los mismos. Se busca también que las instituciones relevantes capte el mayor número de usuarios que pertenezcan a cada “paquete” y que efectúen estrategias de educación, promoción e información y orientación.

7. Departamento de Boyacá

En Boyacá, para la elaboración definitiva de la política APS que enfatiza en la salud familiar para la construcción final de la política se identificaron cinco principios básicos sobre los que se sustenta la estrategia. Estos principios son: 1). Cobertura y acceso universal, 2). Integralidad, Integración y Continuidad, 3). Orientación familiar y Comunitaria, 4). Intersectorialidad y 5). Fortalecimiento del primer contacto. Así mismo, se identificaron cuatro escenarios de intervención: la familiar, la comunidad, el nivel institucional y el nivel político. Partiendo de estas bases se propone un modelo de atención que intervenga de forma integral a nivel de los diferentes estadios del ciclo vital y en los cuales, gracias al fortalecimiento del primer contacto se pueden adoptar las estrategias de AIEPI, IAMI, SAAJ, APSM, CRONICAS.

Así mismo, se buscan generar alianzas estratégicas con el primer y segundo nivel de atención, que aseguren la sostenibilidad de la red. En este modelo será posible caracterizar la población (en términos demográficos, por ciclo y condiciones de vida y por morbilidad) para garantizar la detección temprana, hacer actividades de información y educación en promoción y prevención, orientando sobre los servicios y las redes institucionales de acuerdo a los programas de acuerdo al ciclo de vida. Así mismo, se propone un seguimiento a de los servicios de salud para garantizar la continuidad de la atención en salud y de esta manera lograr el control efectivo del riesgo. Una vez efectuada la caracterización se propone poder determinar el riesgo por ciclo vital y por familia y así poder tomar decisiones conjuntas entre las familias, las redes sociales, institucionales y políticas.

8. Distrito de Bogotá

En Bogotá, al igual que en otros casos, la estrategia APS se articula pensada en la atención integral en el ciclo vital y, como en el caso anterior, el énfasis se hace en la familia, sin perder de vista la autonomía individual de sus miembros. Para lograr un direccionamiento estratégico en salud que responda a las necesidades por ciclo de vida y por núcleo familiar es necesario diseñar propuesta integrales en cuatro aspectos:

- a) Gestión del territorio, que se desarrolla en tres niveles: la gestión en el propio ámbito, la gestión en las instituciones y la gestión con actores locales. En este contexto, la gestión del territorio se trata de realizar acciones tanto administrativas a nivel de instituciones como de abogacía civil que permitan la optimización y articulación efectiva de los diferentes actores y sectores relevantes, que garanticen la respuesta integral e integrada a las necesidades detectadas.
- b) Intervenciones que promuevan la salud. En este escenario se busca incentivar las actividades de información, educación y sensibilización realizadas por los equipos de Salud Familiar y Comunitaria; la canalización de programas y servicios; el fomento y seguimiento a la adherencia a programas de salud y fortalecer acciones individuales de promoción y prevención. Así mismo, se plantea la intervención plurimodal para la promoción de la salud mental y del desarrollo humano. También se propone la estrategia de rehabilitación basada en comunidad (RBC), que consta de encuentros de familias en situación de discapacidad para empoderarlas y hacerlas conocedoras de sus derechos. Por otra parte se presentan los planes integrales de entornos saludables laborales, ambientales y de vivienda en micro territorios de Salud a su Casa. Dentro de las intervenciones que promuevan la salud se plantean estrategias Materno Infantiles AIEPI – IAMI para familias con menores de 5 años, la gestión para el mejoramiento de las condiciones para la Seguridad Alimentaria y Nutricional y el fomento a la salud oral.
- c) Intervenciones que prevengan el riesgo. Se adelantan propuestas para la promoción de entornos de trabajo saludables en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional. El acompañamiento y consolidación de una red primaria en el cuidado de la mujer gestante y la promoción y educación sobre la tenencia de animales y el control de vectores para controlar las enfermedades compartidas entre el hombre y los animales.
- d) Intervenciones que restablezcan derechos. En este aspecto se propone implementar la asesoría domiciliaria a familias en situación de discapacidad y fomentar la rehabilitación basada en comunidad para asesorar a las familias en temas sobre autonomía social, funcional y política. También se presenta la necesidad de la intervención psicosocial en eventos que influyen en la salud mental y calidad de vida de las familias que han sido inidentificadas como en necesidad de este tipo de apoyo, estableciendo redes de vigilancia comunitaria e institucional, de monitoreo y de apoyo. En este mismo sentido se ofrece la intervención psicosocial diferencial a familias en situación y condición de

desplazamiento, con el fin de alcanzar cambios positivos en las relaciones intrafamiliares y a la vez que se fortalecen sus procesos participativos en la comunidad.

9. Departamento de Santander

En Santander, donde el enfoque también es en la salud comunitaria con el fin de mejorar la calidad de vida de la población. La política en salud cuenta con cinco componentes:

- a) La promoción de la salud y la calidad de vida, que reconoce la participación social, el autocuidado y la autorresponsabilidad como elementos fundamentales para el buen funcionamiento de APS. De esta manera, los individuos y las comunidades serán capaces de identificar y atender sus necesidades en salud, lo que significa tener en cuenta la posibilidad de hacer cambios a estilos de vida más saludables. Para alcanzar estos objetivos es primordial formular, adoptar y evaluar políticas públicas encaminadas a reorientar los servicios hacia la promoción de la salud con calidad y centrados en el usuario.
- b) La prevención de los riesgos. En esta dimensión se busca formular, desarrollar, implementar y evaluar políticas públicas concernientes a la prevención de los riesgos biológicos, de consumo, de comportamiento, del medio ambiente, laborales, sanitarios y fitosanitarios. De igual manera, se incentiva el seguimiento de acciones de prevención y detección temprana del POS-S y el POS-C. Para esto son necesarias la difusión y vigilancia de guías de atención integral basadas en la evidencia; la adopción del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. EN este sentido, este componente de la política de salud de Santander tiene resonancia con el seguimiento y evaluación de las intervenciones preventivas de tipo colectivo de las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública.
- c) La recuperación y superación de los daños en la salud. En este aspecto se propone el seguimiento y evaluación de las acciones de detección temprana y atención en salud del POS; la prestación de servicios de salud a la población en condición de vulnerabilidad e la que se apliquen normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar los procesos de atención por ciclo vital. Así mismo, se plantea la necesidad de implementar acciones de coordinación y articulación intersectorial que facilite: el diseño y ejecución de las estrategias de recuperación y superación de los daños en la salud; la articulación de redes de urgencias y de los sistemas de referencia y contra referencia; y la prestación de servicios de atención integral de los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral.
- d) La vigilancia en salud y gestión del conocimiento. Las acciones de este componente se direccionan al monitoreo, evaluación, y análisis de la situación de salud departamental; del impacto de las políticas y de las estrategias formuladas para atender las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública y la

implementación del sistema de información de salud. Así mismo se busca el desarrollo de estrategias para la difusión de resultados en salud.

- e) La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública. Para llevar a término este componente es necesario desarrollar estrategias para garantizar el aseguramiento universal, el fortalecimiento de la capacidad de rectoría, regulación, gestión y fiscalización en salud pública. Así mismo se debe trabajar en el mejoramiento de la capacidad institucional para la planificación y gestión de las acciones individuales y colectivas en salud pública; el trabajo intersectorial para intervenir en los determinantes de la salud y así lograr reducir condiciones de vulnerabilidad a nivel individual y de poblaciones. En esta medida, las estrategias propias de este componente se deben encaminar a mejorar, de forma continua, las competencias del talento humano en áreas relacionadas con la salud pública; a diseñar e implementar un plan de asesoría y asistencia técnica a todos los actores del Sistema de Protección Social; así como a la promoción del control social y la rendición de cuentas.

10. Municipio de Bucaramanga

ISABU en su barrio implementa la estrategia en salud, basándose en los principio de APS por medio de un modelo de atención en su barrio, el cual gira en torno de la tríada individuo-familia-comunidad. Se presenta como primera instancia el equipo de ISABU en su barrio quienes diagnostican a la persona, la familia y la comunidad. Los datos levantados en las visitas y diagnósticos son sistematizados y así se definen las prioridades en salud y las necesidades en prestación de servicios. Una vez delineadas las prioridades, se procede con intervenciones en casa y con remisiones a las unidades de atención, para de esta forma canalizar a los usuarios, quienes son atendidos en promoción y prevención, en consultas de diagnóstico y atención para tratamiento o rehabilitación. Finalmente, se hace seguimiento a los usuarios sobre la asistencia a los programas ofrecidos por ISABU en su barrio.

Las áreas que han sido priorizadas son:

- a) Tamizaje de agudeza visual
- b) Citología cervico-uterina
- c) Planificación familia
- d) Salud sexual y reproductiva
- e) Mujer gestante
- f) Vacunación
- g) Salud oral
- h) Adulto joven
- i) Adulto mayor
- j) Crecimiento y desarrollo

11. Departamento de Antioquia

El modelo de salud en Antioquia, que se fundamenta en los principios de APS, presenta su eje central en la familia, entendiendo está como célula primordial de la sociedad, como articulador entre lo individual y lo comunitario, entendiendo las familias como unidades dinámicas y en constante cambio. Así mismo se recalca que el objetivo de la estrategia es facilitar y asegurar el desarrollo humano de los habitantes del departamento disminuyendo los factores de riesgo y fortaleciendo los procesos de respuesta social. Para de esta forma contribuir a la justicia social, a la equidad y a hacer efectivo el derecho a la salud. Para lograr el acercamiento exhaustivo a la familia y así poder implementar de forma eficaz la estrategia se presentan como ejes de trabajo e intervención los siguientes elementos:

- a) Contexto socio-económico y cultural de la vida familiar: Entendiendo este aspecto como sustrato esencial para la salud.
- b) Composición familiar: Refiere a las características de la estructura de la unidad familiar.
- c) Procesos críticos de vida familiar: Son aquellos eventos que se viven de manera diferencial en la familia y que tienen el potencial de alterar la armonía y la tranquilidad familiar en un momento determinado.
- d) Relaciones intrafamiliares: Son las dinámicas propias de todos los integrantes de un núcleo familiar –que la estrategia busca trabajar para que se pueden establecer como armonioso y saludable.
- e) Afrontamiento familiar: Significa la capacidad de movilidad que tiene la familia para lograr satisfacer sus necesidades y sobreponerse a situaciones problemáticas y críticas.
- f) Apoyo social: Constituye el conjunto de recursos con los que cuentan las familias en determinados momentos y lugares.
- g) Ciclo vital familiar: El ciclo de vida de la familia y sus integrantes.
- h) Como hitos de ese ciclo se han reconocido los siguientes momentos:
 - o Constitución de la pareja
 - o Nacimiento y crianza de los hijos
 - o Hijos en edad escolar
 - o Adolescencia
 - o Ancianidad

Una vez establecidas las características y de cada familia se puede pasar a determinar los riesgos y las necesidades en salud. La ruta metodológica que se presenta para llevar a cabo esta estrategia consta de cuatro momentos:

- a) Diagnóstico participativo: Reconocimiento del entorno familiar (con las características mencionadas anteriormente).
- b) Reflexivo-analítico: Análisis y validación del momento anterior por parte de la comunidad, así como la priorización de las acciones.
- c) Conciliaciones y acuerdos: Socialización municipal para negociar los acuerdos y compromisos.
- d) Planeación y organización: Momento en el que se formulan los proyectos a ser ejecutados.

Las entidades territoriales de Antioquia muestran como logros alcanzados con la estrategia la disminución de la mortalidad materno infantil, las enfermedades prevalentes en la infancia, al igual que las inmunoprevenibles, aumento en los controles de factores de riesgo en el ambiente y el acceso a los servicios de salud.

12. Distrito de Barranquilla

El modelo de salud realizado por el Distrito de Barranquilla consta de cuatro espacios.

- Casas saludables: Orientación mujer gestante, orientación infante, orientación adulto mayor. Las casas saludables cuentan con el apoyo de los caminantes, es donde se realiza el enlace la IPS con la comunidad, se lleva a cabo la valoración del riesgo y se realizan apoyo al desarrollo de programas distritales.
- Como acciones complementarias a esta labor se diseñaron la atención de asistencia individual en PASOS y CAMINOS, la institucional en colegios, hogares de ICBF y centros de vida y la social comunitaria en parques y centros comerciales.
- Las áreas de intervención son:
 - a) Reducción de la tasa de mortalidad en niños menores de 1 año.
 - b) Reducción de la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años.
 - c) Aumentar la medida de lactancia materna y perinatal
 - d) Reducir la tasa de muerte materna
 - e) Ampliar la cobertura de los controles prenatales
 - f) Reducir los índices de VIH-Sida materno infantil
 - g) Mejorar las condiciones de peso al nacer y las condiciones de desnutrición en niños
 - h) Impactar en la salud sexual y reproductiva
 - i) Disminuir los índices de cáncer cervico-uterino
 - j) Disminuir la tasa de fecundidad
 - k) Disminuir los factores de riesgo incidentes en las enfermedades crónicas no transmisibles
 - l) Disminuir los riesgos de enfermedades transmitidas por vector
 - m) Bajar índices de zoonosis

n) Mejorar en saneamiento ambiental

Anexo 4. CONSOLIDACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN RECIBIDA

El documento que se presenta a continuación contiene la consolidación de la documentación recibida por el grupo de investigación en las visitas a las TRECE experiencias priorizadas en el marco del proyecto *Sistematización de las experiencias de APS -RISS*.

En total se recibieron 282 documentos por parte de doce territorialidades.

| Año | Lugar | Título del documento | Tipo de Documento |
|------|-----------------|---|--|
| 2011 | Valle del Cauca | Componente Participación Social Estrategia APS-Valle 2011 | Presentación en .ppt que recoge los puntos principales de los documentos entregados por al SDS. |
| 2011 | Valle del Cauca | Propuesta de sistematización de la experiencia de diseño de la Estrategia de atención primaria en salud (APS), en el marco de La reglamentación de la ley 1438 de 2011. | Documento para organizar la experiencia en APS en el Valle del Cauca y así poder establecer herramientas de auto evaluación y de reconstrucción retrospectiva de la estrategia APS en el 2011 en el Valle del Cauca. |
| 2011 | Valle del Cauca | Manual operativo para profesionales de ciencias sociales implementación del componente de participación social, en el marco de la estrategia APS- Valle 2011 | Documento para operacionalizar la estrategia de participación social en APS para el Valle del Cauca. |
| 2011 | Valle del Cauca | Participación Social Estrategia APS-Valle 2011 | Lineamientos para implementar la participación comunitaria en el Valle del Cauca |
| 2001 | Versalles | Sistematización: implementación de la estrategia municipio saludable por la paz de Versalles | Texto que documenta la experiencia de Versalles en lo referente a participación comunitaria. Presenta el marco de acción y conceptualización de la participación social exitosa. |
| 2002 | Versalles | Experiencia del municipio de Versalles; departamento del Valle: una mirada desde la promoción de la salud | Documento que presenta la experiencia del municipio de Versalles como un caso exitoso de participación en salud. Muestra cómo la promoción de la salud y la estrategia de municipio saludable se articulan con una mirada holística de la salud que busca mejorar la calidad de vida de sus habitantes de manera integral. |
| SF | Versalles | Versalles Saludable | Documento en power point que presenta la estrategia de 'Versalles Saludable' como mecanismo para implementar APS en el municipio. |
| SF | Versalles | Club de jóvenes líderes | Documento en power point que presenta la estrategia del 'club de jóvenes líderes' de Versalles. Es una iniciativa que existe desde el año 2003 y que busca la participación real de los jóvenes de Versalles en asuntos comunitarios. El documento señala que se propone 'incentivar a l@s jóvenes para que sean líderes con sentido de pertenencia, motivarlos para que participen activamente en la satisfacción de todas las necesidades y soluciones de problemas individuales y colectivos, a través de la formulación y ejecución de programas y proyectos para el bienestar social y colectivo de l@s jóvenes del municipio de versalles valle' (:6). |

| | | | |
|------|---------------------|---|--|
| 2011 | Cali | Propuesta de APS para la red de servicios de la Red de servicios ESE centro | Este documento presenta la necesidad de reorganizar la red de servicios de la ESE centro del municipio de Cali. Se presenta como programa piloto en áreas prioritizadas de acuerdo a perfil epidemiológico (como son las comunas 8, 9, 10, 11 y 12) y así poder implementar en su totalidad la estrategia APS. |
| 2011 | Cali | Modelo de salud: gestión de la salud pública en los territorios | Documento en power point que presenta la estrategia del modelo, las rutas, las metas y los objetivos en salud para el municipio y que se basan en los principios de APS |
| 2001 | La Dorada – Caldas. | Células de Acción Ciudadana | Contiene información demográfica de la ciudad/municipio y de los barrios piloto. Proporciona detalles sobre los temas a abordar y los mecanismos de operacionalización de la estrategia CAS, en relación estrecha con APS |
| 2011 | La Dorada – Caldas. | Células de Acción Ciudadana | Proyecto de empoderamiento de la gestión social y de los procesos de gobierno. Señala los temas que considera prioritarios de abordar en relación con APS. |
| 2011 | La Dorada – Caldas. | Células de Acción Ciudadana | Documento en Excel que delinea la estrategia de implementación de las CAS en lo referente a las políticas de educación, cultura, deportes y bienestar social |
| 2011 | La Dorada – Caldas. | Estudio de conveniencia y oportunidad etapa 1 | Documento que presenta la interpretación de APS como Atención Primaria Social para articular positiva y eficazmente a todos los actores sociales del municipio. Esto dentro del marco de la política 'para volver a crear' que busca mejorar la calidad de vida de los doradenses. El documento presenta la estrategia CAS (Células de Acción Ciudadana) como la herramienta para tal integración. Se presenta en 3 etapas. La 1 se ejecutó en 2010. |
| 2011 | La Dorada – Caldas | Estudio de conveniencia y oportunidad etapa 3 | Documento de las mismas características del anterior, explica con más detalle los procesos de seguimiento a las políticas. |
| 2011 | La Dorada – Caldas | Estudio de conveniencia y oportunidad proyecto Banco de Oferta | Documento que propone la creación de un banco de oferta de diferentes entidades donde bajo un solo techo se puedan realizar trámites y obtener servicios de instituciones públicas tanto del orden municipal como nacional y el sector privado, y de esa forma articular y hacer eficaz las CAS. |
| 2011 | La Dorada – Caldas | Matriz marco lógico del Banco de Oferta | Documento en Excel que señala, de forma detallada, los objetivos del banco de oferta, el problema priorizado, los indicadores, los actores identificados y el marco lógico del proyecto |
| 2011 | La Dorada – Caldas | Perfil Epidemiológico 2010 | Documento de 19 capítulos: 1. Generalidades. 2. Población. 3. Servicios de Salud. 4. Educación. 5. Estado de aseguramiento. 6. Saneamiento ambiental. 7. Morbilidad. 8. Indicadores básicos eventos trazadores. 9. Mortalidad. 10. PAI. 11. Salud SR. 12. Salud mental. 14. Accidentalidad. 14. 15Nutrición. 16. Discapacidad. 17. Crónicas. 18. Indicadores y metas. 19. Natalidad. Más introducción y presentación. |
| 2011 | Manizales | La política de atención primaria de salud origen y desarrollo | Documento en power point que presenta la política en APS e invita el debate sobre su viabilidad dado que desde sus inicios esta estrategia es contradictoria del modelo neo-liberal en salud. |
| 2011 | Manizales | S.T. | Documento en power point que presenta el modelo de salud en Manizales y que se basa en las estrategias |

| | | | |
|------|--------------|---|---|
| | | | de Promoción y Prevención, Vigilancia epidemiológica y APS. Este modelo se desarrolla en relación con el perfil epidemiológico de las cinco comunas priorizadas. |
| 2011 | Manizales | Material que se entrega en las visitas domiciliarias | Cinco documentos de muestra de los que se entregan en las visitas domiciliarias: 1) 'plan casero de estimulación 'que comprende desde el los 0 hasta los 72 meses. 2) 'plan casero AIEPI'. 3) 'Manejo de la diarrea'. 4) 'Medidas de higiene a tener en cuenta por la comunidad'. 5) 'Guías alimentarias para la población colombiana'. |
| 2008 | Cundinamarca | "Salud a mi pueblo" Plan territorial de salud 2008-2011 | Documento que presenta el plan del gobierno del Gobernador Andrés Gonzáles para mejorar la salud y la calidad de vida de los cundinamarqueses, implementando APS y fortaleciendo el sistema con una estrategia que se llama Salud Social y Popular |
| 2008 | Cundinamarca | Modelo de atención en salud para el departamento de Cundinamarca | Resumen del modelo de atención en salud del gobernador Andrés González. |
| 2008 | Cundinamarca | Plan departamental de Desarrollo 2008/2012 | Derrotero de la gestión y cooperación de todas las entidades, actores y sociedad de Cundinamarca, incluidos los Municipios y entidades Nacionales, organizaciones civiles, privadas, no gubernamentales e internacionales. Plantea el programa "Salud a mi pueblo" como modelo para implementar la estrategia APS. |
| 2011 | Boyacá | Acciones del contratista, indicadores de gestión del contrato y tabla de población calculada en la ejecución de los contratos entre el departamento de Boyacá y las empresas sociales del estado para apoyar y complementar las intervenciones de salud integral en el ámbito comunitario ... | Lineamientos de las acciones del contratista para implementar la estrategia en salud; metas de indicadores de impacto y distribución de familias y equipos. |
| 2011 | Boyacá | Sistema de garantía de calidad modelo de atención primaria en salud. Año 2011 (Borrador) | Documento que plantea los mecanismos para implementar la estrategia APS con enfoque familiar a nivel del departamento. |
| 2011 | Boyacá | Ciclos de Vida | Documento que indica los mecanismos para abordar la APS enfocada en la familia en Boyacá, teniendo en cuenta el ciclo de vida del individuo y de la familia. |
| 2011 | Boyacá | Diseño de redes integradas de servicios de salud en Boyacá | Documento que plantea formas para establecer redes integradas de servicios de salud. |
| 2011 | Boyacá | Documento ilustrativo APS familiar en Boyacá | Documento que explica APS familiar, definiciones y beneficios. |
| SF | Boyacá | Exposición de motivos | Plan para, a partir del perfil epidemiológico, direccionar una estrategia que impacte la comunidad boyacense y disminuya los indicadores de salud a través de una mejora en la calidad de vida en términos de dignidad y calidad de su salud. Presentación de la estrategia APS. |
| 2011 | Boyacá | Formato de seguimiento y evaluación final del Plan de Salud Territorial 2008-2011 POA 2009. | Formato que permite llenar por indicadores las metas, tareas y características de la población (llenado de forma incompleta). |
| 2011 | Boyacá | Visión del proceso APS en Boyacá | Documento que refiere a la manera cómo se ha implementado la APS SF en cuanto a la articulación de redes. |

| | | | |
|------|--------|--|--|
| 2011 | Boyacá | Manual de funciones y responsabilidades de los miembros de los equipos de salud familiar | Lineamiento de las responsabilidades, funciones y competencias de los miembros del equipo de salud familiar. |
| 2011 | Boyacá | Estructura de Apoyo a la implementación del modelo APS SF en Boyacá | Documento que presenta la estrategia -en mesas de trabajo-para operacionalizar e implementar la APS SF en Boyacá |
| SF | Boyacá | Modelo de Atención en APS SF-- Anexos | Consta de 14 documentos guía para los encargados de implementar la estrategia. |
| 2010 | Boyacá | Ordenanza APS SF en Boyacá | Documento por medio del cual se adopta el Modelo de Atención Primaria en Salud con enfoque en Salud Familiar (APS - SF) para la optimización e integración del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como Política Pública en Salud para el Departamento de Boyacá. |
| SF | Boyacá | Política pública en salud Atención primaria en salud con enfoque en salud familiar (APS – SF) | Metodología que se usó para implementar APS SF en Boyacá |
| 2011 | Boyacá | Política pública en salud Atención primaria en salud con enfoque en salud familiar (APS – SF) | Documento que aborda la implementación de la estrategia APS SF en Boyacá más metas trazadas para continuar con la estrategia. Recoge la información presentada en los documentos anteriores. Este documento está acompañado de una presentación en power point |
| 2011 | Boyacá | Responsabilidades de los actores | Delinea las responsabilidades de los actores involucrados en la implementación de la estrategia APS SF |
| 2010 | Boyacá | Análisis situación de la salud | Documento que presenta un análisis situacional integral en salud para el departamento, que da cuenta de la transición epidemiológica y demográfica que vive Boyacá y que por tanto requiere abordar los asuntos en salud de forma innovadora, propendiendo por acciones intersectoriales. |
| 2009 | Bogotá | Ficha técnica capacitación de equipos salud a su casa para apropiación del pensamiento estratégico | Documento que establece las responsabilidades y procesos de capacitación del equipo humano encargado de implementar la estrategia APS. Cuenta con 7 anexos que constituyen cuadros, lineamientos y generalidades para operacionalizar y evaluar la gestión de la estrategia. |
| 2010 | Bogotá | Ficha técnica de equipos de salud familiar y comunitaria de Bogotá | Documento que plantea los referentes conceptuales, las responsabilidades y competencias de equipos de salud. También, los lineamientos de la política pública. Cuenta con 12 Anexos que constituyen cuadros, lineamientos y generalidades para operacionalizar y la evaluación de la estrategia en cuanto a promoción. |
| 2010 | Bogotá | Ficha técnica de estrategias AIEPI IAMI | Direccionamiento estratégico para la salud y la calidad de vida. Diseño de respuestas integrales. Consta de una matriz de seguimiento. Cuenta con un anexo de autoevaluación de estrategias de vivienda saludable. |
| 2010 | Bogotá | Ficha técnica de intervención plurimodal para la promoción de la salud mental y el desarrollo humano | Lineamientos de a estrategia. Consta de 6 anexos que organizan la captura de datos, el instrumento de salud familiar. La promoción de la calidad de vida, registro de participantes a los talleres, bases de datos y guía de elaboración de informe de avances y resultados. |
| 2010 | Bogotá | Ficha técnica estrategia para la | Lineamientos de a estrategia. Consta de un anexo de |

| | | Salud oral. | formato de caracterización de la salud oral. |
|------|--------|---|---|
| 2010 | Bogotá | Ficha técnica PDA-transversalidad – estrategia o línea de acción: seguridad alimentaria y nutricional | Lineamientos de a estrategia. |
| 2010 | Bogotá | Ficha técnica. Proyecto especial de fortalecimiento al ámbito familiar desde el enfoque poblacional con énfasis en infancia y envejecimiento y vejez | Documento que presenta los lineamientos del plan ciclo de vida. |
| 2010 | Bogotá | Fortalecimiento al ámbito familiar desde el enfoque poblacional con énfasis en juventud y adultez. | Documento que presenta los lineamientos del plan ciclo de vida. |
| 2010 | Bogotá | Acompañamiento y consolidación de red primaria en el cuidado de la mujer gestante | Lineamientos para APS de gestantes y disminución del riesgo. Consta de 4 anexos para hacer seguimiento a las gestantes, los recién nacidos, las redes y la valoración del riesgo. |
| 2010 | Bogotá | Promoción de entornos de trabajo saludables en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional | Lineamientos de la estrategia para entornos saludables. Cuenta con un anexo de formato de registro. |
| 2010 | Bogotá | Ficha técnica enfermedades compartidas entre El hombre y los animales | Lineamientos de la estrategia de vigilancia en salud de enfermedades compartidas. |
| 2010 | Bogotá | Documento marco estratégico Transversalidad de equidad desplazamiento 2010 | Lineamientos para implementar la restitución del derecho de la salud a la población desplazada. Cuenta con un anexo técnico, lineamientos de transversalidad, formatos de registro y formatos de visita. |
| 2010 | Bogotá | Ficha técnica Asesoría domiciliaria a familias en situación de discapacidad. Encuentros de familias en situación de discapacidad para la promoción de sus derechos y calidad de vida Estrategia de rehabilitación basada en comunidad | Lineamientos de la estrategia para la población en situación de discapacidad. Cuenta con un anexo sobre La estrategia de rehabilitación basada en comunidad Asesoría domiciliaria a población en situación de discapacidad. |
| 2010 | Bogotá | Intervención psicosocial en eventos que influyen en la salud mental y calidad de vida de la familia | Lineamientos para la implementación de la estrategia. Cuenta con 5 anexos que corresponden a la base de datos, la guía para la elaboración de un informe, la base de datos de conductas suicidas y su instructivo y el formato de plan de seguimiento. |
| 2010 | Bogotá | Proyecto especial apoyo distrital a la familia gestante | Proyecto para mejorar la salud materna con enfoque en la familia. |
| 2010 | Bogotá | Proyecto promoción de la calidad de vida y salud a familias de la localidad de Fontibón. | Proyecto que busca mejorar las condiciones de salud de la población de Fontibón. |
| 2011 | Bogotá | Lineamiento general del ámbito familiar. Vida cotidiana | Lineamientos generales de política para implementar APS SF en el ámbito familiar como parte fundamental de la vida cotidiana. |
| 2011 | Bogotá | Ficha técnica Respuesta integradora 1: caracterización, categorización, plan familiar y seguimiento en las familias. | Caracterización, categorización, plan familiar y seguimiento en las familias. Actualización de novedades y definición de las categorías de priorización de las familias del programa como insumo principal para la planificación de las intervenciones en |

| | | | |
|------|-----------|--|--|
| | | | los microterritorios. Cuenta con formatos de seguimiento y caracterización de los grupos, encuestas de satisfacción para los usuarios. |
| 2011 | Bogotá | Ficha técnica Respuesta integrada 2. Análisis, prevención de riesgos y canalización | Estrategias, con énfasis en la prevención de daños a la salud y la canalización a servicios de salud y otros servicios sociales. Cuenta con una guía operativa y anexos técnicos para cada componente del ciclo de vida, salud oral, SAN y generales. |
| 2011 | Bogotá | Ficha técnica 3 promoción de prácticas favorables para la salud de las familias | Lineamientos para promover la salud familiar y el desarrollo humano mediante la integración de acciones de promoción de la salud que movilicen a las familias y a sus integrantes a desarrollar su potencial de acuerdo con sus necesidades e intereses. Contiene 6 guías para sistematizar las prácticas favorables, círculos de existencia por ciclo vital, por discapacidad, por condición de desplazamiento, por existencia de etnias y de redes primarias |
| 2011 | Bogotá | Ficha técnica 4. Promoción y protección del entorno, el hábitat y condiciones de vida y trabajo de las familias | Intervención que busca afectar determinantes estructurales e intermedios de las familias en los microterritorios articulando respuestas de las transversalidades de: ambiente, trabajo y seguridad alimentaria y nutricional. Cuenta con 6 guías de seguimiento. |
| 2011 | Bogotá | Ficha técnica 5. Respuesta integrada: Protección e inclusión social de las familias | Acciones centradas en las familias en situación fragilidad y exclusión social como discapacidad, desplazadas víctimas de la violencia, de grupos étnicos y en aquellas donde existe un evento que influye en su salud y calidad de vida. Contiene un documento guía de situación de discapacidad, el acuerdo 175 DE 2005, 359 de 2009 y la ley 361 de 2001. |
| 2011 | Bogotá | Ficha técnica 6. Participación social para las familias | Disponer de herramientas para favorecer la participación del conjunto de la ciudad en el debate y la transformación de la forma en que se atienden las necesidades y problemáticas de los habitantes de la ciudad y de los territorios. Cuenta con una guía operativa y encuestas. Documentos de apropiación conceptual y documentos legales como soporte a la estrategia. |
| 2011 | Bogotá | Ficha técnica 7: gestión integral del ámbito para la construcción de respuestas integrales | Refiere a las acciones, actividades, procesos y procedimientos que buscan asegurar la operación eficiente del programa salud a su casa desde el interior de la institución, mediante la articulación con todas las áreas y dependencias de la organización y participación activa del equipo de gestión de la estrategia. Cuenta con guías de operacionalización, guía de gestión administrativa, y guía de gestión integradora. |
| | Bogotá | Lineamientos. Salud a su casa | Ocho carpetas digitales, cada una contiene los lineamientos según respuesta, con fichas técnicas, cajas de herramientas, formatos, y normativas |
| 2011 | Santander | La experiencia de implementación de un modelo de gestión de política pública basado en APS en el departamento de Santander | Documento que presenta la implementación de APS en el departamento. Muestra hallazgos y resultados, lo cuales aborda como éxitos y fracasos, limitantes y tareas para el futuro. |
| 2011 | Santander | Proyecto aprendiendo de la experiencia de APS en Santander | Se trata de un informe cuantitativo de resultados que relaciona el perfil epidemiológico en índices de |

| | | | |
|------|-------------|--|---|
| | | | morbilidad mortalidad, las acciones de Promoción y Prevención y la implementación de la estrategia APS, y concluye que según los indicadores evaluados, no se evidencia una mejoría, por lo tanto no se puede constatar el beneficio de APS en términos de indicadores y P y P. |
| 2011 | Santander | Proyecto de investigación: aprendiendo de las experiencias de atención primaria en salud en Bogotá y Santander-- Informe técnico final componente cualitativo análisis del modelo de atención primaria en Santander | Documento que presenta los resultados de investigación sobre la experiencia APS en Santander. Hace un recuento histórico desde el año 1998 hasta el presente y presenta una proyección hasta el 2015 del plan territorial en salud. Demuestra las limitantes y los aprendizajes de esta experiencia. Así mismo, avanza recomendaciones y conclusiones para poder diseñar e implementar acciones a futuro. |
| 2011 | Santander | Proyecto de investigación: aprendiendo de las experiencias de atención primaria en salud en Bogotá y Santander-- Informe técnico final componente cuantitativo análisis del modelo de atención primaria en Santander | Soporte y complemento cuantitativo al documento anteriormente señalado. |
| S.F | Santander | Atención Primaria en Salud | Documento que presenta la forma para implementar la estrategia APS en Santander, teniendo en cuenta el contexto actual colombiano de atención en salud. |
| 2011 | Bucaramanga | ISABU en su Barrio. Atención Primaria en Salud. | Documento en power point que presenta el modelo de salud en Bucaramanga que se lleva a cabo a través del programa 'ISABU en su Barrio'. Muestra las estrategias de Promoción y prevención para y que se basa en las estrategias para implementar APS. |
| 2011 | Bucaramanga | ISABU en su Barrio. Atención Primaria en Salud. | Documento en texto y en powerpoint que complementa el anteriormente señalado. |
| S.F | Bucaramanga | ISABU en su Barrio. Atención Primaria en Salud. | Documento en power point que presenta la estrategia para medios y comunicación, el diseño de imagen y la elaboración del material publicitario del programa 'ISABU en su Barrio'. |
| S.F | Bucaramanga | ISABU en su Barrio. Atención Primaria en Salud. Material en vídeo | Tres videos publicitarios del programa 'ISABU en su Barrio'. Dos son sobre campañas de vacunación, uno es sobre la experiencia de ISABU en su Barrio como modelo de programa. |
| 2008 | Antioquia | Atención Primaria en Salud | Documento en power point que presenta el modelo de salud en Antioquia que se basa en los principios de APS. Muestra las estrategias de Promoción y prevención para y que se basa en las estrategias para implementar APS. |
| 2010 | Antioquia | Lineamientos para la Promoción de la salud con-sentido humano | Documento que presenta detalladamente la política de salud en el Departamento, explicando la manera de implementar cada uno de los componentes. Se basa en los principios de APS. |
| 2011 | Antioquia | Estrategia familia saludable atención primaria en salud diagnóstico de la situación de salud del corregimiento Ambalema Uramita- Antioquia | En este documento se ofrece el análisis del corregimiento de Ambalema como un ejemplo de implementación de la estrategia APS en Antioquia. EL documento contiene una caracterización socio-cultural, demográfica de perfil epidemiológico de Ambalema para así mostrar la relación entre la estrategia y la población. |

| | | | |
|------|-------------|-------------------------------------|---|
| 2008 | Barraquilla | Plan de salud Territorial 2008-2010 | Documento en power point que presenta el Plan de Salud Territorial, en el cual se presenta la necesidad de reorganizar la red de servicios para poder garantizar la cobertura y el acceso universal. Se propone además llevar a cabo el plan mediante el programa 'Salud a mi Casa', el cual se presenta como la implementación de APS para el Distrito de Barraquilla. |
| 2010 | Barraquilla | Modelo de Atención en Salud | Documento en power point que presenta los alcances y avances del plan territorial en salud bajo el programa 'Salud a mi Casa'. Así mismo, presenta el modelo de atención APS para le año 2010. |
| 2010 | Barraquilla | Modelo de Atención en Salud | Documento en power point que presenta los cambios realizados y el estado actual de la red pública de servicios de atención. Este documento también presenta el modelo de atención. |
| 2010 | Barraquilla | Modelo de Atención en Salud | Documento que presenta los alcances y avances del plan territorial en salud bajo el programa 'Salud a mi Casa'. Así mismo, presenta el modelo de atención APS. |
| 2011 | Barraquilla | Plan territorial en salud 2008-2011 | Documento en power point que presenta los alcances y avances del plan territorial en salud bajo el programa 'Salud a mi Casa'. Así mismo, presenta el modelo de atención APS para el año 2011 y propone planes para continuar a partir de los éxitos y de las lecciones aprendidas. |
| 2007 | Barraquilla | Prueba Piloto | Documento en power point que presenta el plan piloto de la estrategia 'Salud a mi Casa' y en general del modelo de atención APS. |
| 2011 | Barraquilla | Cronograma de actividades | Dos documentos que presentan el cronograma de actividades con CAPRECOM para el año 2011. |

Bibliografía

Denzin N, Yvonna S. Lincoln. The Sage Handbook of Qualitative Research, London: Sage. 2003

Coffey A, Atkinson P. Escribir y representar. En: Encontrar el sentido a los datos cualitativos, Medellín: Universidad de Antioquia, 2003. pp. 128-165.

López Z. Modelo de atención en salud para el departamento de Cundinamarca. 2008. Disponible en: http://www.google.com.co/search?aq=0&oq=gobernaci%C3%B3n+de+c&sourceid=chrome&ie=UTF-8&q=gobernaci%C3%B3n+de+cundinamarca#sclient=psy-ab&hl=es&source=hp&q=gobernaci%C3%B3n+de+cundinamarca+APS+2008&pbx=1&oq=gobernaci%C3%B3n+de+cundinamarca+APS+2008&aq=f&aql=&gs_sm=e&gs_upl=17581555910160731919101010116521257910.2.4.2.0.11910&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_cp.,cf.osb&fp=474ba5b28f3f054c&biw=948&bih=457

Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus Selective Primary Health Care: Lesson for Global Policy. Health Affaires 2004;23(3): 167-176.

Patton M. Variety in Qualitative Inquiry. Theoretical Orientations. En: Qualitative Research and Evaluation Methods London: Sage. 2002. p.75-136.

Taylor R, Hall J. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma Ata Declaration and primary health care in developing countries. MJL 2003;178:17-20.