



**Caracterización, Documentación y  
Sistematización**  
Estrategia Atención Primaria en Salud  
en el Municipio de Caldas

Documentación y Sistematización. Estrategia Atención Primaria en Salud en el municipio de Caldas.

## **Una publicación del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, La Institución Universitaria Esumer.**

Hernán Darío Elejalde López, **director Área Metropolitana del Valle de Aburrá**

John Romeiro Serna Peláez, **rector Institución Universitaria Esumer**

Mónica María Raigoza Morales, **alcaldesa del Municipio de Caldas**

### **Autores**

#### **Equipo de trabajo**

Profesionales, técnicos y auxiliares de la Secretaría de Salud del municipio de Caldas.

Profesionales del Equipo técnico del Programa Red Metropolitana de Salud - Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

Profesionales de la Institución Esumer

### **Interventoría AMVA**

Raúl Cano Jaramillo, Profesional Contador

### **Coordinación de la publicación**

Equipo Técnico del Programa Red Metropolitana de Salud y Oficina Asesora de Comunicaciones del Área Metropolitana del Valle de Aburrá

Centro de Investigaciones y Prospectiva Institución Universitaria Esumer

### **Diseño Gráfico**

Centro de Investigaciones y Prospectiva Institución Universitaria Esumer

### **Impresión**

LIBRO ARTE

### **Primera edición**

Junio de 2015, Medellín

### **Nota de derechos reservados**

Las opiniones expresadas en esta publicación corresponden exclusivamente a sus autores y en nada comprometen la opinión o criterio del Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

Los contenidos de esta publicación son propiedad del Área Metropolitana del Valle de Aburrá. Los municipios e instituciones miembros de la Red Metropolitana de Salud y la Institución Universitaria Esumer, podrán hacer uso de la misma. Todos los derechos reservados. Para utilizar información contenida en ella se deberá citar la fuente.

## PRESENTACIÓN

La línea 6 del Plan de Gestión 2012 - 2015 "PURA VIDA" definió la Red Metropolitana de Servicios en Salud y el programa 25 para su ejecución: diseño, estructuración e implantación de la RED METROPOLITANA DE SALUD, como mecanismo que ayude a dar alcance a los objetivos trazados en Metrópoli, por tal motivo, se propone como estrategia la creación y conformación de una RED METROPOLITANA DE SALUD, que considera como características principales, la integración de los servicios de salud, para contribuir a superar la fragmentación en la prestación, dificultades para el acceso, deficiencias en la calidad, baja eficiencia en el uso de recursos, altos costos de producción, baja calificación de los usuarios por los servicios recibidos, duplicidad en infraestructura y tecnologías y los escasos resultados en la modificación de los indicadores de salud. Adicionalmente, propenderá en su conformación e implementación por la integración prioritaria de los prestadores de servicios de salud públicos - Empresas Sociales del Estado ESE y las Secretarías de Salud o similares, con la participación ciudadana y de los grupos de interés que contribuyan al desarrollo del objeto y alcance de la Red Metropolitana de Salud.

El Acuerdo Metropolitano Nro. 9 del 14 de junio de 2013 "Por medio del cual se crea y conforma la Red Metropolitana de Salud" tendrá como objeto, el contribuir a coordinar y articular los servicios de salud tanto asistenciales como en el ámbito de las acciones en salud pública, basados en la estrategia de atención primaria en salud renovada y las redes de prestación de servicios de salud, a fin de brindar apoyo a los municipios que integran el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, para que superen algunas debilidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otras la fragmentación en la atención individual y colectiva en salud, las deficiencias en el direccionamiento y el escaso trabajo en red del sector a nivel local y regional, que están afectando el acceso, la calidad y oportunidad, y por ende, el estado de salud y bienestar de los ciudadanos.

El alcance de la Red Metropolitana en Salud es dinamizar, apoyar, cooperar y facilitar el abordaje integral de la situación de salud del Valle de Aburrá con el liderazgo de las Secretarías de salud o similares, las Empresas Sociales del Estado, la participación de la ciudadanía y los grupos de interés, mediante el trabajo en red para proponer y ejecutar acciones que conduzcan a la resolución de los problemas más relevantes en salud, contribuir a mejorar la gestión territorial, el acceso, la calidad y oportunidad de los servicios de salud, la calidad de vida y disminuir las inequidades en los territorios y la ciudadanía metropolitana.

Uno de los proyectos estratégicos (Inicitiva de Red), de la Red Metropolitana de Salud es la estructuración y consolidación de la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada - APSR en los municipios del Valle de Aburrá, para lo cual se tiene previsto, entre otras actividades, documentar la experiencia que ha tenido cada municipio con relación a dicha estrategia, dado que no se tiene antecedentes sólidos y escritos del trabajo realizado; además se sistematizará dicha experiencia, bajo una metodología científicamente aplicada, que permita medir la brechas entre lo que se realiza actualmente y el ideal propuesto por la Organización Mundial de Salud OMS y la Organización Panamericana de la Salud OPS.

Para dar cumplimiento al objetivo de la Línea 6 del Plan de gestión "PURA VIDA 2012- 2015" del Área Metropolitana del Valle de Aburrá en el año 2013 celebra un convenio de asociación con la Institución Universitaria Esumer, a fin de conformar e implementar la Red Metropolitana de Salud, en su fase dos. En tal sentido, ambas instituciones presentan el documento final que recopila información de la Atención Primaria en Salud Renovada – APSR del municipio, así como la reflexión, el análisis y los hallazgos encontrados de la estrategia APSR con el objetivo de brindar a las Secretarías de Salud, las Empresas Sociales del Estado y público en general un insumo que ayude a mejorar los servicios prestados a la comunidad, donde su ejecución sea una buena práctica permanente de atención en el sistema de salud y su contexto metropolitano.

Esperamos que este documento sea objeto de consulta permanente en todos los estamentos políticos, administrativos, sociales y de las Instituciones tanto del sector salud como de otras áreas, para efectos de planificar el trabajo presente y futuro en salud pública en los territorios, con el liderazgo de las administraciones municipales

**HERNÁN DARÍO ELEJALDE LÓPEZ**  
**Director**

# ÍNDICE

<b>CAPÍTULO 1 CARACTERIZACIÓN</b>	<b>10</b>
<b>1. GENERALIDADES DEL TERRITORIO</b>	<b>11</b>
<b>2. DESARROLLO ECONÓMICO</b>	<b>12</b>
<b>3. PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2012-2015 “UNIDOS POR CALDAS”</b>	<b>15</b>
<b>4. ORGANIZACIÓN DE LA SECRETARÍA LOCAL DE SALUD Y SISBÉN DE CALDAS</b>	<b>17</b>
4.1. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA	17
4.2. RECURSOS FINANCIEROS	19
4.3. CONTRATACIÓN CON LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) (PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA - PIC - POBLACIÓN NO ASEGURADA)	20
4.4. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD APS	20
4.5. PARTICIPACIÓN SOCIAL	20
<b>5. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS</b>	<b>21</b>
<b>6. FECUNDIDAD</b>	<b>23</b>
<b>7. AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)</b>	<b>24</b>
<b>8. ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN</b>	<b>26</b>
8.1. MORBILIDAD	26
8.2. CAMBIOS EN LA MORTALIDAD	28
8.3. MORTALIDAD ESPECÍFICA	30
8.4. COBERTURAS EN VACUNACIÓN	31
8.5. PRINCIPALES EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	32
<b>9. DIAGNÓSTICO DE RED EN SALUD DEL MUNICIPIO</b>	<b>33</b>
<b>10. CONCLUSIONES</b>	<b>34</b>
<b>11. RECOMENDACIONES</b>	<b>36</b>

<b>CAPÍTULO 2 DOCUMENTACIÓN</b>	<b>36</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>37</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>38</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>39</b>
3.1. OBJETIVO GENERAL	39
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
<b>4. METODOLOGÍA</b>	<b>40</b>
4.1. APS EN COLOMBIA	40
4.2. APS EN CALDAS	41
<b>5. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO</b>	<b>43</b>
5.1. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL TERRITORIO	47
5.1.1. CONTEXTO DEMOGRÁFICO	47
5.1.2. ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA	49
5.2. OTROS INDICADORES DEMOGRÁFICOS	52
5.2.1. DINÁMICA DEMOGRÁFICA	53
<b>6. MARCO NORMATIVO</b>	<b>54</b>
6.1. A NIVEL INTERNACIONAL	54
6.2. A NIVEL NACIONAL	55
6.3. A NIVEL LOCAL	56
<b>7. ESTRATEGIA EN EL TERRITORIO</b>	<b>58</b>
7.1. DEFINICIÓN	58
7.2. ALCANCE	58
7.3. RECTORÍA Y PLANEACIÓN	59
7.4. ENFOQUES	58
7.5. ESTRUCTURA PARA EL FUNCIONAMIENTO: EQUIPOS BÁSICOS, FUNCIONES	58
<b>CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES</b>	<b>68</b>
A NIVEL DE LA ESTRATEGIA APSR	68
A NIVEL DEL DOCUMENTO DE APSR	68
<b>NOTA ACLARATORIA</b>	<b>69</b>
 <b>CAPÍTULO 3: SISTEMATIZACIÓN</b>	 <b>70</b>
<b>1. PRESENTACIÓN</b>	<b>71</b>
<b>2. METODOLOGÍA: SOBRE LA DOCUMENTACIÓN Y LA SISTEMATIZACIÓN</b>	<b>72</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>77</b>
3.1. GENERAL	77
3.2. ESPECÍFICOS	77

<b>4. MODELO PROPUESTO - ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA</b>	<b>78</b>
4.1. DIMENSIÓN 1: PROPÓSITO	81
4.1.1. Enfoques	82
4.1.2. Fundamentos	83
4.1.3. Principios	83
4.2. DIMENSIÓN 2: DESARROLLO	84
4.2.1. Objetivos	86
4.2.2. Estrategias/Programas	86
4.3. DIMENSIÓN 3: GESTIÓN	87
4.3.1. Ruta Metodológica	88
4.3.2. Acciones	90
4.3.3. Transversales	91
4.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES	91
4.4.1. Sujetos	92
4.4.2. Organizaciones	93
<b>5. ANÁLISIS DEL MUNICIPIO</b>	<b>95</b>
5.1 DESCRIPCIÓN MODELO EN ESCENA DEL MUNICIPIO DE CALDAS	96
5.1.1. Dimensión de Propósito	97
5.1.1.1. Enfoques	97
5.1.1.2. Principios	98
5.1.1.3. Fundamentos	98
5.1.2. Dimensión de Desarrollo	99
5.1.2.1. Objetivos	100
5.1.2.2. Estrategias / Programas	101
5.1.3. Dimensión de Gestión	101
5.1.3.1. Ruta Metodológica	102
5.1.3.2. Acciones	103
5.1.3.3. Transversales	104
5.1.4. Dimensión de Actores	104
5.1.4.1. Sujetos	105
5.1.4.2. Organizaciones	106
<b>6. ANÁLISIS DE BRECHAS</b>	<b>107</b>
<b>7. HALLAZGOS GENERALES</b>	<b>112</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>116</b>

## IMÁGENES CAPÍTULO 1: CARACTERIZACIÓN

### Gráficos

Gráfico 1. Porcentaje de hogares con dos o más NBI. Caldas. 2005-2013.	12
Gráfico 2. Porcentaje de hogares con NBI. Caldas. 2005-2013.	13
Gráfico 3. Pirámides Poblacionales. Caldas. 2005 – 2013 – 2020.	21
Gráfico 4. Comportamiento de la distribución porcentual de los grupos de edad de 0 a 14 años. Caldas. 2007-2011.	22
Gráfico 5. Comportamiento de la distribución porcentual de los grupos de edad de 60 años y más. Medellín. 2007-2011.	22
Gráfico 6: Tasa bruta de natalidad. Caldas. 2005-2013.	23
Gráfico 7. Porcentaje de cobertura de aseguramiento al SGSSS. Caldas. 2007-2013. Comparativo.	25
Gráfico 8. Distribución porcentual principales causas de consulta externa. Caldas. 2007-2010.	27
Gráfico 9. Distribución porcentual principales causas de consulta urgencias. Caldas. 2007-2010.	27
Gráfico 10. Distribución porcentual principales causas de hospitalización. Caldas. 2007-2011.	28
Gráfico 11. Tasas crudas de mortalidad. Caldas. 2005-2013.	29

### Figuras

Figura 1. Mapa Municipio de Caldas.	11
-------------------------------------	----

### Tablas

Tabla 1: Recursos Humanos. Secretaria de Salud. Caldas.	18
Tabla 2: Recursos Propios para salud. Municipio de Caldas. 2009-2012	19
Tabla 3: Población afiliada al régimen subsidiado y al régimen contributivo y cobertura de aseguramiento. Caldas. 2007-2013.	24
Tabla 4: Consolidado morbilidad consultada. Municipio de Caldas. 2007-2011.	26
Tabla 5. Tasa de mortalidad por mil habitantes. Caldas. 2005-2013.	29
Tabla 6: Tasa de mortalidad por causa. Caldas. 2005-2013.	30
Tabla 7: Cobertura de vacunación. Caldas. 2007-2013.	31
Tabla 8: Consolidado eventos de interés en salud pública. Municipio de Caldas. 2007-2013.	32

## IMÁGENES CAPÍTULO 2: DOCUMENTACIÓN

### Tablas

Tabla 1 .Distribución del municipio de Caldas por barrios y veredas, 2013.	45
Tabla 2 .Distribución del municipio de Caldas por extensión territorial y área de residencia, 2013.	46
Tabla 3 . Población por área de residencia municipio de Caldas-Antioquia, 2013.	48
Tabla 4.Población por pertenencia étnica del municipio de Caldas, 2013.	49
Tabla 5 .Proporción de la población por ciclo vital. Municipio de Caldas 2005, 2013 y 2020.	51
Tabla 6. Funciones del equipo APS del Municipio de Caldas.	59
Tabla 7. Familias programadas e intervenidas en la estrategia APS. Periodo 2013 – 2015.	60
Tabla 8. Presupuesto APS Municipio de Caldas. Periodo 2013 – 2015.	63
Tabla 9. Indicadores de Seguimiento a la Implementación de APS Municipio de Caldas. Periodo 2013 – 2015.	64

### Lista de figuras

Figura 1. Mapa Municipio de Caldas.	50
-------------------------------------	----

### Lista de mapas

Mapa 1. Mapa de límites municipio de Caldas 2013.	46
Mapa 2. División político administrativa municipio de Caldas 2013.	47

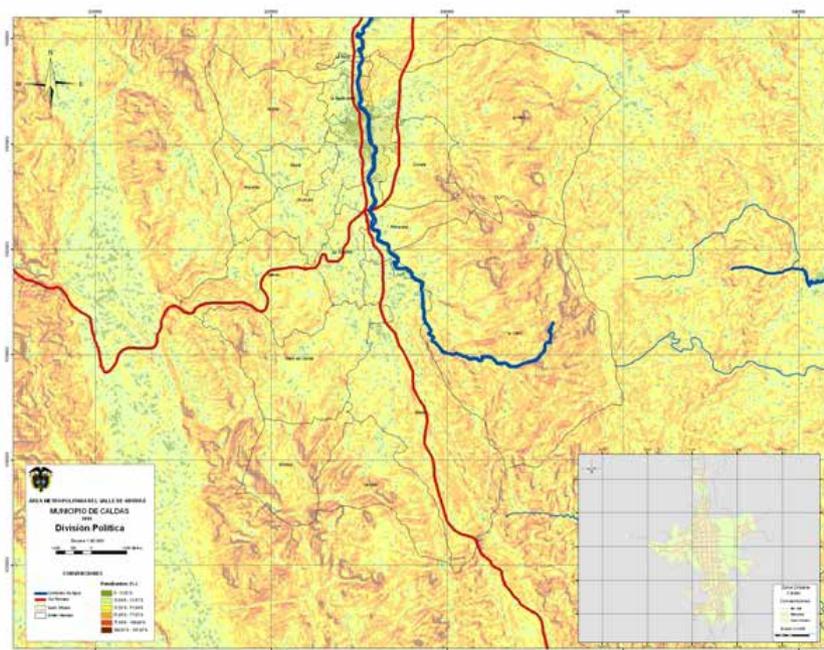
# **CAPÍTULO 1**

## **CARACTERIZACIÓN**

## 1. GENERALIDADES DEL TERRITORIO

El municipio de Caldas se encuentra situado en el extremo sur del Valle de Aburra, limita por el norte con los Municipios de La Estrella, Sabaneta y Envigado, por el oriente con el Municipio de El Retiro, por el sur con los Municipios de Santa Bárbara y Fredonia, y por el occidente con los Municipios de Amaga y Angelópolis. El Municipio se ubica a 22 km. de la ciudad de Medellín, está a una altura de 1.750 metros sobre el nivel del mar y tiene una temperatura promedio de 19 °C. Cuenta con una superficie de 133,40. km<sup>2</sup> de los cuales 1,85 km<sup>2</sup> corresponden a la zona urbana y 131,55 km<sup>2</sup> a la zona rural. En esta localidad se encuentra el Alto de San Miguel, donde nace el río Medellín. En su organización político-administrativa, Caldas está conformada por 24 barrios y 23 veredas. El acceso al Municipio se hace a través de la carretera Medellín - Caldas, por la variante que se extiende desde la autopista sur, hasta la vereda Primavera. Esta misma ruta, permite comunicar a Medellín con los municipios del sur del Departamento, continuando por la troncal del Suroeste, y por la carretera Panamericana hacia el sur del país.

Figura 1. Mapa Municipio de Caldas.



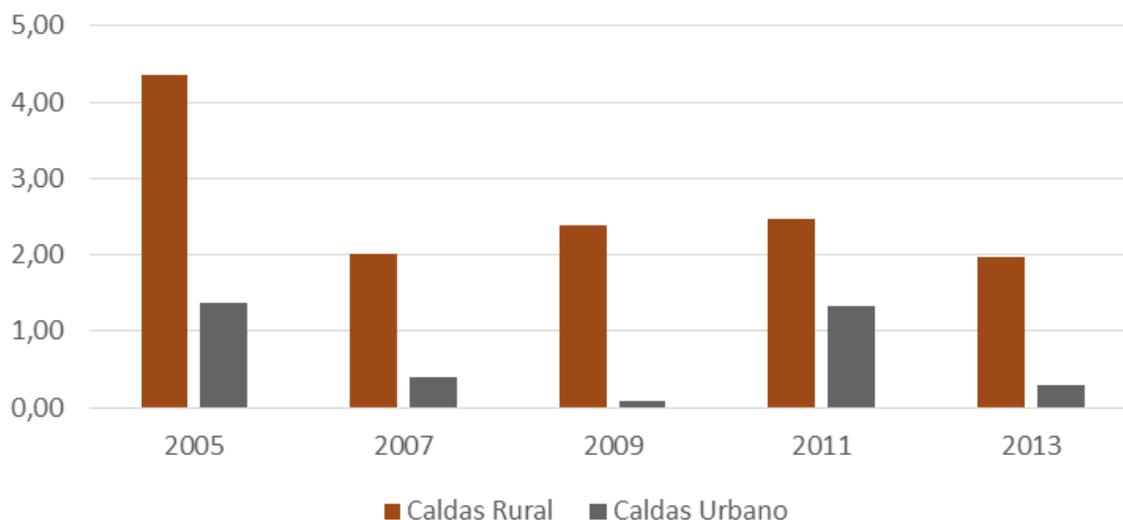
Fuente: Observatorio Metropolitano de Información. Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

## 2. DESARROLLO ECONÓMICO

Las principales actividades económicas del Municipio están representadas en los sectores del comercio y la industria; este último ocupa un renglón importante de la economía local, destacándose la industria de lojería, madera y mecánica. Según datos del Anuario Estadístico de Antioquia (2010), el Municipio cuenta con 1.929 establecimientos registrados en Industria y Comercio de los cuales 1.013 (52,5%) son del sector comercial, 729 (37,8%) del sector servicios, 106 de la industria (5,5%) y 81 (4,2%) de otro tipo.

La cantidad de hogares que presenta dos o más necesidades básicas insatisfechas (NBI), considerada como población en situación de miseria, ha presentado un descenso global desde el año 2005, con aumentos leves para los años 2009 y 2011. El descenso más significativo de la miseria se dio en el área urbana del Municipio para el año 2009 y para el último año evaluado. (Ver Gráfico 1).

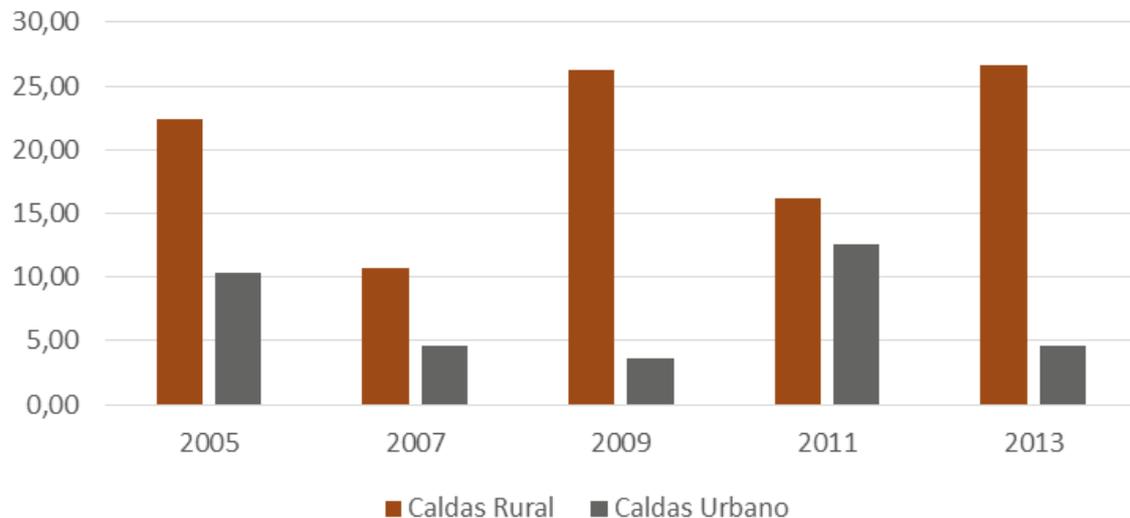
**Gráfico 1. Porcentaje de hogares con dos o más NBI. Caldas. 2005-2013**



**Fuente:** Observatorio Metropolitano de Información. Área Metropolitana del Valle de Aburrá

En cuanto al porcentaje de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha, considerados como población en situación de pobreza, el Municipio ha presentado un aumento progresivo e importante en el período evaluado en la zona rural, con descenso global en la urbana. (Ver Gráfico 2).

**Gráfico 2. Porcentaje de hogares con NBI. Caldas. 2005-2013**



**Fuente:** Observatorio Metropolitano de Información. Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

En cuanto al porcentaje de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha, considerados como población en situación de pobreza, el Municipio ha presentado un aumento progresivo e importante en el período evaluado en la zona rural, con descenso global en la urbana. (Ver Gráfico 2).

### Servicios públicos:

Los estratos que predominan en el Municipio son el 1, 2 y 3, y los principales servicios de acueducto, alcantarillado y energía son prestados por Empresas Públicas de Medellín. Las coberturas en servicios públicos domiciliarios del Municipio a 2013, según datos del Observatorio Metropolitano de Información son:

- Acueducto: urbano 99,38%, zona rural del 72,89%.
- Alcantarillado: urbano 94,34%, zona rural del 53,20%.
- Red de gas natural: urbano 70,27%, rural 9,85%.
- Servicio de energía eléctrica: urbano 100%, rural 99,51 %.
- Telefonía fija: urbano 92,39%, rural 59,61%.

## **Accesibilidad - transporte:**

Caldas cuenta con un amplio servicio de transporte público compuesto por una flota de buses urbanos que atiende todos los sectores del Municipio e igualmente cuenta con rutas que comunican a Caldas con Medellín. De igual manera, cuenta con SITP, el sistema integrado de transporte que comunica con el Metro de Medellín, desde la estación Sabaneta. Tiene numerosas empresas de taxis que comunican con el resto del área metropolitana, algunas empresas prestan servicios intermunicipales; es usual además el servicio de taxi colectivo.

### 3. PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2012-2015 “UNIDOS POR CALDAS”

El Plan de Desarrollo “Unidos por Caldas” propone como objetivo principal; mejorar la calidad de vida, el acceso a los servicios y la satisfacción de las necesidades básicas de los habitantes del Municipio. En el proceso de Planificación se ha trabajado de la mano con la comunidad Caldense, en el marco de la implementación del Sistema Municipal de Planeación.

El Plan define seis líneas estratégicas, todas ellas con profundo contenido social, que denotan la articulación entre las dependencias y la transversalidad requerida para que se constituyan en los pilares que sostendrán durante cuatro años, los preceptos de una administración de la gente y para la gente; el carácter interdependiente de los problemas y las propuestas de los actores sociales requieren de la implementación y la gestión de programas y proyectos estratégicos, integrales, transversales y participativos. En su estructura, el Plan define seis líneas estratégicas que agrupan varios componentes del desarrollo, de estos se desprenden los programas y proyectos para lograr las metas y objetivos propuestos.

Las líneas estratégicas son:

- Línea Estratégica Uno: “Unidos por un Buen Gobierno”
- Línea Estratégica Dos “Unidos por la Seguridad y la Convivencia Ciudadana”
- Línea Estratégica Tres “Unidos por la Educación, la Cultura y el Deporte”
- Línea Estratégica cuatro “Unidos por el Desarrollo Social”
- Línea estratégica quinta “Unidos por el Desarrollo Económico”
- Línea estratégica sexta “Unidos por el Hábitat y el Medio Ambiente”

En la línea estratégica cuatro: “Unidos por el desarrollo Social”, se incorpora el componente salud; cuyo objetivo es promover la salud y la calidad de vida, a través de acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, que involucre individuos, familias, comunidades y sociedad; integrando a los diferentes sectores e instituciones en un proceso orientado a modificar las condiciones de salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva de los habitantes.

Esta línea incluye además programas relacionados con el fortalecimiento de la participación ciudadana, presupuesto participativo, equidad de género, población LGTBI, salud, familia, infancia y adolescencia, juventud, adulto mayor, personas en situación de discapacidad y seguridad alimentaria.

El programa de salud se denomina “Unidos por una comunidad saludable” y contempla los siguientes proyectos:

- Plan Territorial de Salud para el municipio de Caldas.
- Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas: este proyecto contempla el desarrollo e implementación de la estrategia de APS; está orientado principalmente a la adopción y evaluación de políticas públicas de promoción de la salud, mejoramiento de la calidad de vida y la prevención de riesgos biológicos, sociales, profesionales, sanitarios y ambientales; fomentando la educación en salud y la participación social y comunitaria.
- Atención en primer nivel a la población pobre no asegurada.
- Proyecto ejecución e implementación del “Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud” (PAMEC).
- Aseguramiento en salud del Régimen Subsidiado.
- “Caldas Saludable”: se llevarán servicios de salud a diferentes sectores del Municipio, priorizando las zonas con difícil acceso, con el fin de garantizar que los servicios de salud lleguen a toda la población, especialmente la más pobre y vulnerable.
- Actualización del SISBEN. (proyecto que normalmente es liderado y ejecutado por las áreas de Planeación en cada territorio)
- Promoción de espacios de participación en salud

La Secretaria Local de Salud y SISBEN, formuló el Plan de Salud Municipal “Unidos por una comunidad saludable” siguiendo los lineamientos metodológicos del decreto 3039 del 2007 y la resolución 425 del 2008. En cuanto a los propósitos y lineamientos de las políticas de salud nacionales, se formula como un plan sectorial que hace parte integral del “Plan de Desarrollo Municipal para el periodo 2012-2015”.

## **4. ORGANIZACIÓN DE LA SECRETARÍA LOCAL DE SALUD Y SISBÉN DE CALDAS.**

El municipio de Caldas cuenta con la dependencia “Secretaría de Salud” para cumplir las competencias del sector salud, incluyendo los componentes de seguridad alimentaria y grupos poblacionales más vulnerables (discapacidad, desplazados, adulto mayor). Según los resultados de la evaluación realizada por la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, para evaluar la capacidad de gestión municipal en el año 2013, la Secretaria de Salud obtuvo una calificación de 96, disminuyendo su capacidad de gestión en dos puntos porcentuales respecto del año inmediatamente anterior. En el plan de mejoramiento como resultado de la evaluación debe dar cumplimiento al decreto 1757 de 1994, en cuanto a la conformación del comité de participación comunitaria en salud COPACOS y la operación del mismo.

### **4.1. Estructura administrativa**

La Secretaría Local de Salud y Sisben del municipio de Caldas para cumplir las competencias cuenta con la siguiente estructura administrativa:

**Tabla 1: Recursos Humanos. Secretaria de Salud. Caldas.**

Área	Modalidad vinculación		Perfil del cargo			Total	Observaciones
Área	De planta	Contratos P.S.	Profesional	Técnico	Auxiliar		
Dirección ( Despacho Secretario)	1	1	1		1		Secretariode Salud y Sisben (Odontólogo especialista) y auxiliar administrativa
Aseguramiento Prestación de servicios	1	1	1	1		2	
Salud Pública (incluye vigilancia epidemiológica y seguridad alimentaria)	1	5	6			6	
Vigilancia y control Salud ambiental	0	6		5	1	6	
Participación social		1	1			1	
Sistemas de información	0	1	1			1	
Administrativo: Fondo local de salud (si los funcionarios pertenecen a la nómina de la Secretaria)	0	0				0	
Otras áreas (discapacidad , tercera edad, riesgos profesionales, Sistema de identificación	1	16	6	2	9	17	
Totales	4	31	16	8	11	33	

**Fuente:** Secretaría Local de Salud y Sisben de Caldas. Municipio de Caldas

En la Tabla 1 se observa que la Secretaría Local de Salud y Sisben de Caldas tiene una planta de funcionarios conformada por 35 funcionarios de los cuales el 88,5% son funcionarios que están bajo la modalidad de prestación de servicios y solamente el 11,5% son funcionarios de planta; situación que se convierte en un factor crítico y determinante en la gestión de la Secretaria por el desgaste administrativo que implica el proceso de contratación del personal, el riesgo jurídico para la administración municipal, la pérdida de conocimiento y la continuidad en los programas y proyectos de salud. Llama la atención el nivel profesional del recurso humano, en el cual el 68% de los funcionarios son profesionales y técnicos de las diferentes disciplinas de salud.

## 4.2. Recursos financieros

El Fondo Local de Salud, se gestiona desde la Secretaria de Hacienda, tiene conformadas las cuatro cuentas maestras según los lineamientos de la resolución 3042 de 2007, 4204 de 2008 y 991 de 2009. Desde la Secretaría Local de Salud y Sisben hacen la ordenación para los pagos según los requisitos de cada cuenta; no asignan un funcionario exclusivo para este propósito, lo hace directamente el Secretario y la Hacienda los retroalimenta permanentemente.

El presupuesto para salud básicamente se compone de recursos del "Sistema General de Participaciones" (SGP), destinado para aseguramiento, atención de la población no asegurada y salud pública. Los recursos de destinación específica para cumplir las competencias en salud pública y los programas de promoción social, son insuficientes, los financian en parte con recursos propios; los recursos de la Empresa Territorial para la Salud (ETESA), se consideran como propios, los destinan al cofinanciamiento del régimen subsidiado tal y como está reglamentado. La asignación en recursos propios durante el período 2009-2012 se puede apreciar en la Tabla 2.

**Tabla 2: Recursos propios para salud. Municipio de Caldas. 2009-2012**

DESTINACION DE RECURSOS PROPIOS PARA SALUD MUNICIPIO DE CALDAS				
2009-2012				
Año	2009	2010	2011	2012
Salud pública	37.500.000	2.078.800	45.000.000	19.425.000
Cofinanciación del régimen subsidiado (incluye recursos ETESA)	391.760.707	574.507.181	375.274.229	297.000.000
Población no asegurada	0	0	0	0
Otros (discapacidad, adulto mayor, SISBEN, PAMEC)	97.729.000	138.800.207	113.150.000	220.558.400
<b>Total</b>	<b>526.989.707</b>	<b>715.386.188</b>	<b>533.424.229</b>	<b>536.983.400</b>

**Fuente:** Secretaría Local de Salud y Sisben de Caldas. Municipio de Caldas

### **4.3. Contratación con la Empresa Social del Estado (ESE) (Planes de Intervenciones Colectivas en Salud Pública - PIC - población no asegurada)**

El Plan de Intervenciones Colectivas para toda la población se contrata con el Hospital San Vicente de Paul del Municipio, el cual es de carácter departamental, incluye acciones para los siguientes programas: vacunación, acciones de “Información, Educación y Comunicación” (IEC) de las líneas de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI, enfermedades crónicas no transmisibles y salud mental; además la operación del sistema de vigilancia epidemiológica en cuanto a los eventos que se presentan.

Adicionalmente se tiene el contrato para atención de la población pobre no asegurada al “Sistema General de Seguridad Social en Salud”- SGSSS, dando prioridad a la atención de grupos poblacionales más vulnerables como menores de cinco años, maternas, adultos mayores y urgencias.

### **4.4. Atención Primaria en Salud APS**

La Secretaria de Salud no ha iniciado la ejecución de la estrategia de APS en el territorio, se encuentra en la fase de planeación de la propuesta.

### **4.5. Participación social**

Las organizaciones de base, definidas por la ley, se caracterizan por bajos niveles de participación debido a factores como: bajas habilidades y competencias para el análisis y deliberación para la construcción de consensos; bajas capacidades organizativas, técnicas, administrativas y sociales que no les ha permitido formular proyectos, negociar y concertar con el Estado programas y proyectos en beneficio de las comunidades que representan; a la vez, dicha situación no ha permitido interactuar en la construcción colectiva de desarrollo y vigilar las actuaciones del gobierno.

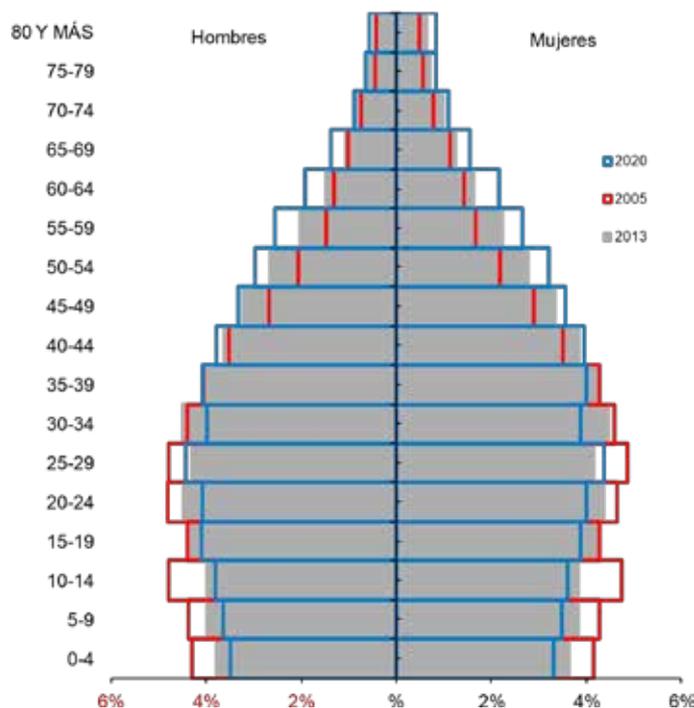
En el componente salud, de las organizaciones comunitarias estipuladas en la norma según el decreto 1757 de 1994, y de acuerdo al informe de evaluación de la gestión realizado en el año 2014 a la Secretaria de Salud; la dependencia no ha conformado el Comité de participación Social en Salud COPACOS y el Consejo Municipal de Seguridad Social en salud CMSSS está en proceso de conformación. Existe una veeduría legalmente conformada que adicionalmente hace parte de una veeduría departamental y asociación de usuarios en el Hospital San Vicente de Paul; de igual manera se encuentran fortaleciendo los procesos del Sistema de Atención a la Comunidad.

## 5. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS

De acuerdo a las cifras presentadas por el “Departamento Administrativo Nacional de Estadística” (DANE), Censo de 2005 proyectado a 2014, Caldas tiene una población de 76.919 habitantes, siendo ésta, la quinta población del área metropolitana del Valle de Aburra, representa el 2,06% del total. De esta población el 49,5% son hombres y el 50,5% mujeres; el 78% se ubica en la zona urbana y el 22% en la zona rural.

Las pirámides poblacionales del municipio de Caldas son de las que más conservan su estructura piramidal, aunque como en todos los Municipios, se percibe una disminución en la base poblacional, los demás grupos conservan una composición estable. El crecimiento poblacional del municipio de Caldas fue de 13,1% en el período 2005-2014. (Ver Gráfico 3).

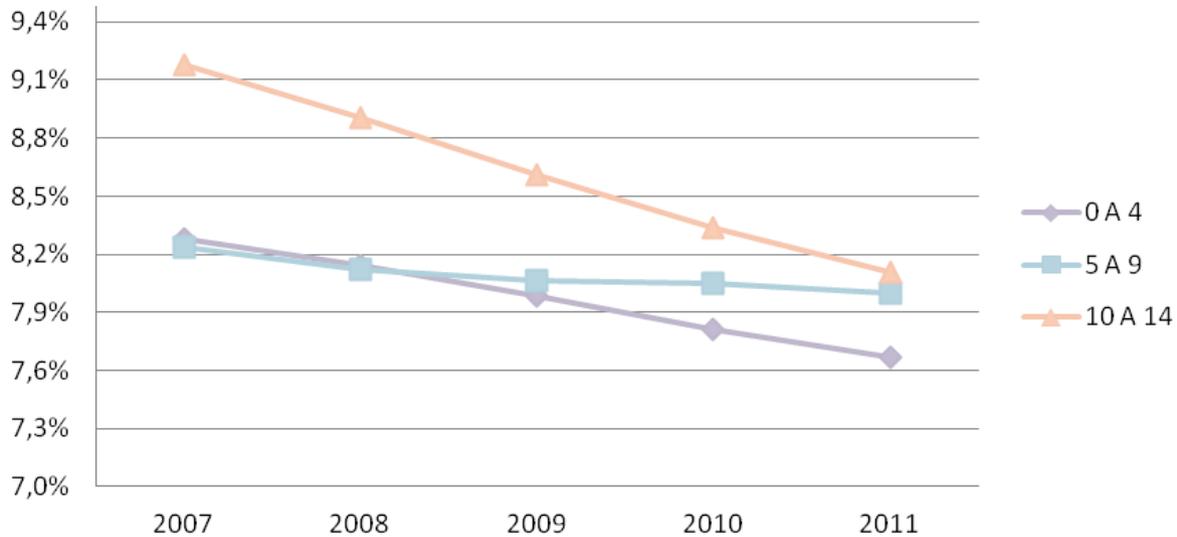
Gráfico 3. Pirámides Poblacionales. Caldas. 2005 – 2013 – 2020



Fuente: Secretaría Local de Salud y Sisben de Caldas. Municipio de Caldas

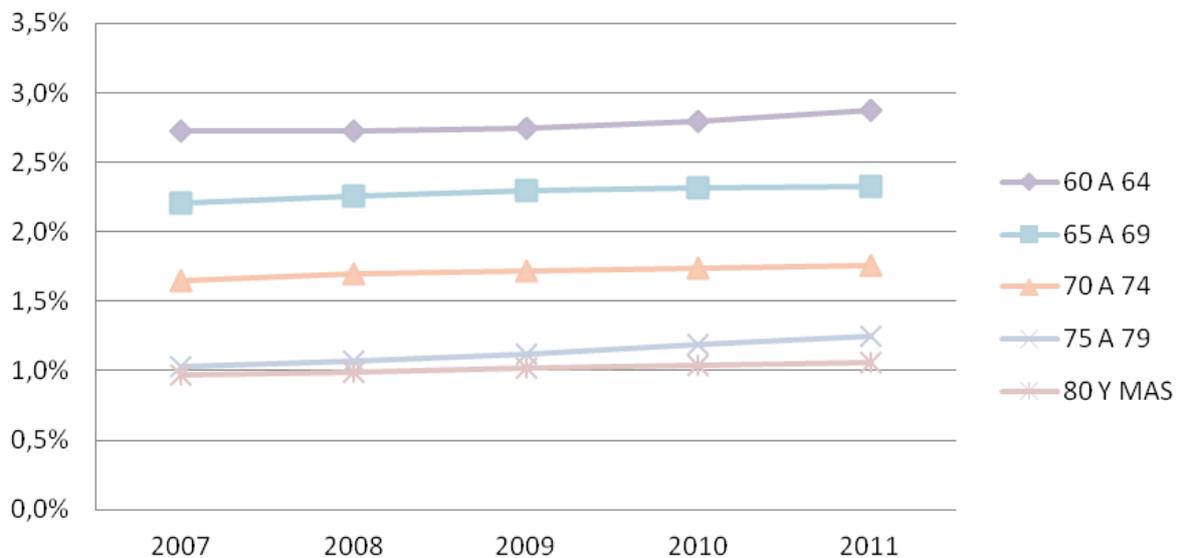
En la distribución porcentual de los grupos poblacionales, los menores de 0 a 4 años y los adolescentes de 10 a 14 años, presentan una disminución de más de 0.5% en los últimos cinco años. Por su lado, los grupos poblacionales mayores de 60 años, presentan un incremento sostenido que no supera el 0.2% en los últimos cinco años. (Ver Gráficos 4 y 5).

**Gráfico 4. Comportamiento de la distribución porcentual de los grupos de 0 a 14 años de edad. Caldas. 2007-2011**



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE

**Gráfico 5. Comportamiento de la distribución porcentual de los grupos de edad de 60 años y más. Medellín. 2007-2011**

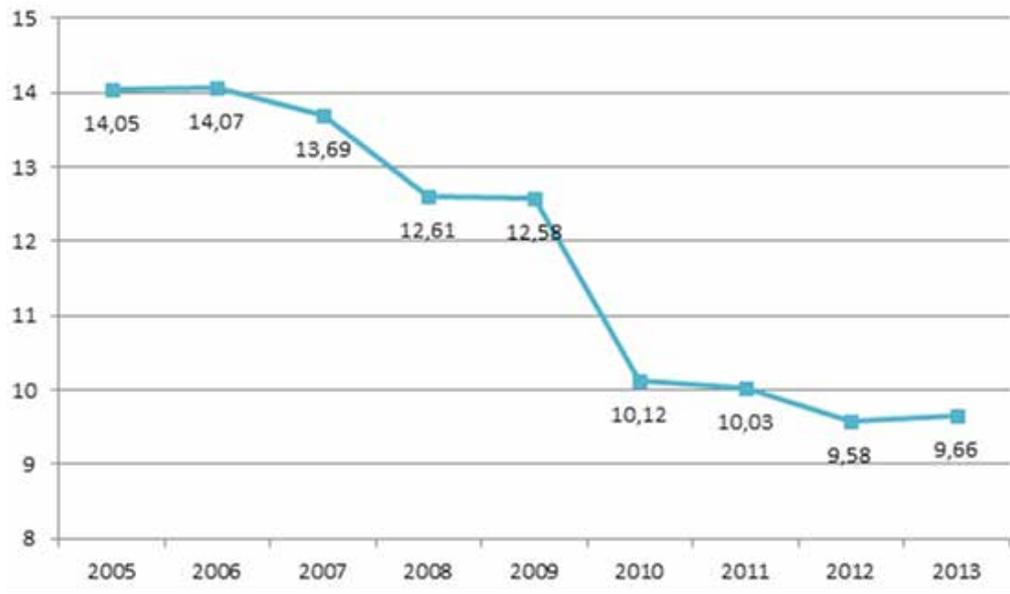


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE

## 6. FECUNDIDAD

Como se puede observar en el Gráfico 6, la tasa bruta de natalidad del municipio de Caldas, evidencia un periodo de disminución progresiva entre los años 2005 y 2013, siendo el 2012 el año con el registro más bajo (9,58). Además, es de resaltar que la tasa bruta de natalidad en el Municipio se mantiene por debajo de la media nacional, que se encuentra alrededor de los 17 nacimientos por cada mil habitantes.

**Gráfico 6: Tasa bruta de natalidad. Caldas. 2005-2013**



**Fuente:** Observatorio Metropolitano de Información, Área Metropolitana del Valle de Aburrá

## 7. AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

La afiliación a los servicios de salud en el municipio de Caldas, se encuentra principalmente en el régimen contributivo iniciando en el 2007 con un 67,60% de la población, para llegar hasta un 77,03% en el año 2013. A su vez, el régimen subsidiado mantiene un comportamiento de descenso pasando del 34,76% en el año 2007 a un 22,94% de la población en el año 2013. (Ver Tabla 3).

De igual forma, es importante advertir que el porcentaje de cobertura de aseguramiento para el Municipio es casi global, con valores cercanos y por encima del 100%. (Ver Tabla 3).

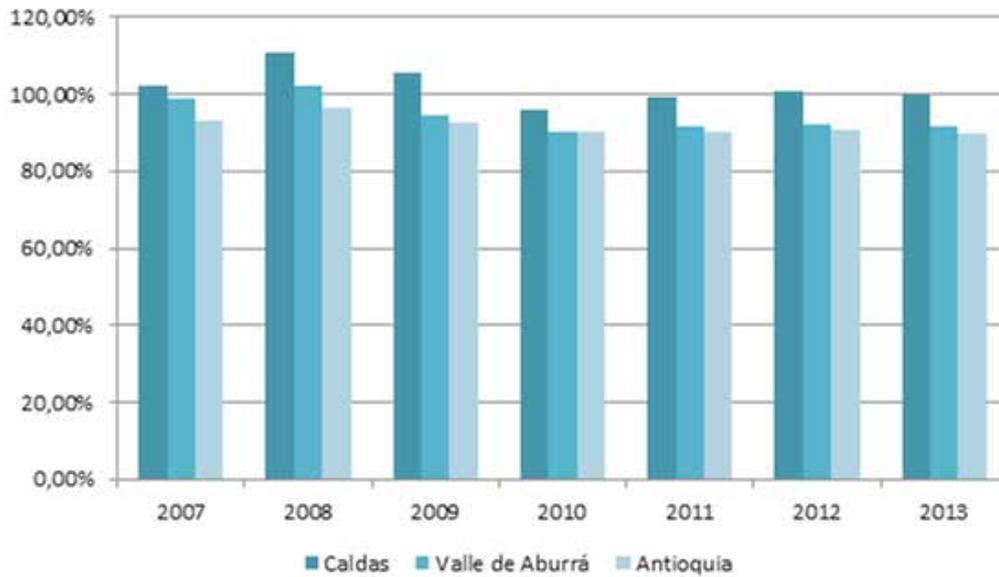
**Tabla N° 3: Población afiliada al régimen subsidiado, al régimen contributivo y cobertura de aseguramiento. Caldas. 2007-2013**

Año	Población	Régimen subsidiado		Régimen contributivo		Porcentaje de cobertura de aseguramiento al SGSSS	Población pendiente por afiliar al SGSSS
		Número de afiliados	Porcentaje de aseguramiento	Número de afiliados	Porcentaje de aseguramiento		
2007	70.140	24.380	34.76%	47.417	67.60%	102.36%	-1.657
2008	71.136	25.472	35.81%	53.190	74.77%	110.58%	-7.526
2009	72.123	24.244	33.61%	51.791	71.81%	105.42%	-3.912
2010	73.096	17.365	23.76%	52.624	71.99%	95.75%	3.107
2011	74.072	17.454	23.56%	55.990	75.59%	99.15%	628
2012	75.033	17.648	23.52%	57.378	77.19%	100.71%	7
2013	75.984	17.433	22.94%	58.002	77.03%	99.98%	17

**Fuente:** Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

En términos generales, se puede afirmar que el porcentaje de cobertura de aseguramiento en el municipio de Caldas, es superior para todos los años a aquellos correspondientes a las escalas metropolitana y departamental, tal y como lo presenta el Gráfico 7.

**Gráfico 7. Porcentaje de cobertura de aseguramiento al SGSSS. Caldas.2007-2013. Comparativo**



Fuente: Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

## 8. ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

### 8.1. Morbilidad

El perfil de morbilidad del municipio de Caldas, proveniente del servicio de consulta externa, muestra un alto porcentaje de consultas provenientes de la población urbana; se observa una consulta significativa por parte del género femenino y es notorio el incremento en la frecuencia de consulta de los grupos de 45 a 59 años y mayores de 60 años. Por otro lado, se resalta la fuerte disminución de la frecuencia de consulta para los menores de 1 año, los niños de 1 a 4 años y los niños hasta los 14 años. (Ver Tabla 4).

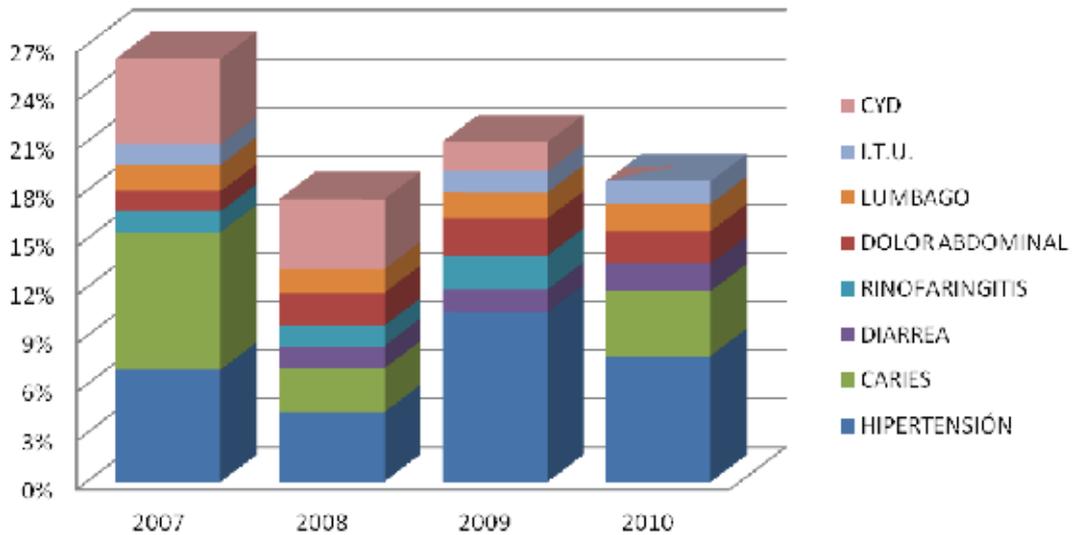
**Tabla 4: Consolidado morbilidad consultada. Consulta externa. Municipio de Caldas. 2007-2011**

MORBILIDAD CONSULTADA. CONSULTA EXTERNA. CALDAS 2007 - 2011					
VARIABLE	AÑO				
	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL	38934	11805	134775	120746	3430
URBANO	96,6%	96,3%	99,4%	98,4%	97,4%
RURAL	3,4%	3,7%	0,6%	1,6%	2,6%
HOMBRES	37,1%	39,7%	35,6%	35,7%	28,5%
MUJERES	62,9%	60,3%	64,4%	64,3%	71,5%
< 1 AÑO	9,3%	8,8%	9,6%	1,6%	0,7%
1 A 4	7,5%	5,2%	6,7%	5,5%	0,8%
5 A 14	5,3%	5,1%	6,1%	9,5%	1,0%
15 A 44	48,2%	45,9%	39,7%	43,7%	41,6%
45 A 59	23,2%	23,2%	25,0%	21,7%	32,4%
> 60	6,6%	11,9%	12,9%	17,8%	23,5%

**Fuente:** Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Al revisar las principales causas de consulta, la hipertensión arterial tiene los más altos porcentajes para toda la población. Seguido se encuentra la caries dental, las consultas derivadas del programa de crecimiento y desarrollo, y algunas enfermedades transmisibles. (Ver Gráfico 8).

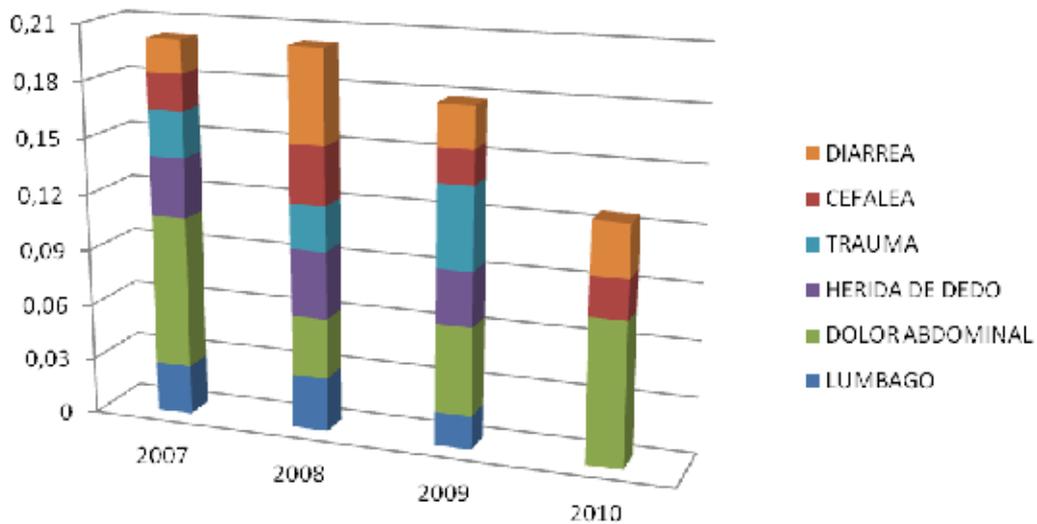
**Gráfico 8. Distribución porcentual principales causas de consulta externa.  
Caldas. 2007-2010**



**Fuente:** Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Las principales causas de consulta por el servicio de urgencias, incluyen como el principal motivo, el dolor abdominal no especificado. Así mismo, la diarrea y la cefalea aparecen como causas importantes de consulta para este servicio en el Municipio. (Ver Gráfico 9).

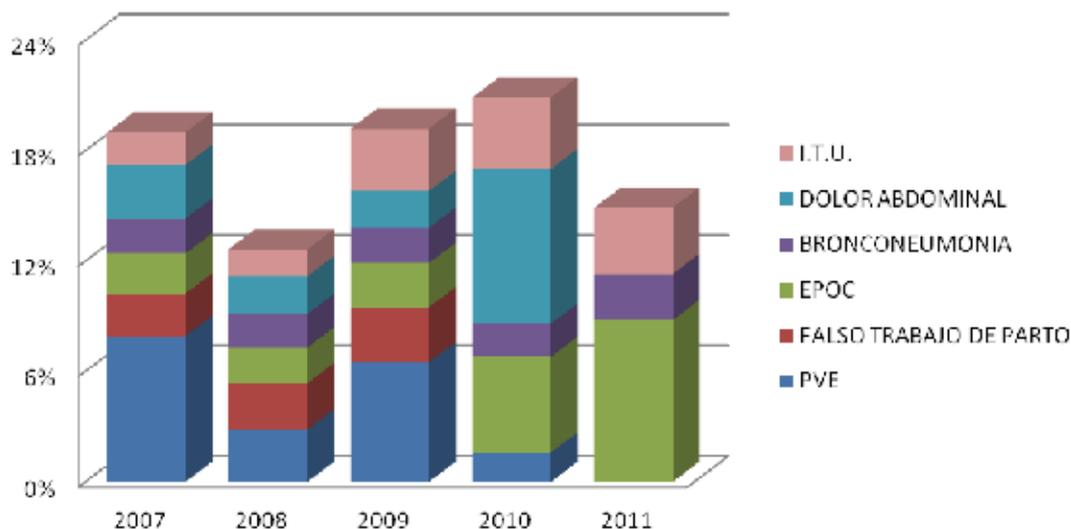
**Gráfico 9. Distribución porcentual principales causas de consulta urgencias.  
Caldas. 2007-2010**



**Fuente:** Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

En el perfil de morbilidad derivado del servicio de hospitalización, las causas relacionadas con la atención materna, han sido desplazadas por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las enfermedades transmisibles. (Ver Gráfico 10).

**Gráfico 10. Distribución porcentual principales causas de hospitalización. Caldas. 2007-2011**



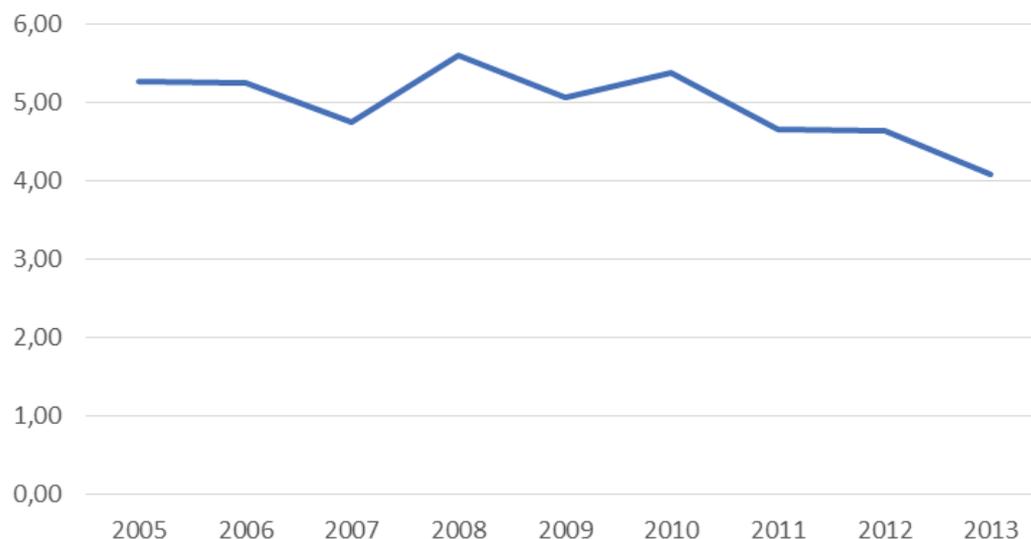
**Fuente:** Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

## 8.2. Cambios en la mortalidad

La esperanza de vida para el Municipio es de 77,2 años aproximadamente para el año 2013; se ha registrado una disminución en la mortalidad representada en un 7% menos que en el período 2007-2013. La tasa cruda de mortalidad para el año 2005 fue de 5.2 muertes por cada mil habitantes, y de 4.1 para el año 2013.

El comportamiento de la tasa cruda de mortalidad maneja ciertas similitudes con la del Valle de Aburra, contemplando en términos generales un descenso, aunque para los años 2008 y 2010 se presentaron bajos resultados. Es importante resaltar el 2013 como el año en el que la tasa de mortalidad disminuyó de manera más pronunciada para el Municipio. (Ver Gráfico 11).

**Gráfico 11. Tasas crudas de mortalidad.  
Caldas. 2005-2013**



**Fuente:** Observatorio Metropolitano de Información . Área Metropolitana del Valle de Aburrá

La tasa de mortalidad en el municipio de Caldas se encuentra por encima de los valores correspondientes al Valle de Aburra y el departamento de Antioquia, a excepción de los años 2007, 2009, 2012 y 2013, en los que el área metropolitana tuvo valores superiores. En términos generales, la tasa de mortalidad oscila entre 4,7 y 5,5, y en el año 2013 se evidenció una baja sustancial, llegando a 4,1. (Ver Tabla 5).

**Tabla 5. Tasa de mortalidad por mil habitantes.  
Caldas. 2005-2013**

	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	Tasa x mil habitantes																
Caldas	358	5,3	363	5,3	333	4,7	401	5,6	367	5,1	401	5,5	379	5,1	357	4,8	310	4,1
Valle de Aburrá	16080	4,9	16675	5,0	16621	4,9	17490	5,1	18345	5,2	18921	5,3	17910	5,0	17682	4,9	17241	4,7
Antioquia	27440	4,8	28087	4,9	27892	4,8	28741	4,9	29566	4,9	30388	5,0	28768	4,7	28544	4,6	27624	4,4

**Fuente:** Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

### 8.3. Mortalidad específica

Para el municipio de Caldas, el infarto agudo de miocardio es la causa, con la tasa más alta de mortalidad, en el que los homicidios encontraron el punto más alto con porcentaje de 84,59 por cada mil habitantes, a excepción del año 2009. A continuación se resumen algunas causas y sus tasas de mortalidad desde el año 2005 (Ver Tabla 6).

**Tabla 6: Tasa de mortalidad por causa. Caldas. 2005-2013**

Tasa por causa de mortalidad	2005	2007	2009	2011	2013
Mortalidad infantil en menores de 1 año	8,31	6,21	5,48	4,02	4,07
Mortalidad infantil en menores de 5 años	1,57	1,21	0,87	0,70	0,53
Mortalidad por cáncer de cuello uterino	11,68	8,48	5,50	2,67	7,82
Mortalidad por cáncer de mama	11,68	2,83	24,73	13,37	10,43
Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	0,00	17,22	0,00	0,00	0,00
Mortalidad por homicidio	66,18	39,98	84,59	49,95	36,85
Mortalidad por infarto agudo de miocardio	88,24	59,90	62,40	60,75	56,59
Mortalidad por suicidio	7,35	2,85	11,09	5,40	5,26
Mortalidad por tuberculosis pulmonar	1,47	1,43	2,77	2,70	0,00
Mortalidad por VIH-SIDA	4,41	4,28	2,77	5,40	0,00

**Fuente:** Observatorio Metropolitano de Información, Área Metropolitana del Valle de Aburrá

## 8.4. Coberturas en vacunación

Tabla 7: Cobertura de vacunación. Caldas. 2007-2013

Año	POLIO		DPT		BCG		HEPATITIS B		H.I.B		SRP		FIEBRE AMARILLA	
	3a. Dosis	%	3a. Dosis	%	Dosis Única	%	3a. Dosis	%	3a. Dosis	%	Dosis Única	%	Dosis Única	%
2007	1.029	91,5%	1.029	91,5%	1.772	157,7%	1.025	91,2%	1.026	91,3%	1.042	91,3%	1.041	91,2%
2008	897	80,3%	897	80,3%	1.537	137,6%	871	78,0%	897	80,3%	991	87,6%	993	87,8%
2009	873	78,3%	875	78,5%	769	69,0%	873	78,3%	875	78,5%	931	82,8%	914	81,2%
2010	887	77,7%	884	77,4%	594	52,0%	889	77,8%	887	77,7%	940	82,1%	824	72,0%
2011	702	64,6%	700	64,4%	609	56,0%	697	64,1%	699	64,3%	818	73,4%	818	73,4%
2012	769	88,1%	774	88,7%	628	71,9%	774	88,7%	775	88,8%	747	83,4%	754	84,2%
2013	673	79,4 %	673	79,4%	667	78,7%	673	79,4%	678	80,0%	717	80,0%	716	79,9%

**Fuente:** Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia..

Los porcentajes de cobertura en vacunación, muestran una disminución gradual entre 2007 y 2013, pasando de valores cercanos al 100% en 2007, a valores que oscilan entre el 78% y el 80% en 2013. Resalta así mismo, el año 2011 como aquel con menor cobertura de vacunación para todas las dosis, a excepción de la BCG y la Fiebre Amarilla. (Ver Tabla 7).

## 8.5. Principales eventos de interés en salud pública

En la Tabla 8 se resume el número de casos de algunos eventos de interés en salud pública en los últimos cinco años.

**Tabla 8: Consolidado eventos de interés en salud pública.  
Municipio de Caldas. 2007-2013**

COMPORTAMIENTO D EL NÚMERO DE CASOS DE ALGUNOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA. CALDAS. 2007-2013							
EVENTO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
VIH	8	7	13	3	18	6	12
PREVALENCIA VIH	0,063	0,072	0,089	0,092	0,115	0,08	0,158
SIFILIS CONGÉNITA	0	1	2	3	1	2	1
TUBERCULOSIS PULMONAR	9	13	13	7	19	22	7
INTENTO DE SUICIDIO		11	43	63	66	74	32
DENGUE	3	3	1	48	8	6	22

**Fuente:** Observatorio Metropolitano de Información. Área Metropolitana del Valle de Aburrá

## 9. DIAGNÓSTICO DE RED EN SALUD DEL MUNICIPIO

En el Municipio, según datos del análisis de situación de salud (ASIS) realizado por la Secretaría de Salud con corte a 2011, existen 48 IPS, y profesionales de la salud inscritos en el registro especial de prestadores. Las más destacadas adicionales al Hospital San Vicente de Paul por el volumen de pacientes y actividades son:

- IPS PROMEDAN: empresa de prestación de servicios de salud del nivel básico de atención que se especializa en la prestación de servicios de salud de primer y segundo nivel de atención.
- IPS Policlínico Sur
- IPS Comfamiliar, Camacol, Coodan
- IPS Centro Integral de salud Comfama

Básicamente, todas estas instituciones y profesionales de la salud realizan actividades ambulatorias del primer nivel de atención.

## 10. CONCLUSIONES

- El municipio de Caldas cuenta con la dependencia Secretaría Local de Salud y Sisben de Caldas para cumplir las competencias del sector salud, adicionalmente las relacionadas con la atención de grupos vulnerables y el componente de seguridad alimentaria. Es importante resaltar que tienen un porcentaje muy alto (88,5%) de funcionarios que realizan actividades misionales mediante contratos de prestación de servicios.
- En el tema de participación social, y de acuerdo con los lineamientos del decreto 1757 de 1994, la secretaria no ha conformado el Comité de Participación Comunitaria en Salud COPACOS.
- En Caldas no hay Empresa Social del Estado (ESE) de orden municipal. El Hospital San Vicente de Paul es de carácter departamental, lo que dificulta la articulación del sector salud en el territorio. El hospital cuenta con una sede de atención para todas las actividades de primer nivel relacionadas con los programas de promoción y prevención.
- Disminución de los grupos poblacionales menores de 14 años como consecuencia de la disminución de la fecundidad en la mayoría de grupos de mujeres en edad fértil y un incremento sostenido en la población mayor de 60 años. Situación que refleja la transición demográfica, aspecto que se está evidenciando en las poblaciones a nivel mundial.
- La cobertura del SGSSS en el Municipio es muy alta, superior al 90%, presenta coberturas estables en el régimen contributivo y en rural. Es el Municipio del Valle de Aburra con la población no asegurada más baja.
- En cuanto al perfil epidemiológico del Municipio, en el tema de morbilidad, el principal motivo de consulta para la población es la hipertensión arterial, el dolor abdominal, los trastornos dentales, y participación en los programas de crecimiento y desarrollo. Sin embargo, se encuentra un porcentaje importante de signos y síntomas mal definidos como causa de consulta, siendo esto un indicador de calidad que es necesario mejorar en la atención médica y en los sistemas de información.
- Se observa un aumento en la frecuencia de consultas por enfermedades crónicas no transmisibles (Hipertensión Arterial - HTA, Enfermedad Pulmular Obstructiva Crónica -EPOC) asociado al incremento de la expectativa de vida y la transición demográfica. De igual manera, en el perfil de mortalidad predominan las muertes por enfermedades isquémicas del corazón, , las muertes por causas externas, entre ellas, las agresiones y sus secuelas y las muertes por enfermedades del sistema respiratorio.

## RECOMENDACIONES

- Conformar y poner en operación en forma prioritaria el COPACOS dada la relevancia que tienen estas organizaciones en el desarrollo de los planes, programas y proyectos de salud en el Municipio.
- Evaluar en la estructura administrativa de la Secretaría Local de Salud y Sisben de Caldas las necesidades de recurso humano necesario para cumplir las competencias misionales del sector y realizar la gestión encaminada a la vinculación de los funcionarios que se requieren con el fin de mejorar la eficiencia y disminuir los riesgos jurídicos.
- Mejorar la articulación y la integración del sector salud en el territorio con estrategias que involucren todos los actores del sector especialmente la ESE Departamental, las EPS, IPS, y profesionales de la salud, con el fin de ejercer la rectoría de salud y fortalecer el componente de asistencia técnica desde la Secretaria hacia los actores.
- Formular planes y programas en salud, orientados a dar respuesta a los cambios demográficos y del perfil de morbilidad del Municipio, para impactar positivamente la calidad de vida y la salud de la población.

Implementar acciones que permitan reorganizar y mejorar los sistemas de información de la ESE y la Secretaría Local de Salud y Sisben, que permitan disponer de datos oportunos y confiables para la toma de decisiones.

- Fortalecer la estrategia de APS, según la reglamentación de la ley 1438 de 2011, para acercar las acciones de salud a la comunidad, con énfasis en promoción y prevención y facilitar la participación social, ajustado a los requerimientos actuales de la comunidad y de la prestación de servicios de salud, al perfil de morbilidad de la población y a la transición demográfica; con el propósito de que sea una estrategia que articule los actores y desarrolle el trabajo de cada una de las líneas priorizadas para hacer una adecuada gestión del riesgo en salud y de esta manera mejorar los indicadores.

## **CAPÍTULO 2 DOCUMENTACIÓN**

La documentación describe el desarrollo de la experiencia de la estrategia de la Atención Primaria en Salud en el Municipio de Caldas y puede dar cuenta solo de una mirada institucional. Esta documentación fue una construcción conjunta entre los profesionales, técnicos y auxiliares de la Secretaria Local de Salud y Sisbén del municipio.

## 1. INTRODUCCIÓN

En el municipio de Caldas la "Atención Primaria en Salud" (APS) comienza el proceso de planeación con el Plan de Desarrollo 2012 – 2015 "Unidos por Caldas", específicamente en la línea estratégica 4.3 "Unidos por una comunidad saludable", donde se plantea la implementación de acciones en salud pública, bajo la estrategia de "Atención Primaria en Salud" (APS).

A partir del año 2013, se inicia, bajo el modelo de APS, metodología propuesta por la "Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la intervención de cuatro de las veredas del Municipio: Salinas, Cardalito, La Miel y La Chuscala, con un total de 1330 familias programadas para el periodo 2013- 2015. Durante el año 2013 se intervinieron 402 familias, las cuales se les aplicaron la historia familiar, además de intervención psicológica y nutricional a las que lo requerían, se revisaron esquemas de vacunación, se brindó educación en salud oral y promoción de estilos de vida saludable. Para el año 2014 se logró intervenir 544 familias nuevas, para un total en el periodo 2013 – 2014, de 946 familias.

La estrategia APS en el Municipio, se compone de los programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia de los eventos de interés en salud pública para las familias priorizadas. Tiene como objetivos ampliar la cobertura de los servicios de salud, llegando a lugares donde la población tiene algún tipo de dificultad para hacerlo, disminuir las inequidades y barreras en salud, además priorizar acciones en los grupos expuestos a riesgos. La estrategia tiene también dentro de sus componentes, la educación en diferentes frentes como salud mental, salud sexual y reproductiva, nutrición, estilos de vida saludables, entre otros.

Dentro de la implementación de la estrategia en el Municipio, se evidencia debilidades en el componente de participación social en salud, el cual se debe fortalecer para lograr el empoderamiento de las personas hacia los procesos que se llevan a cabo en su comunidad.

La documentación de la Estrategia de APS es un instrumento mediante el cual el municipio de Caldas pretende plasmar las acciones que, en materia de APS, se vienen realizando en la comunidad, con el propósito de conservar la memoria institucional para los gobiernos futuros.

Este documento contiene la recopilación de experiencias obtenidas a partir de la implementación, a lo largo de estos años, en el municipio de Caldas. Se tomó información del "Análisis de Situación de Salud" (ASIS), para la caracterización del Municipio en su contexto territorial y demográfico, los cuales consisten en la descripción de las características físicas del Municipio y una descripción completa de todo lo concerniente a la dinámica poblacional.

Buena parte de la información se obtuvo a través de reuniones con el personal que ha laborado en la estrategia y de la documentación que se ha elaborado a partir de la implementación de la misma.

## 2. JUSTIFICACIÓN

La APS es una estrategia efectiva para mejorar la situación de salud de la comunidad caldense, determina que el sujeto principal de intervención es la población (barrios o veredas priorizadas) a la cual se le debe realizar un diagnóstico completo del nivel de salud y sus determinantes, para formular y ejecutar un plan de mejoramiento.

Para lograrlo, es necesaria la participación interdisciplinaria e identificación, a nivel familiar y personal, de formas de intervención que sean seguras, efectivas y viables en términos de costos, tecnología y aceptación por parte de los beneficiarios. Como es el caso de: intervenciones colectivas para la verificación del suministro de agua; intervenciones familiares para la consejería sobre el buen trato; y otras intervenciones de tipo personal, como las inmunizaciones, educación sobre hábitos saludables y autocuidado.

La sistematización de la estrategia APS para el municipio de Caldas se convierte en una herramienta que permitirá a los próximos gobiernos tener claro el comienzo de la implementación de la estrategia, la manera como se ha desarrollado, los lugares en los que se ha implementado y el impacto que ha tenido la estrategia en la comunidad.

## 3. OBJETIVOS

### 3.1. OBJETIVO GENERAL

Implementar el modelo de “Atención Primaria en Salud Renovada” (APSR), con enfoque familiar y de participación comunitaria, para el desarrollo humano; dirigido a la población rural más vulnerable del municipio de Caldas, Antioquia, con miras al mejoramiento de las condiciones de salud y de calidad de vida mediante actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y fomento del desarrollo humano según el plan de desarrollo municipal.

### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar el levantamiento de las historias familiares y diligenciamiento de la Historia Familiar de las comunidades priorizadas, a través de visitas que permitan hacer seguimiento a los planes de intervención y acción familiar basados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, acordes a las necesidades detectadas y sentidas por la comunidad.
- Realizar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, vigilancia de la salud pública y cuidado del ambiente, que permitan la canalización de la población a los servicios de salud.
- Realizar el monitoreo y análisis de la situación de salud, con participación de las comunidades en donde se desarrolla la estrategia APS, para que las acciones de salud pública sean pertinentes.
- Documentar el proceso de implementación de la estrategia de APS, de tal manera que sirva de base para la construcción de una política pública que garantice la continuidad de la misma en el municipio de Caldas, Antioquia.

## 4. METODOLOGÍA

Inicialmente se realizó una investigación documental, que consistió en la recolección, selección y análisis de la información que existe en el municipio de Caldas, sobre la implementación y ejecución de la APS a través del tiempo y hasta la fecha, con el fin de generar un documento escrito y consolidado de la estrategia en el Municipio.

La recolección de la información se obtuvo por medio de fuentes primarias a través de un grupo focal, en el que participaron 2 técnicas en salud pública y 1 Auxiliar de enfermería; quienes trabajaron como promotores de salud, desde los inicios de la estrategia en el Municipio, y se realizó una entrevista al Secretario de Salud, quien tiene la responsabilidad de dirigir la estrategia.

En cuanto a fuentes secundarias; se revisaron los registros de años anteriores, archivados en la Secretaría de Salud, de los cuales se encontró evidencia a partir del año 2013. Entre los registros revisados se cuentan: la Historia Familiar, los formatos de remisión a los programas y servicios tanto de las "Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud" (IPS) como a las dependencias del Municipio, las carpetas familiares, bases de datos diligenciadas en la hoja de cálculo Excel y en "Sistema de Información del Modelo de Atención Primaria en Salud" (SIMAPS). También, para la implementación de la estrategia de APS se utilizan diversas herramientas, entre ellas están: el manual de procesos y procedimientos para APS.

La metodología utilizada en el desarrollo del modelo fue participativa y prospectiva, en donde juega un papel preponderante la clasificación del riesgo de las familias y los planes de intervención según esta clasificación.

### 4.1. APS EN COLOMBIA

La APS, tiene una larga trayectoria en el país, desde que se lanzó la Estrategia en Alma Ata (1978), Colombia la introdujo en su sistema de salud. En este sentido, se organizó la infraestructura necesaria en términos de presupuesto, de recursos humanos y de políticas públicas en salud. Es importante resaltar que desde los años 60, en varios Municipios se habían desarrollado experiencias que, aunque no tenían dicha denominación, si estaban enfocadas en la filosofía del abordaje de los problemas de salud de la población desde una perspectiva social, es decir que sobrepasaba el enfoque sectorial; hecho que facilitaría la implementación de la APS dentro del sistema de salud.

En el proceso desarrollado en el país, se institucionalizaron mecanismos normativos para formalizar la APS, como es el caso de la Participación Comunitaria en Salud en 1989, y en el año siguiente se formuló la ley 10 que incluyó la concepción de multi-factorialidad en relación con la situación de salud y sus determinantes y se descentralizaron competencias a niveles sub-nacionales para dirigir y coordinar acciones sectoriales e intersectoriales; a la vez que se establecieron mecanismos de participación social y comunitaria en los procesos de gestión de la salud.

El proceso de descentralización por servicios, se remonta a la década de los ochenta con la cesión de rentas específicas a los departamentos y Municipios, seguido de la elección de alcaldes y las disposiciones orientadas a la planeación urbana. Este proceso descentralizador se afianzó por mandato constitucional en 1991.

Con la instauración en 1993 del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y la descentralización de competencias y recursos, el énfasis del sistema de salud colombiano, se centra en el aseguramiento para garantizar el “Plan Obligatorio de Salud” (POS), en sus versiones contributiva (POSC) subsidiada (POSS). Los contenidos de estos planes son individuales, con un componente de prevención; la responsabilidad de la provisión de servicios contenidos en los planes, se delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS), quienes detentan funciones de agencia, en cuanto la gestión de riesgos, mediante el aseguramiento en salud de la población.

La ejecución de las estrategias colectivas para la salud, se abordó inicialmente con el Plan de Atención Básica (PAB) el cual evolucionó hacia el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en el año 2007, derivado del Plan Nacional de Salud Pública en el cual se incorpora, entre otros enfoques, el de determinantes de la salud.

Con el proceso de descentralización de 1990 y el SGSSS de la ley 100/93 con agentes como aseguradores y prestadores, con ámbito de operación inter-regional y nacional, las acciones de salud pública y demás, no siempre lograron articularse a nivel territorial, en función de la identificación e intervención de los determinantes sociales de la salud y el acceso a los servicios.

A pesar de que en la ley 715 de 2001, se definió como función del Municipio: “Establecer la situación de salud en el Municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial”, la APS, no se incorporó como estrategia nacional. Su presencia y desarrollo tuvieron lugar a partir de iniciativas locales y/o de entidades específicas. (Ministerio de salud, 2012)

## 4.2. APS EN CALDAS

Los promotores de salud juegan un papel importante en los comienzos de la implementación de la estrategia APS en el Municipio, ya que a través de sus conocimientos y liderazgo dentro de la comunidad, lograban empoderar a las familias, capacitándolas en temas como el aseo personal, salud oral, alimentación sana, vacunación, entre otros.

Los promotores estuvieron aplicando la estrategia hasta aproximadamente el año 2007. A partir del año 2008 pasan a ser auxiliares o técnicos de salud pública certificados por el SENA.

Para la implementación de la estrategia se han tenido en cuenta los lineamientos de la “Dirección Seccional de Salud de Antioquia” ahora “Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia” (SSSPSA), la cual basó la propuesta en la Declaración de Alma Ata, lo que permitió el reconocimiento de la comunidad.

Las familias se han priorizado teniendo en cuenta las veredas con mayor problemática en el Municipio, desarrollando actividades como la entrevista familiar, que es la base para la realización del diagnóstico comunitario. Además de esto se ha brindado capacitación y actividades misionales en vacunación, nutrición y complementación alimentaria, asesoría en planificación familiar, tamizaje de agudeza visual, acompañamiento y asesoría en salud mental, en salud bucal, brigadas de salud, entre otras.

La estrategia se ha ejecutado a través de convenios interadministrativos entre la Administración Municipal y la ESE Hospital San Vicente de Paul, siendo este quien ejecuta todas las acciones desde la contratación del personal, visitas, brigadas, seguimiento y consolidación de los informes.

Para el cuatrienio 2012 – 2015 la estrategia APS quedó como un proyecto específico del Plan de Desarrollo Municipal dentro del componente salud, programa Atención Integral en Salud, lo que favorece la continuidad en los procesos y el fortalecimiento de la estrategia en su ejecución.

## 5. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

### Contexto territorial

#### Localización.

Caldas se encuentra localizado al sur del Valle de Aburra, rodeado de colinas y montañas que corresponden al relieve de la cordillera central de los Andes, sus tierras son regadas por numerosas corrientes de aguas entre las que sobresale el Río Aburra (conocido hoy como río Medellín), que lo atraviesa de sur a norte. Limita por el norte con los Municipios de Caldas, Sabaneta y Envigado, por el este con el Municipio de El Retiro, por el sur con los Municipios de Santa Bárbara y Fredonia, y por el oeste con los Municipios de Amaga y Angelópolis

El Municipio se ubica a 22 km de la capital Medellín y a una altura de 1.750 metros sobre el nivel del mar, con una temperatura promedio de 19 °C. Cuenta con una superficie de 133,40. km<sup>2</sup> de los cuales el 1,85 km<sup>2</sup> corresponde a la zona urbana y 131,55 km<sup>2</sup> a la rural. Este Municipio hace parte del proceso de conurbación del área metropolitana de la ciudad de Medellín. En esta localidad se encuentra el Alto de San Miguel, que es el sitio donde nace el río Medellín.

El acceso al Municipio se hace a través de la Carretera Medellín-Caldas, por la variante que se extiende desde la autopista sur hasta la vereda Primavera, en donde continúa por la troncal del Suroeste hacia los Municipios del sur del Departamento, y por la carretera Panamericana hacia el sur del país. El río Medellín es la principal corriente del Municipio y en él vierten sus aguas quebradas como : La Miel, que nace en La Romera; La Valeria, que nace en el alto del Romeral y la quebrada La Clara que nace en el alto de San Miguel y da origen al río Medellín. Como principales alturas se encuentran: Altos de Minas (2.650), Marvé y Chamuscado; La Romera (en límites con El Retiro, Envigado y Sabaneta) donde se encuentran los altos de San Miguel, San Antonio, Morro Gil, La Miel y Santa Isabel; La Cuchilla Romeral (en límites con Angelópolis), donde se encuentran los altos de Cardal, La Paja, Malpaso, La Lejía, El Raizal y El Roble.

Al sur del municipio de Caldas se encuentra la cordillera Chamuscado en límites con Fredonia y Santa Bárbara. En ella están ubicadas las alturas, alto de minas, Marvé y chamuscado. En la cordillera Romera que separa a Caldas de El Retiro, Envigado y Sabaneta, por el oriente, se encuentran el Alto

San Miguel, San Antonio, Morro Gil, La Miel y Santa Isabel. Por el occidente en la Cuchilla Romeral en límites con Angelópolis, se encuentran los Altos del Cardal, La Paja, Malpaso, La Lejía, El Raizal y El Roble. (Municipio de Caldas, 2014)

Desde la perspectiva normativa la división del territorio municipal obedece a condiciones de tipo administrativo con una alta incidencia financiera para efectos de inversión, que nada tienen que ver con la particularidad que los pobladores puedan establecer, es decir, la norma divide el territorio municipal en zona urbana y rural. En relación con la división intramunicipal Caldas se organiza así:

### **Zona urbana del municipio de Caldas.**

Está constituido por las áreas del territorio municipal destinadas a usos urbanos por el Esquema de Ordenamiento Territorial<sup>1</sup>.

En la cabecera municipal de Caldas se encuentran los siguientes barrios:

Barrios Unidos, Los Cerezos, Cristo Rey, Olaya Herrera, La Docena, La Inmaculada, Felipe Echavarría Numero 1, Felipe Echavarría Numero 2, La Chuscala, La Planta, Las Margaritas, La Acuarela y/o la Rivera, Zona Centro, Andalucía, El Socorro, Juan XXIII, Villa Capri, Fundadores, Centenario, Mandalay, La Playita, Bellavista, el Pombal, la Buena Esperanza, El Revenidero, 25 barrios en total. (Municipio de Caldas, 2014)

Los estratos que predominan en el Municipio son: 1, 2 y 3 y sus principales servicios de acueducto, alcantarillado y energía son prestados por Empresas Públicas de Medellín. (Plan de Desarrollo Municipio de Caldas, 2012)

---

1. Los usos urbanos son aquellos que corresponden a la vida en comunidad, con alta densidad e intensa interacción y que responden a funciones caracterizadas por actividades productivas, generalmente diversificadas, y actividades sociales de naturaleza predominantemente colectiva. Que cuenten con infraestructura vial, redes primarias de energía, acueducto y alcantarillado, servicios sociales, servicios complementarios, espacio público. Posibilitando su urbanización y edificación, según sea el caso.

**Tabla 1 .Distribución del Municipio de Caldas por barrios y veredas, 2013**

BARRIOS (24)	VEREDAS (19)
Barrios Unidos	Aguacatala
Los Cerezos	El Cano
Cristo Rey	La Raya
Olaya Herrera	Primavera
La Docena	La Corrala
La Inmaculada	La Miel
Felipe Echavarría No. 1	La Valeria
Felipe Echavarría No. 2	Potrerrillo
La Chuscala	La Maní de Cardal
La Planta	Sinifaná
Las Margaritas	Cardalito
La Acuarela y/o La Rivera	Salinas
Zona Centro	La Salada (ParteAlta)
Andalucía	La Salada(Parte Baja)
La Goretty	La Clara
El Socorro	La Quiebra
Juan XXIII	La Chuscala
Villa Capri	El Raizal
La Buena Esperanza	Minas
Fundadores	
Centenario	
Mandalay	
La Playita	
Bellavista	

**Fuente:** Plan de Desarrollo Municipio de Caldas 2012-2015

Zona rural del municipio de Caldas. El suelo rural lo constituyen los terrenos no aptos para el uso urbano, por razones de oportunidad, o por su destinación a usos agrícolas, ganaderos, forestales, de explotación de recursos naturales y actividades análogas. En el municipio de Caldas existen 19 veredas en la clasificación catastral y división política del Municipio, las cuales están comunicadas con el área urbana por carreteras secundarias en su mayoría pavimentadas. Las veredas que corresponden a esta caracterización son:

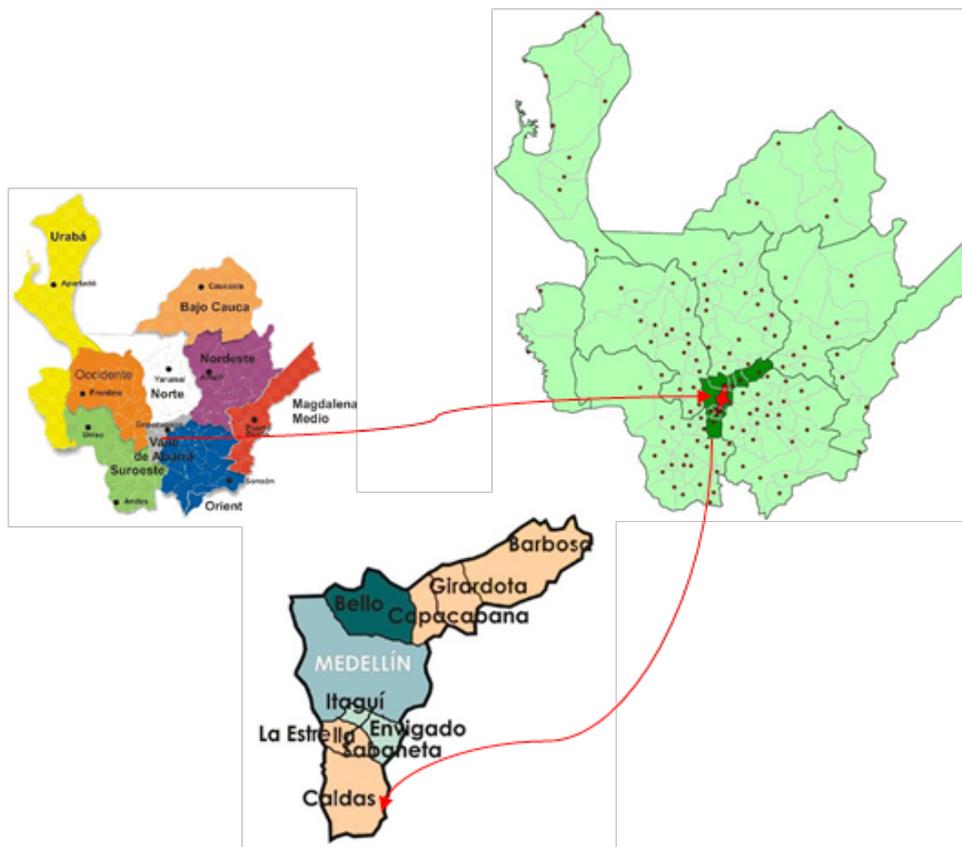
La Aguacatala, El Cano, Primavera, La Corrala, La Miel, La Valeria, Potrerrillo, La Maní de Cardal, Sinifaná, Cardalito, Salinas, La Salada parte alta, La Salada parte baja, La Clara, La Quiebra, La Chuscala, El Raizal, Minas, la Raya, 19 veredas en total.

Tabla 2 .Distribución del municipio de Caldas por extensión territorial y área de residencia, 2013

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
Caldas	1.85 km <sup>2</sup>	1,40%	133,15	98,60%	135	100%

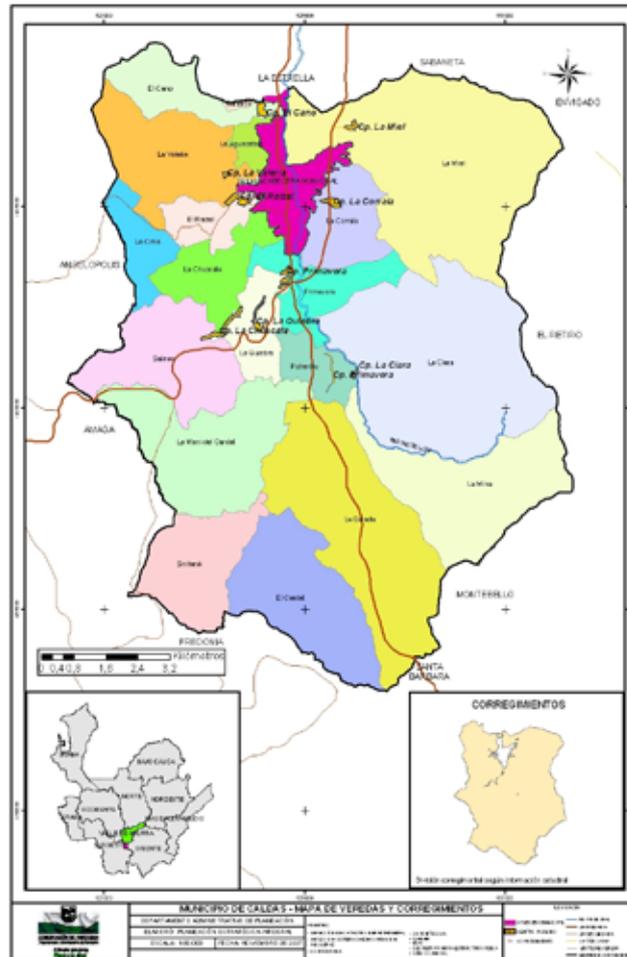
Fuente: Plan de Desarrollo Municipio de Caldas 2012-2015

Mapa 1. Límites Municipio de Caldas 2013



Fuente: Planeación Municipal de Caldas - Antioquia

## Mapa 2. División político administrativa Municipio de Caldas 2013



Fuente: Planeación Municipal de Caldas - Antioquia

### 5.1. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL TERRITORIO

#### 5.1.1. Contexto demográfico

La información contenida en este aparte, es un documento elaborado por la Secretaría Local de Salud del Municipio de Caldas, Antioquia, basado en la plantilla del Ministerio de Salud de Colombia.

**Población total.** El municipio de Caldas cuenta con 75.984 habitantes según proyección estimada DANE a Junio 30 de 2013, de los cuales el 49.5%, es decir, 37.627 personas son de sexo masculino y el otro 50.5% (38.357) son de sexo femenino. Con respecto al 2005 el Municipio ha tenido un aumento en la población del 11% aproximadamente, pasado de 67.994 a 75.984 habitantes. El comportamiento por sexo en 2005 es exactamente igual al de 2013, 49.5 y 50.5% respectivamente para hombres y mujeres, así: 33.687 hombres y 34.307 mujeres.

Aunque el crecimiento de la población es positivo, se puede observar como esa dinámica año tras año presenta tendencias a un crecimiento bajo.

**Densidad poblacional por kilómetro cuadrado.** El municipio de Caldas presenta una densidad poblacional de 563 habitantes por kilómetro cuadrado. Número que resulta del cociente entre la población estimada para el año 2013 y la extensión territorial del Municipio que es de 135 km<sup>2</sup>, de los cuales 133.15 km<sup>2</sup> pertenecen al área rural 1.85 km<sup>2</sup> del área urbana.

$$\text{Densidad} = \frac{75.984}{135} = 563 \text{ Hab./Km}^2$$

Población por área de residencia urbano/rural. El 78.5% de los habitantes reside en la zona urbana del Municipio (59.623), el 22% restante habita en la zona rural (16.361), según las proyecciones del DANE. La dinámica poblacional en el área rural del Municipio ha presentado variaciones (existen periodos de mayor crecimiento que otros). Estas variaciones probablemente obedecen a migraciones a causa de la violencia o a la posibilidad de acceder a mejores oportunidades en los campos académico y laboral.

**Tabla 3. Población por área de residencia Municipio de Caldas-Antioquia, 2013**

Municipio	Población cabecera municipal		Población resto		Población total	Grado de urbanización
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje		
Caldas	59,623	78,50%	16,361	21,50%	75,984	78,50%

**Fuente:** DANE-SISPRO-MSPS

**Grado de urbanización.** El municipio de Caldas tiene un grado de urbanización de 78.5%, lo que confirma que la mayoría de población que reside en el Municipio, lo hace en el casco urbano de la localidad. Solo el 21.5% se encuentra en el área rural del Municipio.

**Número de viviendas.** Según la base de datos del SISBEN III en el año 2013 hay 13.468 viviendas.

**Número de hogares.** Según la base de datos del SISBEN III en el año 2013 hay 13653 hogares.

**Población por pertenencia étnica.** El 0.008 % de la población residente en el municipio de Caldas está definido como indígena, el 0.002% es Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia, el 1.8% se auto reconoce como negra (raizal, palenquero, negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente), el 98.1% de la población se clasifica como población general según los datos presentados por el DANE y la ficha municipal del DNP.

**Tabla 4. Población por pertenencia étnica del Municipio de Caldas, 2013**

Pertenencia étnica	Total por pertenencia étnica	Porcentaje de la población pertenencia étnica
Indígena	66	0,08%
Rom (gitana)	0	0,00%
Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia	2	0,00%
Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o Afrodescendiente	1,392	1,80%
Ninguno de las anteriores	74,524	98,10%

**Fuente:** DANE-SISPRO-MSPS-Ficha municipal DNP

**Mapa de población por pertenencia étnica.** El municipio de Caldas no dispone de un mapa donde se identifique la ubicación de la población según su pertinencia étnica, se realizará la solicitud de su construcción a la secretaria de planeación del Municipio.

### 5.1.2. Estructura demográfica

La pirámide poblacional del municipio de Caldas corresponde a una pirámide constrictiva para el año 2013, la cual hace referencia a que el Municipio se encuentra en transición demográfica, es decir que pasa de altos a bajos niveles de natalidad y mortalidad y que es evidencia de mejoría de las condiciones de la población en términos de necesidades básicas satisfechas e indicadores generales de desarrollo que influyen directamente sobre la salud de la población del Municipio.

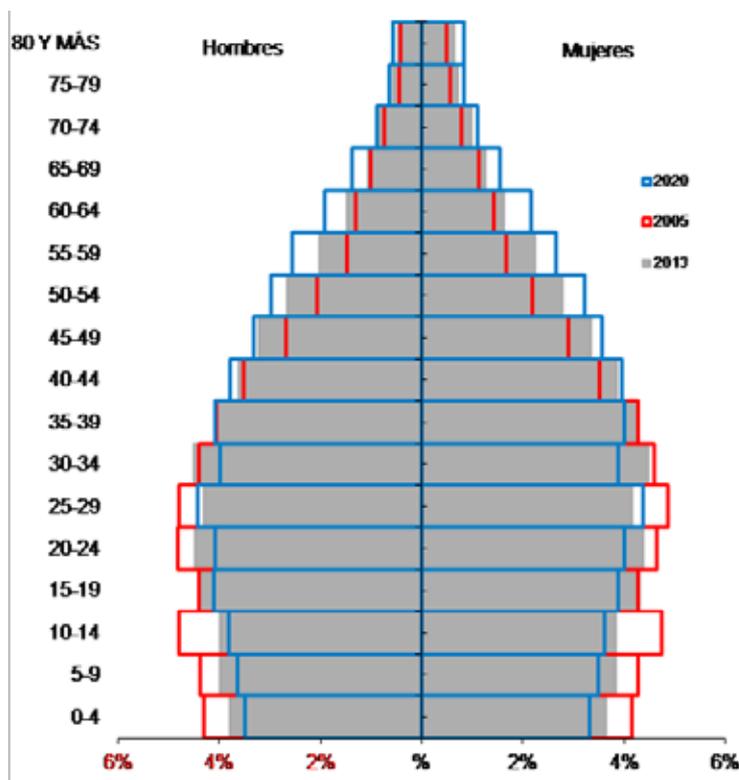
Se observa en la Figura 1 que durante los últimos 8 años a partir del año 2005 se ha incrementado el control de la natalidad, lo cual es reflejo de mejoría en las condiciones generales de la población; pues es reconocido que este aspecto es impactado por el incremento de la escolaridad, la inmersión de la mujer al mercado laboral y el espaciamiento en la fecundidad, reconocidos como factores que presentan los países desarrollados y que incrementan el producto interno bruto de una región.

Comparando el año 2005 con el año 2013, se puede observar en la Figura 2 que los grupos de edad de 0 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 20 a 24 y 25 a 29, hubo disminución poblacional en el año 2013 con respecto a 2005. En los grupos de edad de 40 a 44 hasta 80 y más, la población se incrementa con respecto al período 2005, mientras que los grupos de edad de 30 a 34 y 35 a 39 mantienen estable la población.

De lo anterior se puede concluir que la población joven ha venido en disminución desde el año 2005 al 2013 probablemente por los controles a la natalidad que se promueven a través de los programas de protección específica y detección temprana, pero también en parte por la violencia que azota a la población colombiana también en las ciudades, bien sea por las muertes violentas o por los desplazamientos que se presentan tanto por hechos violentos como por la búsqueda de oportunidades laborales y educativas y que en gran parte afecta a la población joven. En el año 2013, esto también se ve reflejado en que la población con edades superiores a los 44 años, va en aumento debido a que la población en edad media permaneció sin muchas variaciones y pasó a engrosar los grupos de edad desde 45 a 59 hasta los 80 y más; otro factor que influye es el mejoramiento en la calidad de vida.

Para 2020 se proyecta una disminución en los grupos de edad de población joven al igual que para 2013 y un incremento considerable de la población adulta a partir de los 34 años, reforzando así lo concluido anteriormente.

**Figura 1. Pirámide poblacional. Municipio de Caldas, 2005, 2013, 2020**



Fuente: DANE-SISPRO-MPS

**Población por grupo de edad.** La pirámide poblacional del municipio de Caldas es estacionaria y se espera que continúe siéndolo aunque paralelamente avance el proceso de envejecimiento de la población. La población en el municipio de Caldas tiene el siguiente comportamiento según los ciclos vitales:

La primera infancia (0 a 5 años), infancia (6 a 11 años) y Adolescencia (12 a 18 años) tienen un comportamiento similar y constante a través del tiempo lo que puede deberse al éxito de los programas de salud sexual y reproductiva, los tres ciclos tienen tendencia a la disminución según se puede observar en la Tabla 12; en el ciclo de juventud para el Municipio (14 a 26) como en el de adultez (17 a 59 años) y en el de personas mayores (60 años y más), se presentan incrementos, especialmente significativos en el ciclo de la adultez, diversos factores pueden influir en esta situación: la situación de violencia en los jóvenes, el mejoramiento de la calidad de vida y la migración de personas debido a las oportunidades que se encuentran en el Municipio o a desplazamiento forzado, además del envejecimiento de la población junto con la estabilización y control de los niveles de fecundidad y mortalidad.

**Tabla 5 .Proporción de la población por ciclo vital. Municipio de Caldas 2005, 2013 y 2020.**

Ciclo vital	2005		2013		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	6.870	10%	6.845	9%	6.742	8%
Infancia (6 a 11 años)	7.327	11%	7.107	9%	7.093	9%
Adolescencia (12 a 18 años)	8.609	13%	8.868	12%	8.959	11%
Juventud (14 a 26 años)	16.245	24%	17.160	23%	17.367	21%
Adultez ( 27 a 59 años)	29.281	43%	35.119	46%	38.836	47%
Persona mayor (60 años y más)	5.626	8%	7.385	10%	9.737	12%
Total	67.994	100%	75.984	100%	82.227	100%

**Fuente:** DANE-SISPRO-MPS

Corroborando la información anterior y observando por grupos de edad y sexo podemos evidenciar que la mayoría de población se encuentra entre 15 y 59 años de edad. Los grupos de edad que menos población tienen son mayores de 80 años y menores de un año.

La población de 60 a 79 años ha venido en aumento y para el 2020 se espera un considerable crecimiento. Lo contrario sucede con los grupos de edad de 1 a 4 años, de 5 a 14 años y de 15 a 24 años. Los grupos de edad de 25 a 34 y de 45 a 59 años van en aumento.

## 5.2. OTROS INDICADORES DEMOGRÁFICOS

**Razón hombre: mujer:** Representa la relación entre hombre y mujeres. Por cada 100 mujeres en el municipio de Caldas para el año 2013 existían 98 hombres. El valor de indicador se mantiene prácticamente constante entre el año 2005 y la proyección a 2020.

**Razón de niños: mujer:** Representa la relación entre niños y mujeres en edad fértil. En el municipio de Caldas, por cada 100 mujeres en edad reproductiva entre 15 a 49 años, habían 26 niños entre 0 y 4 años para el año 2013. Se espera que el indicador conserve su tendencia a disminuir en los próximos años tal como se ha venido presentando lentamente ya que en el año 2005 había 29 niños y niñas entre 0 y 4 años y para el año 2020 disminuirá hasta tener 25 niños y niñas entre 0 y 4 años. Lo que refleja impacto en las estrategias para controlar la natalidad en la población.

**Índice de infancia:** Representa la relación entre los menores de 15 años y la población total. En el año 2013, 23 de cada 100 personas de la población del municipio de Caldas correspondían a población menor de 14 años. Este indicador refleja una disminución poco significativa si se compara con la proyección al año 2020 ya que por cada 100 personas 21 corresponderá a población menor de 15 años, para el año 2005 este indicador correspondía a que por cada 100 personas 27 pertenecían a población menor de 15 años.

**Índice de juventud:** Representa la relación entre la cantidad de personas entre 15 y 29 años y la población total. 26 de cada 100 personas en el año 2013 pertenecían a población entre 15 y 29 años de edad. Este indicador también tiene tendencia a la disminución ya que pasa de 28 personas entre 15 y 29 años en 2005 a 25 personas entre 15 y 29 años para el 2020 con respecto al total de la población.

**Índice de vejez:** Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población total. En el año 2013 de cada 100 personas 7 son personas mayores de 65 años. Este indicador tiene una ligera tendencia al crecimiento, esperando para el 2020 que 8 de cada 100 personas sean mayores de 65 años.

**Índice de envejecimiento:** Representa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes. En 2013 por cada 100 niños menores de 15 años había 29 adultos mayores de 65 años. Se esperan 38 adultos mayores para 2020. Este indicador permite evidenciar el crecimiento en la población adulta, lo cual debe ser objeto de políticas públicas en el Municipio.

**Índice demográfico de dependencia:** Representa la relación entre la población menor de 15 y mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años. Por cada 100 personas en edad productiva en el año 2013, había 42 personas en edades inactivas. Se puede evidencia en la Tabla una disminución a través de los años en este indicador, lo que es positivo en términos socioeconómicos, dado que por cada 100 antioqueños en edad de trabajar se tienen menos niños o adultos dependientes.

**Índice dependencia infantil:** Representa la relación entre la población menor de 15 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2013, 33 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años y en el 2020 se espera 31.4 personas menores, la disminución de este índice (pasa de 45 a 37 de 2005 a 2013), es la que ocasiona que el índice de dependencia anterior baje y su

comportamiento es debido a la menor fecundidad que se está observando en los últimos años en el departamento.

**Índice de dependencia de mayores:** Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2013, 9 personas mayores de 65 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años. Hay tendencia al crecimiento de este indicador.

**Índice de friz:** La población del municipio de Caldas para el año 2013 se considera una población con tendencia al envejecimiento. Este índice representa la relación entre la población menor de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto a la población entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

Con respecto al año 2005 la razón de hombre/mujer continúa igual, 98 hombres por cada 100 mujeres. La relación niños/mujer, el índice de infancia y el índice de juventud disminuyeron en 2013 con respecto a 2005 y se proyecta continuar disminuyendo para 2020, lo que puede deberse al control de la natalidad que va haciendo efecto y se refleja en la pirámide poblacional. También van en disminución el índice demográfico de dependencia y el índice de dependencia infantil.

El índice de vejez y el índice de envejecimiento por el contrario, van en aumento.

### 5.2.1. Dinámica demográfica

**Tasa de Crecimiento Natural:** Para el municipio de Caldas en el año 2011 la tasa de crecimiento natural fue positiva (5.8), lo que significa que el número de muertes es menor al número de nacimientos que ocurren en el Municipio. Se observa un descenso en este indicador y se proyecta que continúe de la misma forma.

**Tasa Bruta de Natalidad:** En el municipio de Caldas para el año 2011 nacieron 10 niños por cada 1000 habitantes del Municipio. Es notable la disminución de este indicador revisando el período 2005 – 2011.

**Tasa Bruta de Mortalidad:** En el 2011 por cada 1000 habitantes del municipio de Caldas, murieron 4 personas por todas las causas registradas.

El municipio de Caldas presenta un número mayor de nacimientos que de defunciones, teniendo en cuenta que es un Municipio de referencia para la atención materno infantil

**Indicadores de la dinámica poblacional:** La tasa de fecundidad en el municipio de Caldas ha tenido un comportamiento variable en el rango de edad de 10 a 14 años, pasando de picos altos como en 2008 (4.14) a picos bajos como en 2006 (0.3). Se debe trabajar para que las jóvenes antes de ser madres tengan otros proyectos de vida, ya que a los años no han terminado sus estudios, y un hijo a esta edad cambia notablemente los proyectos a futuro.

En cuanto al rango de 15 a 19 años, el comportamiento es más alto y se ha comportado de manera más estable, sin embargo se evidencia una tendencia a la disminución a partir del año 2009.

## 6. MARCO NORMATIVO

### 6.1. A NIVEL INTERNACIONAL

La APS tiene una larga trayectoria en el país. Desde que se lanzó la Estrategia en Alma Ata (1978), Colombia la introdujo en su sistema de salud. En este sentido, se organizó la infraestructura necesaria en términos de presupuesto, de recursos humanos y de políticas públicas en salud. En este punto es importante resaltar que en el país ya desde los años 60 del siglo XX, en varios Municipios, se habían desarrollado experiencias que, aunque no tenían dicha denominación, si estaban enfocadas en la filosofía del abordaje de los problemas de salud de la población, desde una perspectiva social, es decir que sobrepasaba el enfoque sectorial; hecho que facilitaría la implementación de la APS dentro del sistema de salud.

Sin embargo, para la institucionalidad del Estado de la época, y especialmente 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, y particularmente, el contexto social, político y económico de los años ochenta. En el proceso histórico se identifican ideólogos y gestores convencidos de la estrategia, que pudieron vivenciar las bondades de conocer casa a casa las condiciones de salud, diversas y complejas de los grupos poblacionales en sus territorios. Pese a los obstáculos ideológicos, políticos y de financiamiento de las acciones de APS, los departamentos y Municipios – con mayor o menor grado de desarrollo–, se organizaron para implementar esta estrategia en el país, en el marco del antiguo sistema nacional de salud. (Horta, 2013)

Declaración de Alma - Ata 1978. El 12 de septiembre de 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata realizada en Kazajistán, proclamó una declaración de 10 puntos no vinculantes para los Estados miembros, cuyo objetivo fue la construcción de un nuevo sistema de salud que permitiera el ejercicio pleno del derecho a la salud y cuyo lema fue “Salud para todos en el año 2000”. Dentro de la declaración se proclamaron 10 puntos a tener en cuenta, ellos son:

1. Reafirma la salud como el total bienestar físico, social y mental, el cual es un derecho humano fundamental, que para su alcance requiere de la participación de otros sectores sociales y económicos en adición al sector salud.
2. Se promueve la igualdad en la calidad de salud de las personas
3. Desarrollo social y económico basado en el nuevo orden económico internacional para disminuir la brecha existente del nivel de salud entre los países desarrollados y no desarrollados
4. Participación social en la planeación e implementación del cuidado de salud en las comunidades
5. Garantizar por los Estados el cuidado de la salud de los individuos mediante la disposición de medidas sociales

- 6.** Define la Atención Primaria de salud como “la asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familia y comunidad; aun coste aceptable por la comunidad y el país para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo”
- 7.** La Atención Primaria de Salud debe prestar servicios promoción, prevención, recuperación y rehabilitación
- 8.** Formular políticas y planes de acción para iniciar y sostener la Atención primaria de Salud como un amplio sistema nacional de salud en coordinación con otros sectores
- 9.** Colaborar en el espíritu de sociedad y servicio para asegurar la Atención Primaria de Salud para todas las personas del mundo
- 10.** Extender y mejorar el uso de recursos económicos para la salud en el mundo (OMS, 1978)

Después de la proclamación de la declaración de Alma - Ata en el año 1978, la Organización Mundial de la Salud ha hecho el reconocimiento de la relación entre la salud y el desarrollo económico y social mediante la comisión de macroeconomía y salud y de la participación de los ciudadanos en las decisiones relacionadas con salud a través de foros de la sociedad civil y mesas de diálogo. Renovación de la APS – 2005.

## **6.2. A NIVEL NACIONAL**

En el proceso desarrollado en el país, se institucionalizaron mecanismos normativos para formalizar la APS, por ejemplo, en lo referido a la Participación Comunitaria en Salud, en el año 1989 y en el año siguiente, se formuló la ley 10 que incluyó la concepción de multi-factorialidad en relación con la situación de salud y sus determinantes y se descentralizaron competencias a niveles sub-nacionales para dirigir y coordinar acciones sectoriales e intersectoriales, a la vez que se establecieron mecanismos de participación social y comunitaria en los procesos de gestión de la salud”.

A pesar de que en la ley 715 de 2001, se definió como función del Municipio: “Establecer la situación de salud en el Municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial” (ley 715 de 2001, Presidencia de la República) la APS, no se incorporó como estrategia nacional. Su presencia y desarrollo tuvieron lugar a partir de iniciativas locales y/o de entidades específicas.

La ley 1122 de 2007, determinó que la salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

En desarrollo de la ley 1438, se debe elaborar el plan decenal de salud pública, en el marco de la estrategia de APS, el cual debe ser elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social

“...a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

En el capítulo 2 de la **Constitución Política de Colombia de 1991**, se hace referencia a los derechos sociales, económicos y culturales, a través del artículo servicios públicos a cargo del Estado.

Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. (Senado de la República, 2014)

**Ley 100 de 1993**, a través de la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral que tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

**Resolución 412 de febrero 25 de 2000:** Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

**Guías de Detección Temprana:** incluyen las alteraciones del desarrollo del menor de 10 años, las alteraciones del joven de 10 a 29 años, las alteraciones del embarazo, las alteraciones visuales y patologías oculares y la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años, cáncer de seno, cáncer de cuello uterino, y lesiones preneoplásicas de cuello uterino.

**Guías de Protección Específica:** incluye la guía para la vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones, guía para la protección específica de la caries y la enfermedad gingival, guía de atención del parto, guía para la atención del recién nacido y guía para la atención en planificación familiar en hombres y mujeres.

**Guías de Atención:** comprenden las enfermedades infecciosas como la tuberculosis pulmonar y extra pulmonar, meningitis meningocócica, lepra, malaria, dengue, leishmaniasis, fiebre amarilla y enfermedad de Chagas; enfermedades crónicas: hipertensión arterial, diabetes Mellitus tipo 1, diabetes Mellitus tipo 2 y complicaciones del embarazo: complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo y complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo.

**Resolución 3384 de diciembre de 2000:** Por la cual se modifica parcialmente la resolución 412 de febrero de 2000. Establece que las administradoras de los regímenes contributivo y subsidiado deberán

diseñar estrategias de prestación de servicios que garanticen el acceso de la población afiliada, con oportunidad y calidad, a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas y guías de atención.

**Ley 715 de diciembre 21 de 2001:** Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

**Ley 1122 de enero 9 de 2007:** Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (modifica la ley 100 de 1993), el artículo 32 hace referencia a la salud pública, el artículo 33 al Plan Nacional de Salud Pública, en el literal i) se plantean los modelos de atención tales como: salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria

**Ley 1438 del 19 de enero de 2011.** Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia APS permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. (Senado de la República, 2014)

### 6.3. A NIVEL LOCAL

Plan de Desarrollo Municipal “Unidos por Caldas 2012 – 2015”, línea estratégica 4.3 “Unidos por una comunidad saludable”, se planteó la implementación de acciones en salud pública, bajo la estrategia de APS. (Ministerio de salud, 2014).

## 7. ESTRATEGIA EN EL TERRITORIO

### 7.1. Definición

El municipio de Caldas concibe APS como una estrategia para mejorar el acceso de la comunidad a los servicios de salud, especialmente los de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

### 7.2. Alcance

Durante el periodo 2013 – 2015, el municipio de Caldas espera llegar a 1330 familias a través de la estrategia APS, en las cuales se busca identificar en la comunidad los factores de riesgo, fortalecer sus factores protectores y el empoderamiento para el mejoramiento de las condiciones de salud.

### 7.3. Rectoría y planeación

En el Plan de Desarrollo 2012 – 2015 “Unidos por Caldas”, específicamente en la línea estratégica 4.3 “Unidos por una comunidad saludable”, se plantea la implementación de acciones en salud pública, bajo la estrategia de APS.

Igualmente en el Plan de Salud Territorial 2012 – 2015, dentro del eje programático de salud pública, se definieron las acciones a realizar por el Municipio, en el marco de la promoción de la salud y calidad de vida, prevención de los riesgos y acciones de vigilancia en salud pública.

A partir del año 2013, se incluyó en el Plan Operativo Anual de salud pública, acciones bajo la estrategia APS, las cuales han sido aprobadas en cada vigencia por el Consejo de Gobierno del municipio de Caldas.

### 7.4. Enfoques

La estrategia APS en el Municipio, está basada en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública, con un enfoque familiar y diferencial de la población.

### 7.5. Estructura para el funcionamiento: equipos básicos, funciones

El desarrollo de la estrategia se da a través de un contrato interadministrativo con la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caldas, quienes tienen a su cargo el equipo interdisciplinario para la ejecución de las actividades programadas por la Secretaría de Salud.

El equipo está conformado por el siguiente personal:

- Un coordinador de la estrategia (profesional en salud o ciencias sociales)
- 3 técnicos en salud (auxiliar de enfermería o en salud pública)
- Un digitador
- 2 profesionales en psicología
- Un profesional en nutrición
- Una higienista oral

Las funciones definidas en el Municipio, para cada uno de los integrantes del equipo, se relacionan en la siguiente Tabla:

**Tabla 6. Funciones del equipo APS del Municipio de Caldas.**

INTEGRANTE	FUNCIONES
Secretario de Salud	Asignar el presupuesto para cada vigencia Definir las directrices para la implementación y sostenibilidad de la estrategia en el Municipio
Coordinador	Planear y hacer seguimiento a las actividades a realizar en las comunidades objeto de la estrategia. Identificar y acompañar a las familias identificadas como de alto riesgo Elaborar y socializar los diagnósticos comunitarios Articular acciones con otros sectores del Municipio
Técnicos en salud	Realizar las visitas familiares y aplicar el instrumento definido para las mismas Elaborar y hacer seguimiento a los planes de acción definidos con las familias de riesgo
Digitador	Ingresar al software de APS, la información recolectada en las historias familiares.
Profesionales en psicología	Desarrollar intervenciones de salud mental y salud sexual y reproductiva, dirigidas a las familias con factores de riesgo y con los diferentes grupos de la comunidad
Profesional en nutrición	Desarrollar acciones de nutrición saludable, dirigidas a las familias con factores de riesgo y con los diferentes grupos de la comunidad
Higienista oral	Desarrollar acciones de salud oral, dirigidas a las familias con factores de riesgo y con los diferentes grupos de la comunidad

**Fuente:** Secretaría Local de Salud y Sisben de Caldas

## Criterios de selección

El municipio de Caldas, definió los siguientes criterios para la selección de la población a intervenir con la estrategia APS:

- Población con mayores necesidades básicas insatisfechas
- Comunidades ubicadas en la zona rural
- Vulnerabilidad económica y social

## Cobertura

Las veredas priorizadas para la implementación de la estrategia APS fueron Salinas, Cardalito, La Miel y La Chuscala con un total de 1330 familias programadas para el periodo 2013 – 2015

Durante el año 2013 se trabajó bajo la metodología propuesta por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, a través de la cual se intervinieron 402 familias

En el año 2014 se continuó con la metodología propuesta inicialmente, logrando intervenir 544 familias nuevas, para un total en el periodo 2013 – 2014, de 946 familias intervenidas. Ver Tabla 17.

**Tabla 7. Familias programadas e intervenidas en la estrategia APS. Periodo 2013 – 2015.**

VEREDA	PROGRAMADAS 2013-2015	INTERVENIDAS 2013	INTERVENIDAS 2014
CARDALITO	93	43	50
CHUSCALA VEREDA	614	175	236
LA MIEL	314	52	179
SALINAS	309	132	79
TOTAL	1330	402	544

**Fuente:** Base de datos del SISBEN, registros del software SIMAPS y @Stat-APS

## Población objeto (criterios de priorización en el territorio)

El municipio de Caldas definió que inicialmente se haría la intervención en 1330 familias de las veredas Salinas, Cardalito, La Miel y La Chuscala, en las cuales se identificó factores de vulnerabilidad económica y social.

En el año 2013 se inició con las familias identificadas como nivel 1 en la base de datos del SISBEN, y a partir del año 2014 se inició la intervención en el 100% de las familias de las veredas objeto.

## Ámbitos de acción (entornos)

La estrategia se desarrolla en 3 entornos: familiar, escolar y comunitario.

**Entorno familiar:** la familia es el eje central para la implementación de la estrategia en el Municipio. En ella se busca identificar los principales factores de riesgo a los que están expuestos y se brindan las herramientas para su control y fortalecimiento de los factores protectores, a través de visitas familiares donde se diligencia la historia familiar y visitas de seguimiento y acompañamiento.

**Entorno escolar:** teniendo en cuenta el diagnóstico comunitario, y el perfil epidemiológico del Municipio, se desarrollan actividades de educación en salud en las instituciones educativas de las veredas de la estrategia, dirigidos a los estudiantes, docentes, padres de familia y cuidadores.

**Entorno comunitario:** se promueven estilos de vida saludable y la cultura del autocuidado, en los diferentes grupos organizados de las veredas objeto de la estrategia.

## Prioridades (líneas de acción)

La estrategia de APS en el municipio de Caldas, está enmarcada en el Plan de Desarrollo 2012 – 2015 “Unidos por Caldas”, específicamente en la línea estratégica 4.3 “Unidos por una comunidad saludable”. Dentro de esta línea se tienen definidas acciones de salud pública, relacionadas con las siguientes prioridades:

- Visitas familiares
- Salud mental
- Salud sexual y reproductiva
- Nutrición
- Salud oral
- Programa Ampliado de Inmunizaciones
- Vigilancia a los eventos de interés en salud pública
- Prevención de enfermedades crónicas no transmisibles
- Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI

## Ruta de Atención

Para definir la ruta de atención en el municipio de Caldas, se tomó como referente la ruta metodológica propuesta en el año 2010 por la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, en el documento “Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia”, la cual propone cinco momentos a saber:

- Momento de aprestamiento
- Momento diagnóstico
- Momento reflexivo y analítico
- Momento conciliaciones y acuerdos
- Momento de planeación

Teniendo en cuenta la ruta anterior, la estrategia de APS del municipio de Caldas sólo presenta avances en los tres primeros momentos (aprestamiento, diagnóstico y reflexivo y analítico). A continuación se describen las acciones realizadas en dichos momentos:

• **Momento de aprestamiento:** De acuerdo a los “Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia” el momento de aprestamiento, “implica acciones para la sensibilización y promoción del modelo, desde el nivel central hacia alcaldes y actores municipales relacionados, así

como la concertación de voluntades políticas, la inclusión del modelo dentro de los planes municipales, una vez sea formulada la propuesta para la implementación, hasta la contratación del talento humano obedeciendo a los perfiles establecidos en los lineamientos departamentales”.

En el municipio de Caldas se inicia esta fase con la inclusión en el Plan de Desarrollo 2012 – 2015 “Unidos por Caldas” y en el Plan de Salud Territorial 2012 – 2015 “Unidos por una Comunidad Saludable”.

Igualmente se presentó la estrategia al Consejo de Gobierno, Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, Consejo Municipal de Política Social, Comité de Vigilancia Epidemiológica Municipal y Concejo Municipal.

En cada vigencia se incluyen acciones en el marco de la APS, en el Plan Operativo Anual Municipal, las cuales se contratan con la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caldas. En éste, se incluye la contratación del equipo básico.

• **Momento diagnóstico:** De acuerdo a los “Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia”, “el diagnóstico en el modelo de APS, inicia con procesos relacionados con el primer acercamiento del talento humano a las comunidades y Municipios, la sensibilización de actores y sectores relacionados con el modelo, la recolección de información de tipo cualitativo y cuantitativo que permita obtener un contexto municipal en base al cual se puedan establecer áreas prioritarias para la cobertura y la asignación de familias según normas de concentración y rendimiento para el trabajo de campo de los funcionarios APS, finalizando con el proceso de visitas domiciliaria”

Posterior a la contratación del equipo básico, y teniendo en cuenta lo que define el momento diagnóstico, se realizaron las siguientes actividades:

- Encuentros con los líderes comunitarios de las veredas priorizadas.
- Se identificaron los principales aspectos sociodemográficos y epidemiológicos del Municipio, así como las diferentes instituciones gubernamentales y de salud existentes en el territorio.
- Se seleccionaron las veredas objeto de la estrategia, de acuerdo a su vulnerabilidad económica y social.
- Se realizaron las visitas familiares, en las cuales se aplicó el instrumento definido por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (historia familiar)

• **Momento reflexivo y analítico:**

- Se ingresó la información en los aplicativos utilizados por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, para la consolidación de los datos capturados a través de la historia familiar.
- Se consolidaron los diagnósticos comunitarios de las veredas Cardalito y La Miel.
- Se priorizaron familias para la intervención por parte de los profesionales en psicología y nutrición, así como la intervención por parte de los auxiliares en enfermería y de salud oral.

## Componentes.

Las acciones centrales en las cuales se implementa la estrategia APS en el municipio de Caldas están relacionadas principalmente con la reorientación de servicios, las cuales incluye las visitas familiares

iniciales y de seguimiento, como puerta de entrada a los servicios de salud que se prestan en el Municipio. También incluye las acciones de educación en salud, la detección temprana y protección específica, así como la canalización a los servicios de salud, de la población en riesgo o susceptible.

En el marco de las acciones intersectoriales y la participación social y comunitaria, el Municipio se encuentra en un grado de desarrollo incipiente, puesto que sólo se han realizado acciones aisladas y puntuales.

## Sistema De Información y Comunicación

El sistema de información es un apoyo para la toma de decisiones que se traduce en la implementación de acciones de acuerdo a lo diagnosticado y a las necesidades encontradas en el territorio. Una adecuada gestión de la información, implica un manejo sistémico de la información, apropiados sistemas de información y una comunicación asertiva de la información encontrada.

SIMAPS. Software desarrollado por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia @Stat-APS. Software alquilado por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

## Recursos (financieros, humanos y logísticos)

A continuación se presenta el presupuesto asignado por el municipio de Caldas para la implementación de la estrategia APS:

**Tabla 8. Presupuesto APS Municipio de Caldas. Periodo 2013 – 2015**

AÑO	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSO HUMANO	LOGÍSTICA
2013	\$286.019.134	1 coordinador 4 psicólogos 6 auxiliares de enfermería 1 nutricionista 1 higienista oral 1 educador físico 1 digitador	Materiales  Transporte  Estrategia IEC: promoción de la lactancia materna, salud sexual y reproductiva, semana de la salud mental, prevención de lesiones por pólvora, salud oral.
2014	\$294.745.196	1 coordinador 4 psicólogos 6 auxiliares de enfermería 1 nutricionista 1 higienista oral 1 digitador	Materiales  Transporte  Estrategia IEC: promoción de la lactancia materna, salud sexual y reproductiva, semana de la salud mental, prevención de lesiones por pólvora, salud oral.
2015	\$ 252.000.000	1 coordinador 2 psicólogos 6 auxiliares de enfermería 1 nutricionista 1 higienista oral 1 educador físico 1 digitador	Materiales  Transporte  Estrategia IEC: promoción de la lactancia materna, nutrición saludable, salud sexual y reproductiva, semana de la salud mental, prevención de lesiones por pólvora, salud oral.

**Fuente:** Secretaría Local de Salud y Sisben de Caldas

## Indicadores

Se anexan los indicadores definidos por la Red Metropolitana de Salud.

**Tabla 9. Indicadores de Seguimiento a la Implementación de APS Municipio de Caldas. Periodo 2013 – 2015.**

NOMBRE DEL INDICADOR	DATOS REQUERIDOS	INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	DICIEMBRE 31 DE 2014	OBSERVACIÓN
Número de Familias a intervenir en 2012	Número de Familias a intervenir en 2012	Se describe el número de familias para iniciar su abordaje en 2012 y que consignaron en el Plan de Desarrollo o documento similar	0	
Número de Familias a intervenir en el cuatrienio 2012-2015	Número de Familias a intervenir en el cuatrienio 2012-2015	Se describe el número de familias que se pretenden intervenir entre 2012-2015 y que consignaron en el Plan de Desarrollo o documento similar	1330	
Presupuesto APS 2012 - 2015	En 2013: En 2014:	Consignar la cifra correspondiente al presupuesto ejecutado en la vigencia 2013 y 2014	2013: \$286.019.134  2014: \$294.745.196	
1. Número de equipos de APS	Nro. de Equipos de APS conformados y operando	Se consigna el número de equipos de APS conformados y que visitan las familias objeto	1	
2. % Avance cobertura de familias	Nro. de familias intervenidas / Nro. de familias planeadas para intervenir 2012-2015 x 100	Se consigna el número de familias que se intervinieron en terreno. Se consigna el número de familias planeadas para intervenir 2012-2015 x 100	71%	

NOMBRE DEL INDICADOR	DATOS REQUERIDOS	INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	DICIEMBRE 31 DE 2014	OBSERVACIÓN
3. % Avance implementación de la estrategia - APSR	Nro. de elementos de condiciones mínimas implementados / Nro. de elementos de condiciones mínimas definidos x 100	Se consigna el número de condiciones mínimas implementadas de la estrategia de APSR pactadas por los Secretarios de Salud	60%	Se llevan implementadas las condiciones mínimas 2, 3, 4, 8, 9 y 10.
4. % Desarrollo del Sistema de Información - Software APS	% Desarrollo del Sistema de Información	1. No Tiene Sistema de información para APS. Califica 0 2. Tiene algún tipo de Sistema de información para APS. Califica 30 3. El Sistema de información tiene desarrollo de Software específico para APS. Califica 60 4. El Sistema de información tiene desarrollo de Software específico para APS y cumple los requerimientos de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Califica 100	100	
5. % Avance en la Sistematización experiencias de APS	Nro. de elementos de Sistematización desarrollados / Nro. de elementos de Sistematización planeados x 100	1. Reuniones de trabajo acompañamiento para Documentación experiencia APS. Califica 40 2. Documento de la experiencia APS elaborado y entregado formalmente por el Municipio. Califica 80 3. Documento de Sistematización elaborado y publicado. Califica 100	40	

NOMBRE DEL INDICADOR	DATOS REQUERIDOS	INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	DICIEMBRE 31 DE 2014	OBSERVACIÓN
6. % Avance proyectos de Acuerdo / Otros	Nro. de elementos de gestión desarrollados / Nro. de gestión planeados x 100	1. Ajuste del proyecto de Acuerdo (Contenidos, Exposición de motivos, otros). Califica 30 2. Documento radicado por el Ejecutivo ante el Honorable Concejo Municipal. Califica 60 3. Acuerdo Municipal o Acto administrativo municipal que cumple el objetivo. Califica 100	0	
7. % Funcionarios objeto capacitados en APS	Nro. Funcionarios capacitados en APS / Nro. Funcionarios objeto de capacitación en APS x100	Se consigna el número de funcionarios que han sido capacitados en APS. Duración mínima de 40 horas. Se consigna el número de funcionarios objeto de capacitación en APS	73%	Se han capacitado 8 personas del equipo básico a través del convenio Red Metropolitana de Salud - REMES y el SENA: - 1 Coordinadora - 6 Auxiliares de enfermería - 1 Digitadora
8. Nro. Personas de la comunidad capacitadas en APS	Nro. de personas de la comunidad que han recibido capacitación en APS	Se consigna el número de personas de la comunidad que han recibido capacitación en APS. Duración mínima de la capacitación de 8 horas	0	
9. Nro. de Iniciativas de Red Lideradas o apoyadas	Nro. de Iniciativas de Red Lideradas o apoyadas por la Institución	Cuantificar la participación Institucional en las Iniciativas de Red, ya sea de líder o de apoyo	1	Pólvora

NOMBRE DEL INDICADOR	DATOS REQUERIDOS	INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	DICIEMBRE 31 DE 2014	OBSERVACIÓN
10. % Avance Participación Social en APS	% Desarrollo de mecanismos de Participación Social para la APSR	1. No cuenta con mecanismo desarrollado y maduro de Participación Social en APS. Califica 0 2. Cuenta con mecanismo escasamente desarrollado y maduro de Participación Social en APS. Califica 25 3. Cuenta con mecanismo medianamente desarrollado y maduro de Participación Social en APS. Califica 50 4. Cuenta con un mecanismo totalmente desarrollado y maduro de Participación Social en APS. Califica 100	0	

**Fuente:** Secretaría Local de Salud y Sisben de Caldas

## Resultados (Logros)

Los principales logros obtenidos con la implementación y ejecución de la estrategia APS en el municipio de Caldas, son los siguientes:

- Contribución al impacto en el periodo de los indicadores de Salud Pública tales como, mortalidad materno infantil, tasa de suicidio y embarazo en adolescentes.
- Aumento de cobertura de familias intervenidas para el periodo.
- Garantías en el acceso a los servicios de salud de los habitantes de las veredas priorizadas.
- Articulación de las acciones ejecutadas en los programas de Salud Pública de la Secretaria de Salud para el desarrollo de la estrategia.
- Capacitación del equipo básico a través del Convenio Área Metropolitana del Valle de Aburrá y el Sena
- Contribución al mantenimiento de las coberturas útiles de vacunación en el Municipio.

## CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES

### A Nivel de la Estrategia APSR

- La estrategia contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de la población más pobre y vulnerable, mediante la realización de acciones conjuntas de fomento de hábitos de vida saludables y prevención de la enfermedad.
- La estrategia APS integra los planes, programas y proyectos que tiene el Municipio para todos sus habitantes.
- Fortalece los procesos de organización y participación de las comunidades que son apoyadas en los procesos de identificación de soluciones a los problemas presentes en su entorno.
- Favorece espacios de concertación y articulación con las Empresas Promotoras de Salud (EPS) de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS) públicas y privadas, y las Empresas Sociales del Estado (E.S.E-Hospital) para observar el cumplimiento de las acciones de la demanda inducida generada por la estrategia APS.
- Garantiza el acceso de los habitantes de estas veredas a los servicios de salud, además permite que la oferta de los planes de beneficios en los distintos niveles de atención respondan a los problemas y necesidades de esta población.
- La coordinación intersectorial e interinstitucional de las diferentes acciones que se generan en pro del bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de esta población, permite generar un cambio en el desarrollo equitativo y sostenible del municipio de Caldas.

### A Nivel del Documento de APSR

La documentación de la estrategia de APS es un instrumento mediante el cual el municipio de Caldas pretende dar a conocer todas las acciones que en materia de APS, se vienen realizando con la comunidad y las experiencias significativas incluyendo las fortalezas y debilidades que ha tenido la implementación de la estrategia de APSR en el Municipio con el propósito de conservar la memoria institucional para los gobiernos futuro.

## NOTA ACLARATORIA

La información del Contexto Territorial y Contexto Demográfico contenida entre las páginas 43 a 53 de este documento, hace parte del Análisis de Situación de Salud (ASIS) del municipio de Caldas, documento elaborado por el personal de la Secretaría de Salud como parte de un requerimiento del Ministerio de Salud.

El documento puede encontrarse en la página web de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

## **CAPÍTULO 3: SISTEMATIZACIÓN**

## 1. PRESENTACIÓN

La sistematización de la estrategia Atención Primaria en Salud (APS) en el Municipio ha sido propuesta en el marco de la estrategia de la Red Metropolitana de Salud, como una apuesta del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, en alianza con la Institución Universitaria ESUMER y el municipio de Caldas – Secretaría de Salud; cuyo propósito es constituir un ejercicio de gestión del conocimiento que posibilite reflexionar sobre la práctica de atención primaria y reconocer elementos de análisis significativos en pro del enriquecimiento de la estrategia.

En el municipio de Caldas, Antioquia se cuenta con una estrategia de APS, que es utilizada para llegar a las familias más vulnerables del territorio, contribuyendo al mejoramiento de la salud del municipio, en especial de una unidad territorial seleccionada previamente, esto con el propósito de que las personas puedan acceder a los servicios desde su propia casa y/o vereda. Además, pretende mejorar el estado de salubridad de un sector territorial específico, involucrando la cobertura universal mediante actividades de Promoción y Prevención de la Salud, y en la realización de acciones de registro por parte del equipo técnico y profesional en salud

Para el desarrollo de este ejercicio ha sido importante el trabajo realizado previamente por el Municipio en el proceso de documentación el cual ha permitido aportar a la construcción del modelo en escena, el cual también ha contado con el aporte de actores importantes como las familias, las comunidades y el equipo técnico y administrativo.

La presente sistematización ha trabajado en tres vías, en un primer momento en la construcción del modelo propuesto, el cual contiene las visiones y lineamientos de diferentes entidades que en el área de la salud y en el modelo de APS, han brindado las herramientas que ha retomado o no el municipio de Caldas.

En un segundo momento, se construye el modelo propuesto y finalmente el modelo en escena, insumos que permiten hacer un comparativo para destacar las brechas entre un ejercicio y el otro, entendidas estas como aquellos elementos diferenciadores, ya sea faltantes o que suman a la construcción de las características específicas de cómo se desarrolla la estrategia en el Municipio. Finalmente se presentan los hallazgos finales los cuales dan cuenta de los elementos más significativos y hallazgos centrales encontrados en la ejecución de la estrategia APS.

Se espera con este documento motivar la discusión, la reflexión y el análisis de la estrategia de APS en el Municipio, así mismo la articulación y la integración de los diferentes actores involucrados en el proceso y la construcción de pilares para el mejoramiento de la estrategia en su conjunto.

## 2. METODOLOGÍA: SOBRE LA DOCUMENTACIÓN Y LA SISTEMATIZACIÓN

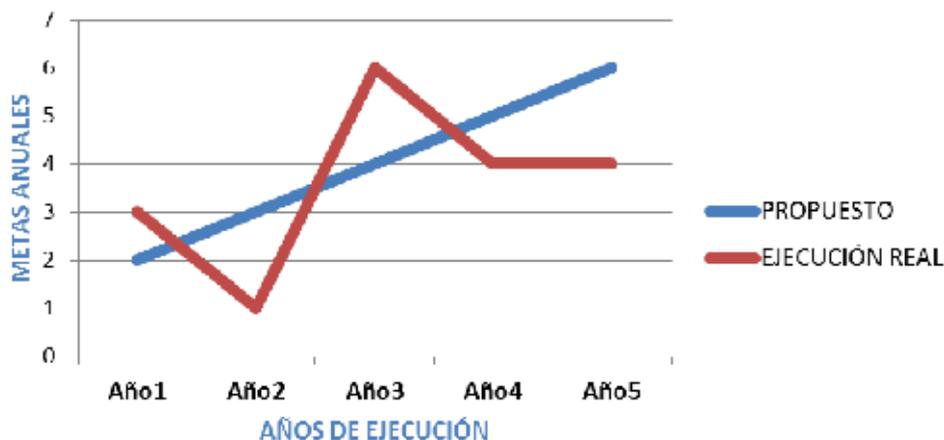
El desarrollo de una estrategia normalmente tiene dos miradas, la que se realiza a partir de los ideales del desarrollo de la estrategia, la cual normalmente viene dada por la orientación de los actores e instituciones proponentes y la otra mirada desde los actores que la ejecutan, llevan a cabo y se benefician de la misma.

Estas dos miradas normalmente no se corresponden de manera paralela, existe una discontinuidad entre las mismas, en tanto la ejecución corresponde a un contexto que requiere adaptaciones, unos actores que normalmente se encuentran en conflicto y un grupo de instituciones con intereses, que se juegan por éstos en un proceso de implementación.

En la gráfica a continuación se ilustra la manera en como normalmente se desarrollan las dos visiones de una estrategia, en términos de las metas que se espera se cumplan en los años de ejecución de la misma, la línea azul corresponde a la visión que tienen los visionarios, planeadores y proponentes de la estrategia, la cual es de carácter lineal y creciente en la mayoría de los casos, y la línea roja corresponde a la visión que tienen los actores ejecutores y beneficiarios de la estrategia la cual corresponde a una visión cíclica y con crisis en años de ejecución del proceso.

Por lo anterior, es que en los últimos años se ha vuelto necesario documentar y sistematizar las experiencias sociales y las vivencias comunitarias con una clara necesidad de comprender lo acontecido y darle sentido al desarrollo de la experiencia, pero así mismo en términos de generar, a través del proceso de investigación, conocimiento colectivo y útil para la gestión del cambio requerido en un proceso.

**Grafico 1: Visiones de Desarrollo de la Estrategia**



Fuente: Elaboración Propia

En un ejercicio por conocer los antecedentes de la sistematización en América Latina, Oscar Jara Holliday (2012), ubica los primeros ejercicios de sistematización en la década de 1970, en el interés de la región por construir una interpretación propia de sus procesos de cambio social y como posibilidad de construir teorías alternativas de las brindadas por los países desarrollados, es por tanto en este contexto de profundos cambios sociales, políticos e ideológicos que nace la sistematización como una posibilidad de reconceptualizar la realidad latinoamericana y dar claves hacia las necesidades de cambio.

Es en el contexto anterior en donde se da el inicio y primeros desarrollos de la práctica de sistematización, en gran parte articulada al desarrollo del profesional de trabajo social y al desarrollo de la educación popular, en la cual se hace un énfasis en dos premisas fundamentales, una primera, como una posibilidad de superar la separación entre práctica y teoría, y una segunda, como el cometido de recuperar la reflexión sobre la experiencia.

Desde miradas más recientes hemos de entender la sistematización como “una modalidad de conocimiento de carácter colectivo sobre unas prácticas de intervención y acción social que a partir del reconocimiento e interpretación crítica de los sentidos y lógicas que la constituyen, busca cualificarla y contribuir a la teorización del campo temático en el que se inscribe” (Torres, 1998, p. 3).

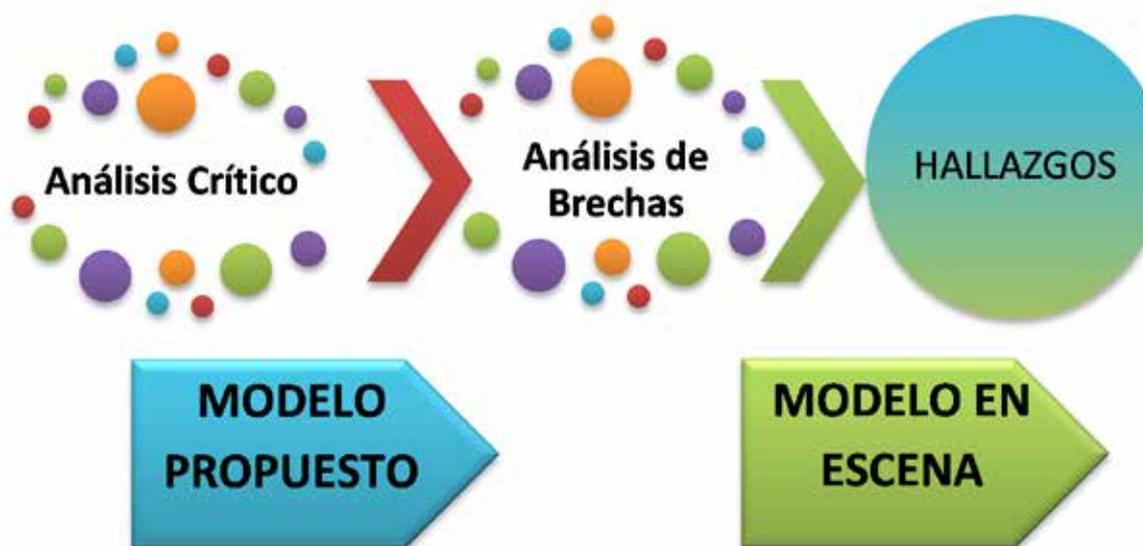
En el marco de lo anterior, nos enfocaremos en la sistematización de la práctica social o más conocida en la metodología de la investigación como la sistematización social de experiencias, en tanto que facilita el proceso de construcción de conocimiento y dado su enfoque participativo lo construye de manera colectiva con los actores involucrados en el proceso.

El centro de investigaciones de la Institución Universitaria Esumer, ha desarrollado una serie de sistematizaciones sociales, empresariales y territoriales, por lo que ha constituido un modelo de sistematización de experiencias, el cual se retoma para la presente sistematización en tanto permite de manera crítica, realizar un análisis de los momentos centrales del proyecto, como son:

- Modelo propuesto: Precisión conceptual, con el objetivo de hallar elementos transversales en el análisis
- Modelo en escena:
  - Análisis crítico que permite contrastar la conceptualización con el contexto del programa
  - Análisis de brechas desde lo conceptualizado o los propósitos del programa con los componentes y la ejecución dada en el proceso.
- Modelo a proponer: Modelación a partir de las conveniencias, contingencias, aciertos, hallazgos, y aprendizajes de los dos modelos anteriores.

Sin embargo y dado el alcance de la presente sistematización se tomaron los dos primeros modelos (propuesta y en escena) para hacer el ejercicio de sistematización, como se describe en el Figura 1: Modelo de Sistematización, allí se muestra como se realizó un primer Análisis Crítico de la Información general hallada de lineamientos de la estrategia de APS, lo que permitió esbozar el modelo propuesto, a partir de esta información y realizando igualmente un análisis crítico de lo encontrado en la realidad, entendida ésta como la mirada desde los actores ejecutores y la información encontrada de la experiencia se construyó el modelo en escena, a partir de allí, se realizó un análisis de brechas de lo encontrado entre un modelo y el otro, lo que permite dar cuenta finalmente de los principales hallazgos de la sistematización.

**Figura 1: Modelo De Sistematización**



**Fuente:** Elaboración Propia

Es importante mencionar que la sistematización estuvo enriquecida inicialmente con el proceso de documentación del desarrollo de la estrategia, el cual es un ejercicio desarrollado por el equipo de trabajo del Municipio, es por esto que se hace una distinción entre el proceso de documentación y sistematización.

Para hacer la distinción entre sistematización y documentación partamos por comprender que definiciones se tienen de la documentación, desde diferentes autores o referentes:

Según la Real Academia de la Lengua Española define el proceso de documentación como: "1. Acción y efecto de documentar. 2. Documento o conjunto de documentos, preferentemente de carácter oficial, que sirven para la identificación personal o para documentar o acreditar algo".

Desde un enfoque investigativo, el Centro Internacional de Agua Potable y Saneamiento de Polonia (IRC), define la documentación como:

"...una herramienta que ayuda al personal y a los actores del proyecto a rastrear cuidadosamente eventos significativos en sus intervenciones. Permite la reflexión y el análisis de dichos eventos con la finalidad de entender mejor qué es lo que está sucediendo, cómo está sucediendo y por qué estaría sucediendo" (Ton Schouten, 2007)

En el caso de la presente investigación entenderemos la documentación de experiencias como un ejercicio de recolección, consolidación y análisis de información pertinente, que pretende dar cuenta del desarrollo de la cotidianidad de un proyecto, programa, ejercicio o estrategia social, en la cual la información es ordenada, organizada y articulada de manera que permita identificar los elementos significativos de la experiencia y que contribuyan a la gestión de conocimiento institucional.

En la tabla a continuación se presentan las principales diferencias entre un ejercicio de documentación y sistematización:

**Tabla 1: Diferencias entre Sistematización y Documentación**

DOCUMENTACIÓN	SISTEMATIZACIÓN	DIFERENCIAS
La documentación da cuenta fiel del desarrollo de la experiencia	La documentación apoya la interpretación del desarrollo de la experiencia	La interpretación de la experiencia
Da cuenta del modelo en escena	Da cuenta del modelo propuesto, en escena y modelo a proponer	Incluye un ámbito más amplio de lo analizado

DOCUMENTACIÓN	SISTEMATIZACIÓN	DIFERENCIAS
Los datos estadísticos son importantes	Los datos estadísticos son fundamentales	Los datos estadísticos
La visión de los diferentes actores es opcional, puede dar cuenta solo de una mirada institucional	La visión de los diferentes actores es necesaria para dar cuenta de las diferentes miradas	El papel de los actores
Describe lo ejecutado, da cuenta de una parte del ciclo	Implica un proceso de retroalimentación entre lo planeado y lo ejecutado del ciclo de la experiencia	La retroalimentación del ciclo
Es un apoyo a la gestión colectiva del conocimiento	Se convierte en una herramienta de gestión colectiva de conocimiento	Gestión colectiva del conocimiento

**Fuente:** Elaboración propia

Es por lo anterior que la presente sistematización pretende apoyarse en un primer momento del proceso de documentación, lo cual permita hacer el análisis y la interpretación de la experiencia, que se presentará de forma organizada alrededor de los propósitos de la APS.

## 3. OBJETIVOS

### 3.1. General:

- Comprender la estrategia de la Atención Primaria en Salud Renovada -APSR- en el municipio de Caldas, Antioquia, a partir de la experiencia de los actores, poniendo en contraste el modelo propuesto y ejecutado para brindar orientaciones que sirvan de insumo en la construcción de acciones para su fortalecimiento en el área metropolitana del Valle de Aburrá.

### 3.2. Específicos:

- Identificar los elementos de ejecución de la APSR en el municipio de Caldas, Antioquia, mediante un proceso de documentación de los procesos y estructuras de intervención
- Reconocer los aspectos centrales de la experiencia de los actores participantes de la ejecución de la APSR en el municipio de Caldas, Antioquia.
- Identificar los elementos que acercan y alejan el desarrollo de la APS en el municipio de Caldas, Antioquia, respecto a lo propuesto en la normatividad internacional y nacional.

## 4. MODELO PROPUESTO - ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA

Desde los lineamientos de orden internacional y de las entidades directoras de la estrategia de APS, ésta es normalmente entendida desde cuatro miradas: 1. Asistencia sanitaria esencial, 2. Conjunto de valores, principios y enfoques, 3. Mecanismo mediante el cual los países y las áreas proveen mejor salud a las poblaciones y las personas, 4. Estrategia para la organización y la gestión del sistema de salud. Para esta investigación se asumirá la APS como una estrategia en la que se integran estas miradas, se complementan y el conjunto de las mismas son una descripción de lo que se ha pretendido desarrollar a nivel mundial.

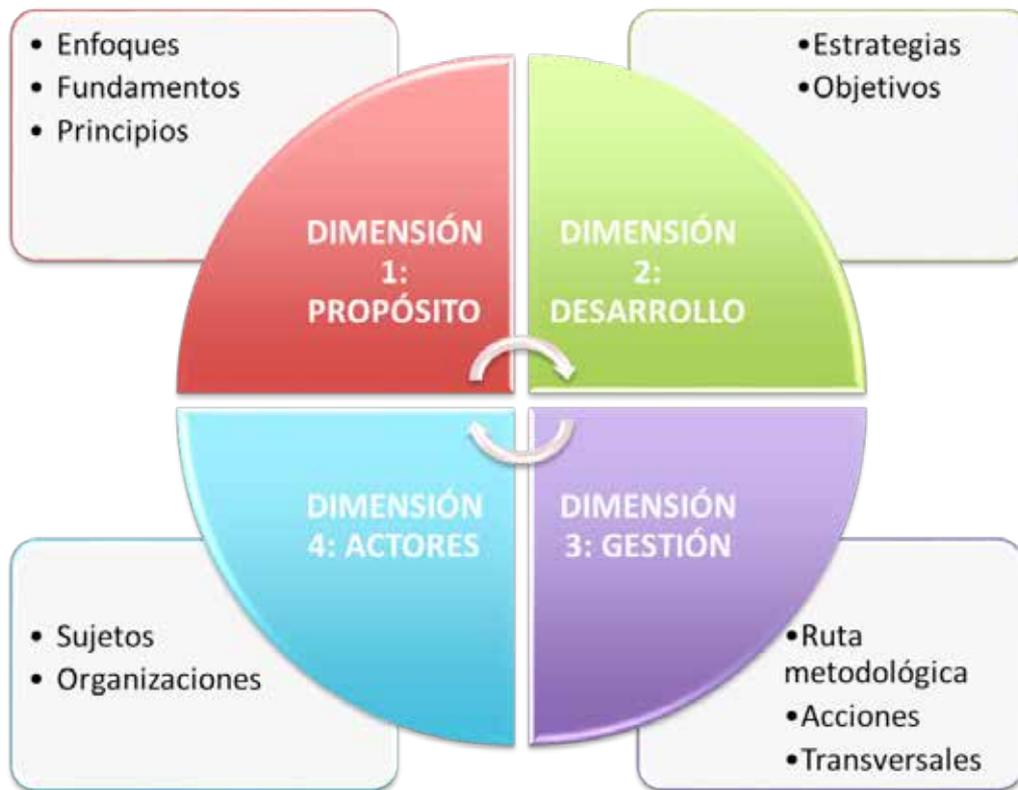
A partir de este enunciado, entender APS como una estrategia, implica comprenderla como un “todo” y como “parte”; desde un “todo” la estrategia se concibe como un conjunto de procesos en pro de la gestión de un cambio social, no es simplemente una acción significativa o innovadora, la estrategia es entendida en el sentido de finalidad.

Comprender la APS como una “parte”, ha llevado a que la estrategia sea abordada desde cuatro dimensiones conceptuales, las cuales permitirán disgregarla (sin perder el fin de la misma), por lo cual tienen un fin teórico y un fin práctico. Estas cuatro dimensiones, como se ilustra en la figura siguiente, son:

1. Dimensión de Propósito
2. Dimensión de Desarrollo
3. Dimensión de Gestión
4. Dimensión de Actores

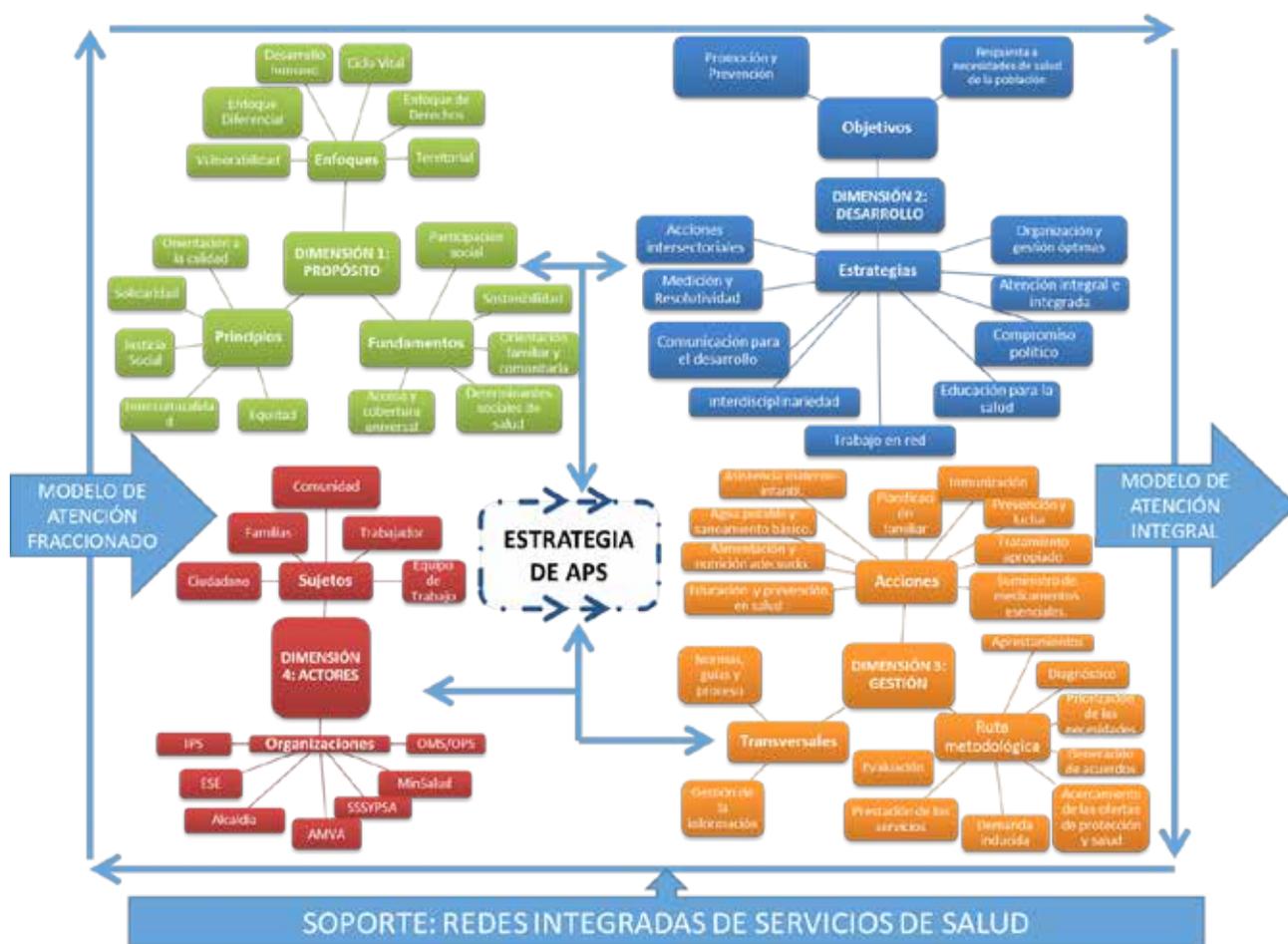
Estas dimensiones y sus respectivas categorías parten de los referentes internacionales, nacionales y locales para la creación y desarrollo de la estrategia APS definidos por: la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los cuales reorientaron la estrategia establecida APS hacia la "Atención Primaria en Salud Renovada" (APSR). En cuanto a los referentes nacionales se tuvo en cuenta lo estipulado en la Ley 100 de 1993, al igual que el Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y la Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Finalmente a nivel local se tuvo en cuenta los lineamientos de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSPSA).

**Figura 2: Estrategia de Atención Primaria En Salud- APS**



**Fuente:** Elaboración propia

Figura 3: Modelo Propuesto APS: Dimensiones, Categorías y Subcategorías



Fuente: Elaboración Propia

**IPS:** Institución Prestadora de Salud.

**ESE:** Empresa Social del Estado.

**AMVA:** Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

**SSSPSA:** Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

**MINSALUD:** Ministerio de Salud y Protección Social.

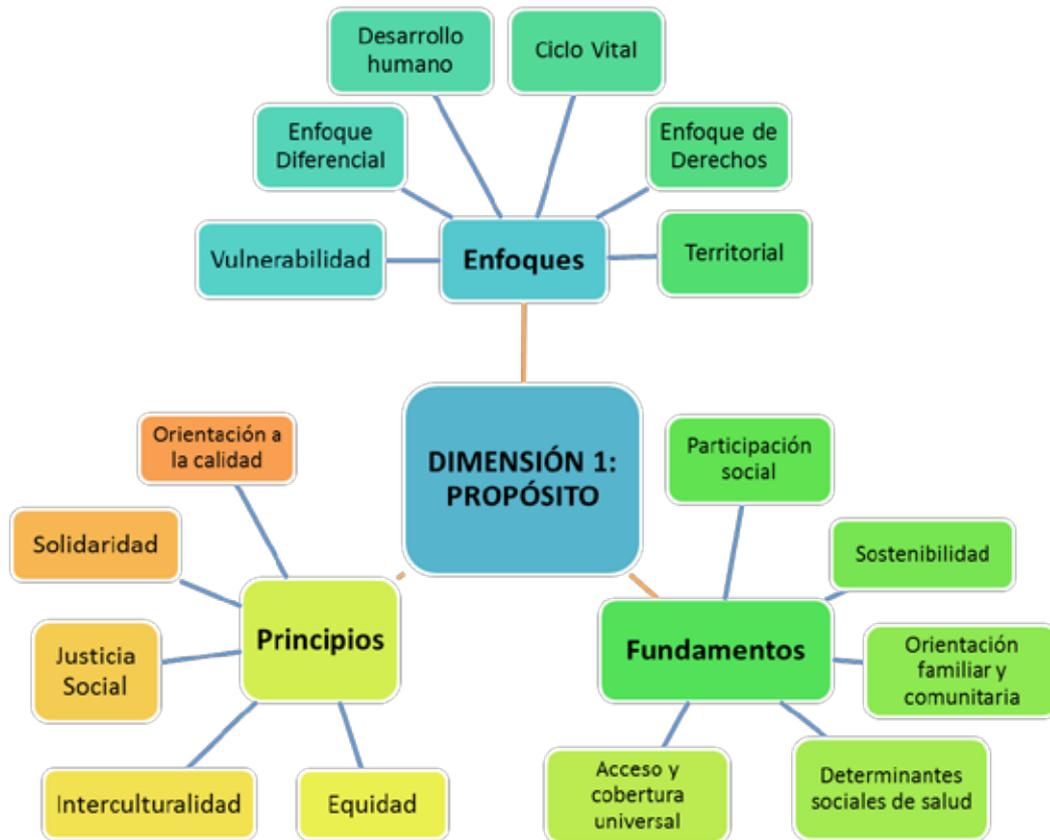
**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

## 4.1. DIMENSIÓN 1: PROPÓSITO

Es la razón de ser de la estrategia APSR y, como tal, el fin para el cual fue creada. Permite establecer la orientación misional y el alcance sobre el que se proyecta su implementación. En esta dimensión se determinan los enfoques, principios y fundamentos bajo los cuales se desarrolla la estrategia y sobre los que se dará cuenta del impacto generado con su implementación.

Figura 4: Dimensión 1: Propósito



Fuente: Elaboración Propia

### 4.1.1. Enfoques

El análisis de la estrategia APS en los municipios del Valle de Aburrá parte de un Enfoque de **Desarrollo Humano**, esta forma de ver el desarrollo se centra en ampliar las opciones que tienen las personas para llevar la vida que valoran, es decir, en aumentar el conjunto de cosas que las personas pueden ser y hacer en sus vidas. Así el desarrollo es mucho más que el crecimiento económico, este es solo un medio para expandir las opciones de la gente (PNUD, 2014).

Bajo este enfoque es importante garantizar el ambiente necesario para que las personas y los grupos humanos puedan desarrollar sus potencialidades y así llevar una vida creativa y productiva conforme con sus necesidades e intereses; donde a las personas se les potencializa la capacidad que tienen de transformar su entorno en aquello que ellas consideran necesario para alcanzar un mayor desarrollo, a partir de la garantía de sus derechos pero también en ejercicio de sus deberes; lo cual implica que las personas son “agentes” y no “pacientes” de los procesos de desarrollo. Es decir, que el individuo no es considerado como un ente pasivo que recibe ayuda, sino como un motor de generación y cambio de desarrollo y justicia social.

Un segundo elemento del enfoque de la estrategia APS y que va en vía del desarrollo humano, es priorizar los recursos hacia aquellas comunidades donde existen **Poblaciones Vulnerables**, las cuales por sus condiciones requieren mayores esfuerzos de las instancias y organizaciones públicas, privadas y sociales/comunitarias para garantizar el acceso a sus derechos, particularmente el de la salud.

Así mismo, se plantea el Enfoque Diferencial, el cual posee un doble significado: es a la vez un método de análisis y una guía para la acción; en el primer caso, emplea una lectura de la realidad que pretende hacer visibles las formas de discriminación contra aquellos grupos o pobladores considerados diferentes por una mayoría o por un grupo hegemónico. En el segundo caso, toma en cuenta dicho análisis para brindar adecuada atención y protección de los derechos de la población, (Naciones Unidas, 2014) garantizando el derecho a la salud cuando las necesidades de la población así lo requieran.

No obstante, en la aplicación de la estrategia APS también se tiene en cuenta otros dos elementos fundamentales como es el **Ciclo Vital**, el cual permite atender a la población según en el momento de vida en el cual se encuentre, dado que las necesidades de atención en salud para un niño son diferentes a las de un adulto o un adulto mayor, por ello es importante tener en cuenta estas diferencias, al momento de atender los determinantes de salud de la población acorde a su ciclo.

Por último y no menos importante se encuentra el **Enfoque Territorial**, donde el territorio se convierte un ente vivo producto de las interacciones sociales, económicas, políticas y culturales, donde el desarrollo parte de un proceso endógeno, cuyos ejes centrales son la movilización del potencial de desarrollo del territorio y la capacidad de la comunidad de liderar los procesos; donde el fortalecimiento del capital social (organizaciones de base) es fundamental para el logro de los objetivos que se traza la estrategia APS.

## 4.1.2. Fundamentos

La **Participación Social** se concibe como eje transversal, fundamentado en nociones del Estado de derecho consagrado a partir de la Constitución Política de Colombia de 1991, donde la participación ciudadana y el derecho a la salud, como derecho fundamental, son requisitos para lograr el desarrollo humano integral; es así, como las comunidades, las organizaciones sociales y otras formas de organización (públicas, privadas, mixtas y sociales/comunitarias de hecho y derecho), aportan en la identificación e intervención de la situación de salud ya sea en procesos de planeación o en la promoción y consolidación de factores protectores de esta; y como menciona la OPS “convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas” (2007).

Donde la **Orientación familiar y comunitaria** como lo menciona la OPS “supone que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica. Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública al hacer uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y decidir el orden de prioridad de las intervenciones. Se considera que la familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema” (2007).

Mientras que el **Acceso y la Cobertura Universal**, implica a la totalidad de los pobladores del Municipio, facilitar la provisión de servicios de salud, cuando las necesidades de la población así lo requieran, sin importar, sus condiciones de ciclo vital, estrato socioeconómico, lugar de residencia (urbano-rural), entre otros. Para lo cual es fundamental abordar cuales son los **Determinantes Sociales** de la Salud, donde ellos no solo obedecen únicamente a aspectos relacionados con la salud, sino que también “son las circunstancias (y entornos) en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.” (OMS, 1978.).

Así mismo, como la salud en Colombia es considerada un derecho fundamental, requiere que el sistema sea también Sostenible, para lo cual es indispensable una planificación estratégica que establezca los recursos (materiales, humanos, financieros, conocimiento, etc.) necesarios para llevar a cabo la estrategia, al igual que las acciones a realizar en el territorio que permitan la maximización de los recursos junto con los beneficios en materia de salud obtenidos por esta inversión. Así mismo, la estrategia APS requiere del compromiso político de largo aliento, no sólo por parte de los gobernantes, sino también por parte del mismo estado, que permitan el adecuado financiamiento de la estrategia en el mediano y largo plazo, para de esta forma garantizar el derecho a la salud a la población.

## 4.1.3. Principios

La **orientación a la calidad** se convierte en un principio rector de la estrategia APS y su aplicación en el territorio implica la utilización de métodos de mejora continua y gestión de la calidad en todos los niveles de aplicación de la estrategia; es así como: la planificación estratégica, la investigación operativa, la evaluación del desempeño, eficiencia, y la efectividad, y la seguridad de las intervenciones preventivas y curativas, son necesarias para asignar los recursos de manera adecuada, son fundamentales en todo el proceso, para responder a las necesidades actuales y futuras de la población en materia de salud.

Por otro lado es importante como principio de la APS la **Interculturalidad**; la cual permite reconocer la identidad y la autodeterminación de los pueblos con sus propios sistemas de salud; debido a su consideraciones de carácter étnico, identidad sexual y de género, entre otros; para que de esta forma pueda existir complementariedad entre la estrategia APS y dichos sistemas; lo anterior implica elementos de igualdad y equidad entre los diferentes grupos poblacionales que permiten el relacionamiento y convivencia armónica de todos los individuos en un territorio.

Esto supone que la estrategia APS está basada en el principio de equidad, que permitan direccionar la estrategia a las personas y poblaciones más vulnerable, contribuyendo así al cierre de brechas de desigualdad existente en la región, en especial en el acceso a los factores de salud, siempre bajo esquemas de Justicia Social, que implica que las políticas públicas realizadas por los entes nacionales, departamental y local, se encuentren enfocadas a toda la población, pero en especial la más vulnerable; mediante el diseño de políticas públicas concretas que permitan satisfacer las necesidades de las personas desfavorecidas; implicando la asignación de metas y recursos para cumplirlas, e incorporación de la sociedad para la planificación y el control del sistema de salud, que se traduzcan en acciones concretas para la mejora en los determinantes sociales de la salud.

Por último, se proyecta una estrategia APS basada en el principio de Solidaridad, que implica que todos los miembros de la sociedad trabajen por el derecho a la salud, donde esta estrategia sea integradora en todos los estamentos, de manera intersectorial e interinstitucional; al igual que el fomento de la participación comunitaria, donde la acción colectiva del conjunto de la sociedad genera sinergias positivas para la sostenibilidad del sistema y con ello generar soluciones más eficientes y eficaces a las necesidades que enfrenta la población.

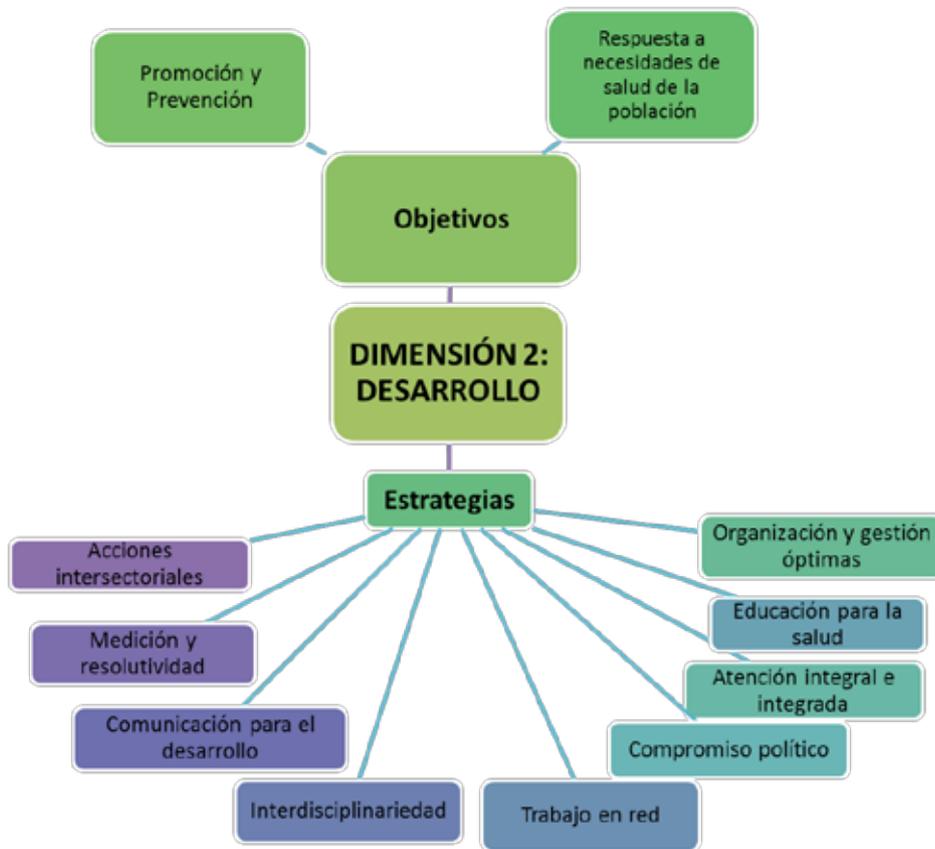
## 4.2. DIMENSIÓN 2: DESARROLLO

La dimensión Desarrollo está relacionada con los asuntos que refieren a las decisiones centrales de un proceso organizativo, por tanto refiere a los elementos contenidos en los objetivos y las estrategias de desarrolló.

Según Tejada:

*"Existen diferentes formas de establecer un modelo de gestión, lo genérico es que la definición del Plan de Desarrollo y su direccionamiento estratégico, requiere para su operativización de un modelo que permita desarrollar y medir, día a día, la manera como se acumula, en función de la sostenibilidad y el desarrollo del territorio. Es la plataforma básica del territorio, la manera como esta se orienta y se relaciona con el medio externo, como también la especificación interna de personas, acciones y recursos. El equilibrio requiere que las acciones materialicen la estrategia. Puede afirmarse que el Modelo de gestión es la instrumentalización y detalle del plan de desarrollo local" (2011, p. 18).*

Figura 5: Dimensión 2: Desarrollo



Fuente: Elaboración Propia

En esta dimensión se establecen dos categorías centrales: objetivos, y estrategias/programas, las cuales contienen once subcategorías, generando las pautas para la toma de decisiones centrales del proceso organizativo de la estrategia APS desarrollada en el territorio. A continuación se hará referencia a cada una de estas categorías y las subcategorías que la componen.

### 4.2.1. Objetivos

La estrategia APS tiene como objetivo dar **Respuestas a las Necesidades de Salud de la Población**, lo cual implica que los sistemas de salud deben desarrollarse de tal manera que puedan atender de forma integral a la población, tanto desde lo “objetivo” que se encuentra establecido por expertos y la normatividad dada dentro del mismo sistema, entre otros aspectos que lo definen; como desde lo “subjetivo”, es decir, dado por el sujeto ya sea de forma individual o colectiva (la comunidad), quienes demandan las actuaciones o necesidades puntuales de la población. En tal sentido, la estrategia APS debe ser estructurada de forma que permita la atención de tales necesidades de manera integral, para lo que debe basarse en los diagnósticos poblacionales del territorio, como insumo del diseño y la ejecución de la estrategia, teniendo en cuenta los factores diferenciadores en cada individuo, familia y comunidad donde se desarrolle la estrategia.

Así mismo, se establece el Énfasis en **Promoción y Prevención**, lo que es visto más allá de las actividades clínicas, esto es, el empoderamiento del individuo y la comunidad para hacerse cargo de su propia salud; es decir, que las personas también sean parte de la estrategia APS activamente, donde ellos posean las herramientas necesarias para afectar de forma positiva los determinantes de la salud.

### 4.2.2. Estrategias/Programas

Lo anterior implica la **Educación para la Salud**, dado que juega un papel preponderante en el accionar de la estrategia, ello conlleva una actuación más global que tenga en cuenta otros escenarios como el trabajo, la escuela y la comunidad, que sea sensibilizada y capacitada en los temas asociados al mantenimiento de la salud, igualmente implican un trabajo mancomunado para mejorar las condiciones en diferentes ámbitos, como el laboral, ambiental y socioeconómico.

Pero además, requiere **Compromiso Político** de todos los actores que hacen parte del sistema, como un acuerdo de voluntades entre los sujetos e instituciones, dado que no solo les garantiza los recursos físicos y financieros para su puesta en marcha, sino además, el acuerdo de voluntades de parte de los entes territoriales en pro de la estrategia; permitiendo una **Atención Integral e Integrada** que conlleva a que el paquete de servicios disponibles debe ser el adecuado para atender las necesidades de salud de las personas en el territorio, derivando que la estrategia APS debe contemplar varias actividades como programas P y P, autocuidado, saneamiento básico, políticas públicas en salud, planeación, entre otros. Como señala la OMS/OPS. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa (2007 p. 26).

Lo anterior exige del sistema una coordinación entre los actores que llevan a cabo la estrategia (públicos, privados y comunitarios), para lo cual requiere del sistema, “la atención integrada requiere el desarrollo de redes de servicios y de proveedores, sistemas de información y gestión apropiado, incentivo, políticas y procedimientos, así como la capacitación de los proveedores de salud, personal de apoyo y de los administradores (2007 p. 26).

Es así como la estrategia APS requiere también de prácticas de **Organización y Gestión Óptimas** que permitan la innovación para mejorar constantemente la provisión de atención de forma que sea segura,

cumpla las normas de calidad, ofrezca lugares de trabajo satisfactorios para los trabajadores de la salud y dé respuesta a las necesidades de los ciudadanos. Las buenas prácticas de gestión incluyen entre otras, la planificación estratégica, la investigación operativa y la evaluación del desempeño. (OPS, 2007).

Este proceso se lleva a cabo de manera más eficiente y eficaz mediante la realización de alianzas institucionales, de orden público (entre las mismas entidades que componen los gobiernos locales y regionales), privado y comunitario; aprovechando de esta forma las capacidades y fortalezas individuales de las instituciones, para ponerlas al servicio de la estrategia APS, dado que es el espacio lógico y apropiado para la colaboración, la inversión y la acción en pro del bienestar de la población.

La estrategia requiere de **Acciones Intersectoriales**, entendidas como las acciones emprendidas para abordar los principales determinantes de la salud, "creando sinergias entre el sector de la salud y otros sectores y actores, como las escuelas, los lugares de trabajo, los programas de desarrollo económico y urbano, la mercadotecnia y el desarrollo agrario, y la provisión de agua y saneamiento, entre otros" (OPS/OMS, 2007, p. 28).

Es así como la atención en salud, no es solo cuestión de los profesionales del área de la salud, sino de un equipo **Interdisciplinario** para atender los factores de riesgo asociados directamente a la salud, además de otros componentes como por ejemplo, la planeación y el desarrollo, los educativos, la cultura, la recreación, etc.; es decir, acciones conjuntas en pro del logro de mejores niveles de salud en el territorio.

Para la materialización de un proceso con estos atributos, se necesita del **Trabajo en Red** de todos los actores que se encuentran dentro y fuera del sistema de salud, lo cual reduce los problemas de fragmentación existentes dentro de este sistema, asociados principalmente a mayores costos económicos y sociales, poca eficiencia y efectividad del sistema de salud, la duplicidad de esfuerzos y con ello el desperdicio de recursos humanos, financieros y tecnológicos, entre otros, que restringen la efectividad de la aplicación de la estrategia APS.

En este mismo marco la **Comunicación para el Desarrollo** como un eje vertebral permite no solo un mejor diálogo entre los diversos actores que realizan o son beneficiarios de la aplicación, sino además, la misma construcción y puesta en marcha de la estrategia APS, pues permite identificar cuáles son las necesidades reales en salud de la población, así mismo, todo el proceso de evaluación y control de la misma. Igualmente, una adecuada estrategia de comunicación facilita el trabajo en equipo, la constitución de redes de los diferentes servicios que componen el sistema de salud, entre otros beneficios.

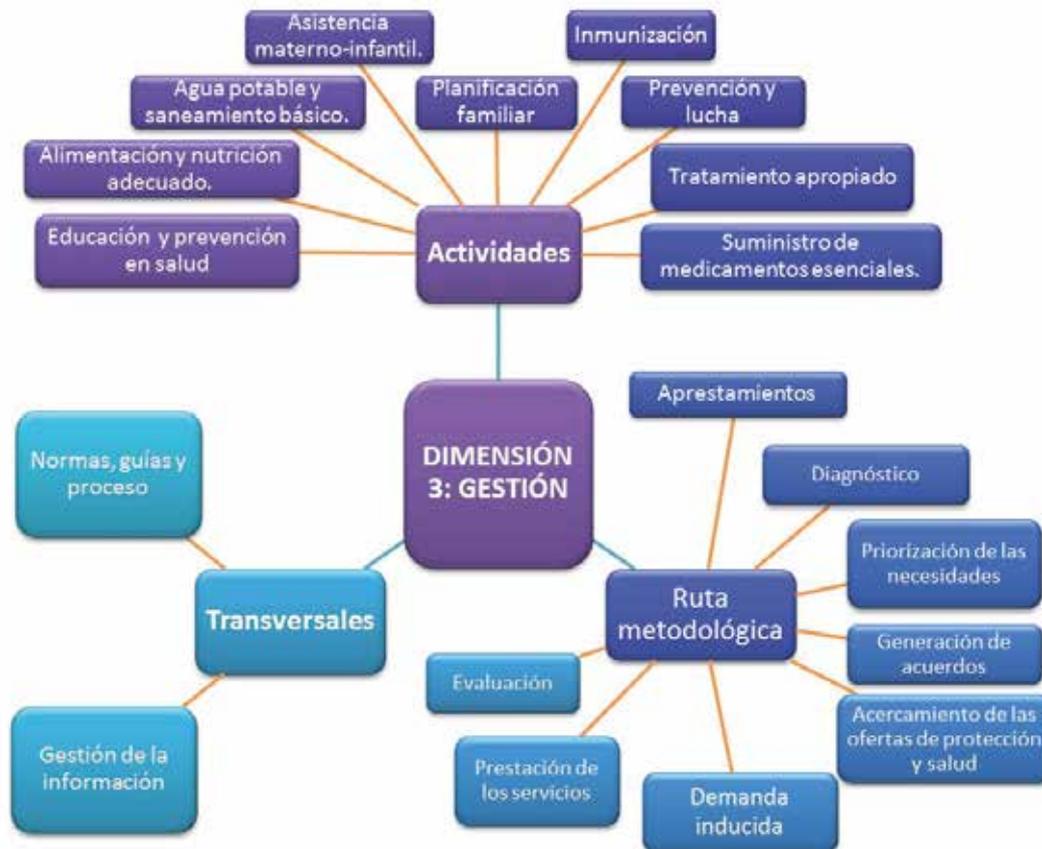
**La Medición y resolutiveidad** de la estrategia APS es fundamental como mecanismo de planeación de la estrategia, pues va más allá de las cifras y datos de personal atendido, dando cuenta de lo efectiva y eficaz que es la aplicación de la estrategia en el territorio.

### 4.3. DIMENSIÓN 3: GESTIÓN

La dimensión de gestión se refiere a la aplicación de la estrategia en el territorio, es decir, se opera lo planificado para lo que se define la ruta metodológica, las acciones y los componentes o elementos

transversales. Además de la ejecución de la estrategia, este proceso implica una revisión consciente y continua de la puesta en marcha de esta, verificando el cumplimiento de los objetivos planteados. Es importante tener en cuenta que si bien esta dimensión plantea al paso a paso a seguir, existe en la ejecución de la estrategia problemáticas y circunstancias coyunturales que requieren ajustes, dado que se pueden dar en la ruta metodológica o en las acciones, que pueden convertirse en cambios circunstanciales o permanentes en la aplicación de la estrategia, por parte de los encargados de llevarla a cabo, sean del orden directivo u operativo.

**Figura 6: Dimensión 3: Gestión**



Fuente: Elaboración Propia

### 4.3.1. Ruta Metodológica

La Ruta Metodológica da cuenta del camino común recomendado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y la SSSPSA encontrando como primer momento el **Aprestamiento**, entendido este como los momentos iniciales a la ejecución de la propuesta, y que implica realizar un proceso de análisis de los recursos que se tienen en el territorio para llevarla a cabo y la voluntad política o institucional por parte de las autoridades presentes en el territorio, además implica la concertación con los actores e instituciones claves presentes en el municipio a favor de disponer los recursos tanto financieros, físicos, humanos y comunicacionales para la ejecución de la propuesta.

Luego de ello se encuentra el momento **Diagnóstico** el cual refiere el reconocimiento en el municipio de los factores que directa e indirectamente están relacionados con las condiciones de salud, así como de los asuntos potencializadores de la salud. De igual forma da cuenta del conocimiento familiar, a través de herramientas como la historia familiar, la información estadística que tienen las entidades a través de sus programas, los proyectos y/o servicios, etc.

Seguidamente se da un momento denominado **Priorización de las Necesidades**, en el cual la estrategia debe dar cuenta de la selección de las áreas de cobertura, esto es si se selecciona territorios rurales y/o urbanos; así mismo se selecciona la totalidad de las familias o se priorizaran de acuerdo a diferentes criterios prestablecido. La priorización de las necesidades igualmente da cuenta de la forma en que se incluirán las familias y/o hogares, los ámbitos o entornos de trabajo y la forma en cómo se ejecutará la estrategia.

Con relación al momento denominado **Generación de Acuerdos**, se tiene que este corresponde a la validación de la información con familias, comunidades y actores organizacionales y políticos, donde se procede a ratificar las apuestas de la estrategia de acuerdo al diagnóstico realizado y la priorización de necesidades. Este momento sirve como un proceso comunicativo y así mismo de corrección de los asuntos definidos previamente, siendo un momento de articulación con los espacios de participación local presentes en cada municipio.

**Acercamiento de las ofertas de protección y salud.** Una vez se han logrado acuerdos con las actores y entidades del territorio se inicia una etapa de gestión de lo previamente planeado, en esta etapa de gestión es importante resaltar el trabajo que realiza el equipo de APS, el cual tiene bajo su responsabilidad la atención bajo los lineamientos y acuerdos previamente establecidos, en lo que refiere a la oferta de protección y salud, en los documentos presentados se define como uno de los momentos fundamentales el poder llevar a las familias, comunidades, ciudadanos y otros entornos de trabajo los diferentes programas, proyectos, servicios definidos para mejorar los condicionantes de salud y los sociales tanto los prestados por el equipo base de APS, normalmente articulados a las ESE e IPS, como a los prestados en el territorio por el ente municipal, departamental y nacional en lo que se refiere a lo público, así como entidades privadas o del tercer sector que coadyuven al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes.

**La Demanda Inducida** se presenta como otro momento de la ruta metodológica en tanto esta requiere que las familias se articulen a otras rutas establecidas por el sistema de salud presentes en el territorio y que no solo sea a través de la visita y en términos de jornadas especiales sino que las comunidades, familias y sus integrantes puedan llegar a las rutas establecidas por el sistema de salud y otros sistemas de apoyo.

**La prestación de los servicios** corresponde concretamente a los servicios de salud o sociales prestados por los equipos en campo y que llevan a la resolutivez de una necesidad o problemática encontrada en el territorio. Estos últimos tres momentos reseñados, se desarrollan a través de diferentes acciones estratégicas como pueden ser visitas familiares, brigadas de salud, encuentros formativos, visitas a lugares de estudio o trabajo entre otros.

Finalmente, se encuentra en el marco de la ruta metodológica la evaluación, que debe servir para la retroalimentación del ciclo completo de gestión. Esta **Evaluación**, según es definida por los diferentes lineamientos, debe dar cuenta de la ejecución de la estrategia desde los actores que participan en ella, tanto de los sujetos del acompañamiento como de los operadores de la misma.

### 4.3.2. Acciones

Las acciones que desarrolla la estrategia APS, están en gran medida determinadas por el alcance de los Objetivos del Milenio, así como por los organismos supranacionales y nacionales competentes en materia de salud como son la OMS, OPS, Ministerio de Salud, SSSPSA y los mismos municipios. Estas acciones son las siguientes:

- Educación y prevención en salud: Consiste en dar al individuo y las comunidades las capacidades necesarias para su autocuidado.
- Alimentación y nutrición adecuada: Permiten al individuo el desarrollo adecuado de sus actividades físicas y mentales diarias para un adecuado estado de salud, así como una alimentación y nutrición adecuada, que redunde en la disminución de los factores de riesgo en salud.
- Agua potable y saneamiento básico: Es uno de los factores claves para la prevención y protección de la salud, en razón que evita la aparición de enfermedades endémicas como la diarrea y el paludismo, procurando la conservación de la salud pública en el territorio.
- Asistencia materno-infantil: como expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aún constituye un grave tema de salud pública; la cual a través de intervenciones apropiadas y eficaces, en torno a una maternidad sin riesgo y nacimientos seguros, puede no sólo reducir la mortalidad y morbilidad, sino que se contribuye a la mejor condición de salud, calidad de vida y equidad.
- Planificación familiar: Entendida esta como el proceso de planeación de la familia, que permite a todos los miembros tener las condiciones sociales, psicológicas y económicas para asumir una paternidad y maternidad responsable.
- Inmunización principales enfermedades infecciosas: La aplicación del 100% de la población en el esquema de vacunación, permite no solo resguardar la salud del individuo de aquellas enfermedades prevenibles, sino también la conservación de la salud pública a nivel familiar y comunitario.
- Prevención y lucha: enfermedades endémicas locales: Las enfermedades endémicas son aquellas enfermedades infecciosas que afectan de forma permanente, o en determinados períodos, una región y que persiste durante un tiempo determinado, afectando un número importante de personas.
- Tratamiento apropiado: El proporcionar un tratamiento adecuado no solo garantiza la mejora a las necesidades de salud del individuo y la comunidad, sino además, la óptima utilización de los recursos del sistema de salud. Este debe ser enfocado al cuidado de la enfermedad, pero muy especialmente a la realización de otras acciones de promoción y prevención en salud, realizando intervenciones acorde a las necesidades de la población.

- **Suministro de medicamentos esenciales:** Se refiere a la entrega efectiva de los medicamentos en el momento oportuno para el tratamiento de la enfermedad, y que también sean de calidad y adecuados para ello.

### 4.3.3. Transversales

Son aquellos elementos del modelo que sirven de apoyo a la gestión de la estrategia, la presencia de estos ayuda a que la realización se dé acorde a las necesidades de la población y el entorno; así mismo, a que la ejecución de la estrategia sea más eficiente y efectiva.

Uno de los elementos transversales son las **Normas, Guías y Procesos** las cuales ayudan a realizar una gestión acorde a la planeación realizada y bajo los lineamientos y directrices definidas previamente. En ellas se intentan estandarizar los procesos definidos como esenciales en la aplicación de la estrategia APS en el territorio.

Un segundo elemento es la **Gestión de la Información**, el cual constituye un apoyo para la toma de decisiones y la definición de nuevas acciones de acuerdo a lo diagnosticado y a las necesidades encontradas en el territorio. Una adecuada gestión de la información implica un manejo sistémico de esta, teniendo que adecuados sistemas de información y una comunicación asertiva de los datos obtenidos sirven de insumo para la gestión del conocimiento en el marco de la ejecución de la APS.

## 4.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES

Los actores se pueden clasificar en Sujetos y Organizaciones Instituciones, donde los sujetos son participantes “activos o pasivos” de la estrategia, ya sea como ejecutores de la misma, beneficiarios o intermediarios. Aquí cada uno de ellos posee diversas expectativas, que generan lazos entre conceptos, actores sociales, discursos y prácticas alrededor de esta, pero también “rompimiento” de esos mismos aspectos.

Cabe señalar que los sujetos no son actores aislados, sino que están articulados a una institucionalidad como la familia, escuela o la comunidad, que desde su postura política, socioeconómica y cultural, posibilitan el mayor o menor éxito de la estrategia.

Así mismo, la existencia de entidades de carácter público, privadas y mixtas, que son las encargadas de la planificación y ejecución de la estrategia, hacen que se contrapongan sus propios intereses por el beneficio de la misma (lo ideal). Sin embargo, la lucha por “el poder” hace que el proceso de negociación sea constante, para viabilizar las acciones a seguir en pro del cumplimiento de los objetivos trazados.

Figura 7: Dimensión 4: Actores



Fuente: Elaboración Propia

#### 4.4.1. Sujetos

En la categoría Sujetos se agrupan dos tipos, en primer lugar se encuentra los beneficiarios de la estrategia APS que tienen un papel activo en ella, pues son los que informan cuáles son sus principales problemáticas en salud, siendo facilitadores en la aplicación de esta, dado que transmiten los conocimientos y multiplican las acciones que realiza la estrategia, participando en los procesos de negociación para que esta sea desarrollada en su territorio, en razón que son ellos quienes conocen los diversos actores y organizaciones que interactúan en él. Particularmente se reconocen cuatro tipos de sujeto a quien va dirigida la estrategia APS:

- **Ciudadano:** Todas las personas sujetas a derechos pero también a deberes, participes activos de la apuesta de la estrategia, y quienes deben ejercer mayor control sobre su propia salud, siendo esenciales para abordar la raíz de los determinantes sociales de la salud.
- **Familia:** Como núcleo central de la sociedad, es esencial para la identificación de los riesgos y la planificación y la intervención del sistema, dado que ellos tienen la capacidad de transmitir los

conocimientos y realizar las acciones concretas para transformar sus estilos de vida en pro de mejores niveles de salud.

- **Comunidad:** es la llamada a convertirse en socia activa en la determinación de prioridades, la gestión, la evaluación y la regulación del sector de la salud.
- **Trabajador:** Aquella persona que realiza cualquier actividad económica, sea en las áreas formales o informales de la economía, para derivar su sustento y el de su familia.

De otro lado, se tiene a las personas que realizan el proceso de intervención (aplican la estrategia) en el territorio y son los denominados Equipos de Trabajo, conformados por profesionales multidisciplinario, acorde a las necesidades del territorio donde se llevará a cabo la estrategia.

#### 4.4.2. Organizaciones

Para definir las organizaciones representativas del proceso de APS se indagó por aquellas que generaban influencia en las orientaciones del modelo tanto en el nivel internacional, nacional, departamental y subregional, de esta manera se encontró que alguna de ellas daban orientaciones de propósito, otras de orden metodológico y finalmente otras en términos de acciones operativas, metas e indicadores. Inicialmente se debe nombrar en el orden internacional:

- **La Organización Mundial de la Salud (OMS):** entidad de orden internacional adscrita a la Organización de Naciones Unidas - ONU, organización que nació en el año de 1948 y se responsabiliza del “Liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales”. Organización Mundial de la Salud (2015). En el año de 1978 hace la declaración de la APS en Alma-Ata, en busca de promover la salud pública y en términos de declarar la salud como un objetivo social sumamente importante, declaración que al día de hoy sigue teniendo vigencia en términos que 35 años después de haber sucedido la declaración, muchos de los propósitos siguen sin cumplirse, aunque han habido avances parciales en algunos temas.

- **La Organización Panamericana de la Salud (OPS):** funciona como oficina regional para los países de América de la OMS, pese a que su creación fue anterior a la OMS, en 1902. La OPS tiene como misión “Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas” . Organización Panamericana de la Salud. 2015.

LA OPS, es uno de los referentes institucionales más importantes de la APS para Colombia, esta entidad ha promovido procesos de formación importantes a autoridades y personal de la salud en los temas referidos a la APS, de manera física pero sobre todo de manera virtual.

Uno de los aportes más significativos que ha tenido la OPS con la estrategia de APS, es su postura clara frente a la necesidad de renovar la estrategia de APS en el Mundo, en general por los nuevos desafíos y cambios que ha tenido el mundo desde la declaración de 1978 a estos días, sobresale de esta manera

la declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la APS del año 2005 en Montevideo.

En Colombia la autoridad Nacional en los temas de Salud es: **el Ministerio de Salud y Protección Social**, con funciones específicas en política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud bajo el Decreto 4107 de 2011. Esta entidad, que ha sufrido varias transformaciones en los últimos años debido a la unión del ministerio del trabajo y luego separación del mismo, es hoy quien se responsabiliza de todos los temas de salud pública de interés nacional.

En relación a APS en Colombia la normatividad vigente ha venido configurando una serie de disposiciones que ha llevado a un terreno propicio para el desarrollo de esta estrategia, sin embargo podemos nombrar como una de las más significativas, la ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones donde se destaca el título dos de esta ley en los temas relacionados con salud pública, promoción y prevención y APS.

Así mismo, a nivel nacional se contempla también el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, cuyos objetivos son: alcanzar mayor equidad en salud, mejorar las condiciones de vida y salud de la población y cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitables, en la cual la estrategia APS, juega un papel determinante como una de las estrategias para el alcance de dichos objetivos.

Debido a esto, el Ministerio es el garante de la ejecución de la normatividad nacional y por tanto un actor fundamental en las disposiciones y orientaciones que tiene la estrategia de APS en el territorio Nacional.

En el Nivel Departamental se tiene como un actor central **la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSPSA)**, entidad adscrita a la gobernación de Antioquia creada en el 2008 por el Decreto Departamental 2575, entidad que se encarga de definir las metas e indicadores departamentales en los asuntos relacionados con la Salud de los Antioqueños, esta entidad en la actualidad y como orientación del Plan de Desarrollo Antioquia la Más Educada 2012 - 2015, tiene dentro de la línea Estratégica cuatro: Inclusión Social cinco componente en donde el primero se denomina Condiciones Básicas de Bienestar, el cual refiere a la salud como uno de los elementos más importantes en el desarrollo de la población, de esta manera este componente desarrolla tres programas, siendo el primero Antioquia Sana, programa que tiene como marco de referencia todo lo relacionado con la APSR.

En un marco más local se encuentran tres actores clave: **Alcaldías, Empresas Sociales de Estado – ESE y las IPS (Institución Prestadora de Salud)**, Estos son quienes finalmente ejecutan la estrategia en territorio. Así, las Alcaldías y sus dependencias encargadas del tema de Salud juegan un papel importante, ya que son las que tienen bajo su responsabilidad la ejecución del Plan de Desarrollo municipales, siendo que para los Municipios del Valle de Aburrá el tema de salud es parte constitutiva y fundamental del desarrollo de los componentes sociales y mejoramiento de las condiciones de vida.

Por su parte la Empresa Social del Estado (ESE) “constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las Asambleas Departamentales o Concejos Municipales” (Decreto 1876 de 1994). En esta los equipos de promotores responsables del acompañamiento familiar, son los ejecutores de la estrategia en términos del manejo de la información, desarrollo de las actividades y seguimiento de las mismas.

## 5. ANALISIS DEL MUNICIPIO

En el municipio de Caldas, Antioquia se cuenta con una estrategia de APS, que es utilizada para llegar a las familias más vulnerables del territorio, posibilitando así contribuir al mejoramiento de la salud del municipio, en especial de una unidad territorial seleccionada previamente, esto con el propósito de que las personas puedan acceder a los servicios desde su propia casa y/o vereda. Además, pretende mejorar el estado de salubridad de un sector territorial específico, involucrando la cobertura universal mediante actividades de Promoción y Prevención de la Salud, y en la realización de acciones de registro por parte del equipo técnico y profesional en salud.

La Secretaria Local de Salud y SISBEN es la encargada de liderar la estrategia de APS en el Municipio, la cual, está inserta en el Plan de Desarrollo 2012 – 2015 “Unidos por Caldas”, específicamente en la línea estratégica 4.3 “Unidos por una comunidad saludable”. La ejecución de la estrategia se realiza de forma anual teniendo en cuenta las vigencias presupuestales, donde se realiza una intervención en unas comunidades específicas, previamente seleccionadas. Este ejercicio es administrado por la E.S.E. San Vicente de Paul, quien contrata el equipo técnico y profesional (de ahora en adelante equipo técnico), pero, es operado por la secretaría Local de Salud y SISBEN, quien es la que define las unidades territoriales a intervenir y los procedimientos para la puesta en marcha de la estrategia.

En el municipio de Caldas la estrategia de APS es ejecutada en cuatro veredas, con un total de 1330 familias programadas para el periodo 2013 – 2015, estas veredas se caracterizan por estar en condiciones físico-espaciales desfavorables en temas de salubridad pública, condiciones difíciles para acceder a los servicios de la ESE y con un alto índice de morbi-mortalidad. Además, estas familias pertenecen al régimen subsidiado y la mayoría son estratos 1 y 2.

Los sectores que allí se priorizaron fueron los siguientes:

- Salinas
- Cardalito
- La Miel
- La Chuscala

Durante el año 2013 y 2014 se ha trabajado bajo la metodología propuesta por la SSSPSA, donde en el primer año se intervinieron 402 familias y en el segundo año 544 familias, para un total de 946 familias impactadas.

En este punto de la sistematización se hace necesario volver a dar cuenta de la importancia de las estrategias con las cuales se pretende realizar el ejercicio de análisis, donde el modelo propuesto, se convierte en la línea base para poder ejecutar el proceso de análisis a partir del modelo en escena. Son estos dos modelos en sí, los que permitirán dar cuenta del ejercicio de brechas y aciertos en la puesta en marcha de la estrategia de APSR en el Municipio.

Recordemos que el modelo propuesto y en escena son dos visiones que los investigadores hacen de la estrategia, donde la primera muestra “el deber ser” y la otra “ejecución de lo pensado”, tal y como se mostró en la Grafico 1: Visiones de Desarrollo de la Estrategia, donde se da cuenta de sus propósitos.

En este momento se dará cuenta del modelo en escena del Municipio, cuyo propósito es realizar un análisis crítico que permita contrastar la conceptualización con los elementos encontrados en el programa e identificar las brechas desde lo conceptualizado (entendidas como aquellos elementos diferenciadores, ya sea faltantes o que suman a la construcción de las características específicas de cómo se desarrolla la estrategia en el Municipio); los propósitos del programa con los componentes y la ejecución dada en el proceso.

### 5.1 Descripción Modelo en Escena del Municipio de Caldas



Fuente: Elaboración Propia

**SSSPSA:** Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

**AMVA:** Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

**ASOCOMUNAL:** Asociación de Juntas de Acción Comunal.

### 5.1.1. Dimensión de Propósito

En esta Dimensión es importante volver a dar cuenta que el municipio de Caldas desarrolla la estrategia bajo los lineamientos de la SSSPSA. En esta dimensión se encuentra las categorías de: Enfoques, Principios y Fundamentos; con los que interviene el Municipio, a continuación se da cuenta de la composición de estos.

Figura 9: Dimensión 1 - Propósito



Fuente: Elaboración propia

#### 5.1.1.1. Enfoques

La **Vulnerabilidad** es identificada como un enfoque de actuación de la estrategia, pues, se manifiesta que el municipio realiza la intervención teniendo en cuenta las características sociales, económicas, culturales y ambientales de los individuos, familias y comunidad específica de un territorio determinado. Allí se evidencia que son o pueden ser vulnerables a ciertos riesgos que no le permitan llevar a cabo una vida más saludable. Este enfoque se refiere a que las veredas focalizadas para ser intervenidas, son las que tienen menos condiciones de salud pública, poniéndolas en el plano de los territorios con mayores niveles de vulnerabilidad.

Otro de los enfoques es **Salud en la Familia**, donde el equipo técnico manifiesta, que es allí donde hoy se hace todo el esfuerzo de la estrategia, pretendiendo realizar un enlace del sistema de salud y la comunidad, donde básicamente se quiere acercar la oferta de los servicios de salud e impactar el perfil epidemiológico de estas comunidades.

**La Pertinencia** del programa se convierte en sí en un valor fundamental, pues, “la estrategia se convierte en el camino que hay entre la enfermedad y los hospitales, teniendo en cuenta que no es sólo la enfermedad, sino también los factores riesgos que se desencadenan a través de las enfermedades”<sup>2</sup> Estos factores son detectados en cada uno de los hogares y allí se hace el proceso de tamizarlos y llevarlos al Sistema de Salud del Municipio o a los diferentes niveles superiores según la complejidad de lo allí encontrado.

En la categoría de enfoques se encuentra la **Promoción** más que la Prevención (Vista desde la atención a la enfermedad), pues, el municipio hoy está más concentrado en la promoción de las acciones en los territorios focalizados, y la intervención en los determinantes sociales de la salud. Este enfoque está más dado a desarrollar acciones, intervenciones y procedimientos para orientan a diferentes grupos poblacionales y familiares, permitiendo así, posibilitar el mejoramiento de sus condiciones para vida.

### 5.1.1.2. Principios

Otra categoría relevante en la Dimensión de Propósito son los Principios que orientan la implementación de la estrategia, donde se encuentra tres principios rectores para la puesta en marcha de la estrategia, los cuales buscan transversalizar la ejecución desde lo técnico, lo administrativo y lo político. Estos principios fueron detectados a partir del análisis visto y analizado en la revisión de los instrumentos de investigación por parte del equipo de sistematización, donde se encontró que **Celeridad, Continuidad y Oportunidad**, son esos principios que rigen la estrategia, pero que poco se ha profundizado en su conceptualización y que todavía no son interiorizados por todo el equipo de trabajo, lo que puede dejar como interrogante su validez como principios rectores de la estrategia.

Se manifiesta que la **Oportunidad** permite llegar en el momento adecuado a las comunidades y familias para canalizar las posibles enfermedades que allí se estén gestando; la **Continuidad**, permite que los usuarios asistan y accedan a los servicios propuestos por el equipo técnico de la estrategia; y la **Celeridad**, que las canalizaciones de los servicios y las demandas inducidas se hagan efectivas en el menor tiempo posible con atención oportuna y de calidad y reparación a la problemática.

### 5.1.1.3. Fundamentos

Uno de los fundamentos centrales que muestra la estrategia, es la importancia de la **Voluntad Política** para la puesta en marcha de las acciones planeadas, ya que desde el Municipio se tiene claro que el buen desarrollo de las actividades y la efectividad de ésta, centra en la voluntad que se le dé desde la

---

<sup>2</sup> Entrevista realizada a equipo técnico de la estrategia de APS del Municipio de Caldas, en el mes de diciembre de 2014.

construcción del desarrollo municipal, pues es allí donde se define claramente la intensión que tendrá la estrategia, los actores involucrados y los alcances; además de ello, la intensión de pensar este ejercicio de manera intersectorial, ya que el tema de salud no corresponde únicamente a una secretaría en específico.

Una de las acciones para fortalecer este fundamento es la vinculación y sensibilización de sectores políticos y sociales como el Concejo Municipal de Caldas y el Comité Municipal de Política Social - COMPOS, con los que se han realizado actividades de sensibilización, posibilitando así, un mayor entendimiento de la importancia de la estrategia para el municipio y las comunidades beneficiarias. Además, se pretende su vinculación en la planeación y ejecución.

Otro elemento que se manifiesta es la **Participación Comunitaria**, ya que juega un papel importante en la apuesta en marcha de la estrategia. Para la administración municipal es de suma importancia la participación de la Juntas de Acción Comunal - JAC y la Asociación de las Juntas de Acción Comunal - ASOCOMUNAL, dado que tienen un valor importante en el desarrollo de las comunidades, además, son los actores locales que pueden ayudar a acercar la estrategia a las comunidades.

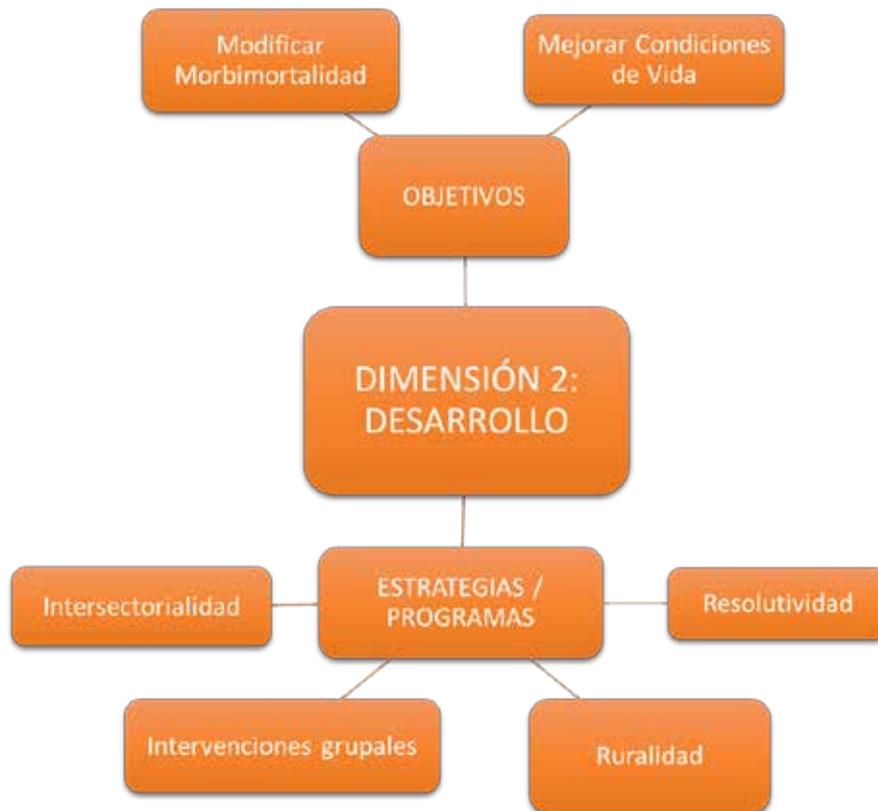
Tanto la participación comunitaria, como la voluntad política, son fundamentos claros en la estrategia, pero, es reiterativo por parte de los integrantes del equipo técnico y directivo que la estrategia debe ser Sostenible, pues, la voluntad política no puede ser el condicionante para que éste tenga permanencia en el tiempo. La sostenibilidad debe darse en lo territorial, social y político, pues esto permite construir confianzas con las comunidades y consolidar la intervención para el mejoramiento de las condiciones de salud del municipio, en especial las unidades territoriales focalizadas.

Por otro lado, la sostenibilidad no sólo permite acercar a los actores involucrados, sino que también permite, pasar de tener una política de gobierno a una política municipal, que no tenga que estar modificándose cada cuatrienio con la llegada de un nuevo burgomaestre.

### 5.1.2. Dimensión de Desarrollo

La Dimensión de Desarrollo da cuenta tanto de los Objetivos y las Estrategias principales desarrolladas en el Municipio, tanto por la ESE que es la entidad operadora, como de la orientación dada por la Alcaldía, para llevar a cabo la APS y determinar si estas dan respuesta a las principales problemáticas del Municipio en los temas de Salud. Para el caso del municipio de Caldas, se refiere básicamente a fortalecer la promoción de la Salud, donde se involucre a las comunidades y las familias por medio de la ejecución de visitas domiciliarias, apoyo continuo en programas de salud y realización de campañas educativas para el autocuidado.

Figura 10: Dimensión 2 – Desarrollo



Fuente: Elaboración propia

### 5.1.2.1. Objetivos

En cuanto a los objetivos se encuentra que la estrategia de APS se basa en: **Modificar Morbimortalidad y Mejorar las Condiciones de Vida** de las comunidades que participaron de la estrategia, pero, la información recolectada en los instrumentos no es amplia para dar cuenta de manera explicativa de dichos propósitos. A continuación se presenta de manera breve la intención de cada uno de ellos.

**Modificar las Condiciones de Morbimortalidad**, es uno de los principales objetivos que tiene el Municipio, pues, de esta manera, se disminuye los casos de muertes por este fenómeno, además, es importante para poder hacer seguimiento a dicha población y así poder obtener datos como por ejemplo, en qué porcentaje las enfermedades causantes de muertes han sido transmisibles o no transmisibles; también permite obtener índices de mortalidad materna e infantil en esta población. Todo esto se da siempre y cuando exista continuidad y sostenibilidad en su implementación.

Y el otro objetivo central de la estrategia es aportar al **Mejoramiento de las Condiciones de Vida** de las comunidades que participaron de la estrategia, a través de la realización de diferentes actividades de promoción de la salud, teniendo en cuenta que con estas acciones no sólo sería suficiente, es allí donde los propósitos invitan a reflexionar si se está hablando de una estrategia de APS o de visitas extramurales.

Estos dos objetivos tienen como pretensión generar condiciones sociales y políticas para que el Municipio de Caldas pueda construir una política pública de APS, garantizando así una sostenibilidad de esta en el tiempo y procurando que se convierta en un enfoque de intervención para la administración municipal.

### 5.1.2.2. Estrategias / Programas

**La Intersectorialidad** es una estrategia clave de la APS en el Municipio, pues, busca desarrollar procesos integrales con otras dependencias y actores que vayan más allá de la prevención o de la atención de la salud, ésta pretende que la intervención en las veredas y las familias beneficiarias vaya más allá del simple ejercicio de la prevención. En la actualidad la intersectorialidad en el Municipio está dada por la relación de diferentes programas que viene desarrollando la Alcaldía con grupos poblacionales de mujeres, adultos mayores, discapacidad, entre otros.

**Respecto a las intervenciones Grupales**, que en sí son sesiones educativas que se llevan a cabo en cada uno de los territorios, una vez se haya realizado el proceso de visita respectivas a las familias, allí no sólo se trabaja temas relacionados a la prevención de las enfermedades, sino que también se dictan referencias acerca de la normatividad existente en la APS, siendo estas más actividades de promoción.

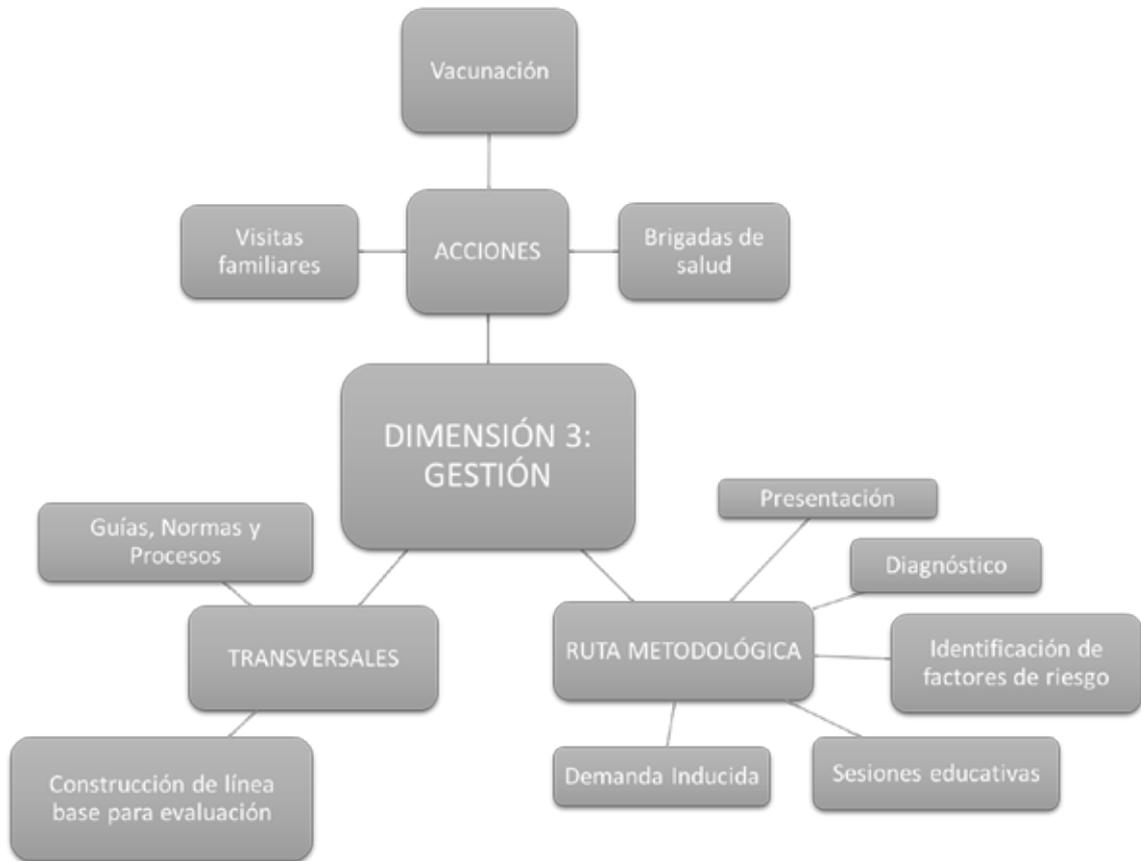
Se encuentra que el Municipio tiene como estrategia la apuesta por la **Ruralidad**, donde se abordan las veredas con condiciones socio-económicas muy bajas, con índices de morbimortalidad alto y en situación de vulnerabilidad de sus familias y pobladores. Además, los habitantes de los territorios cuentan con dificultades para el acceso a servicios de salud en el casco urbano del Municipio.

Para el caso de la **Resolutividad**, se encuentra que existen muchas pretensiones por parte del Municipio por fortalecer esta estrategia, donde las personas y familias puedan ser atendidas in situ, además, allí se puedan superar una serie de dificultades que también se presentan en sus entorno. La puesta en marcha de manera efectiva y eficaz permitirá fortalecer la salud de las personas en las zonas rurales del municipio.

### 5.1.3. Dimensión de Gestión

La Dimensión de Gestión da cuenta de cómo se desarrollada la estrategia de APS en el Municipio, donde se da cuenta de las **Acciones, Ruta Metodológica y los Transversales**, los cuales son claves para el logro de los objetivos propuestos, donde el primero evidencia el sentido de la estrategia, el segundo plantea la línea de actuación; y el tercero los elementos que permite cruzar las actividades de las dos subcategorías antes mencionadas (en clave de gestión).

Figura 11: Dimensión 3 - Gestión



Fuente: Elaboración propia

### 5.1.3.1. Ruta Metodológica

Tal y como lo ha manifestado el Municipio en el proceso de documentación y en la participación de las entrevistas, se toman como base los parámetros establecidos en la SSSPSA, dado que los objetivos de la estrategia están pensados para que se obtengan, teniendo en cuenta la Ruta Metodológica que define éste ente administrativo regional, pero basarse en ello no significa que se den de manera literal los pasos. Para el Municipio la ruta metodológica se da en cinco momentos de la siguiente manera: Presentación, Diagnóstico, Identificación de Riesgos, Sesiones Educativas y Canalización de Servicios, a continuación se describen cada una de ellas:

- **Presentación:** Una vez la Administración Municipal ha definido las veredas a ser intervenidas se realiza un ejercicio de presentación de la estrategia a las comunidades que harán parte activa del

proceso, para ello se hace la invitación a líderes territoriales, quienes ayudarán a convocar a sus respectivas comunidades y así poder brindar toda la información pertinente sobre el funcionamiento de la estrategia, los alcances, propósitos o resultados esperados.

- **Diagnóstico:** Este momento se lleva a cabo en cada uno de los hogares seleccionados en la vereda, allí se establecen una serie de variables que permiten recoger información detallada de cada uno de los integrantes de esa familia, por eso antes de realizar la visita, el equipo técnico concreta una cita con cada uno de los representantes del hogar que harán parte de la estrategia, esto permitirá que en el momento de la ejecución de la visita se cuente con la mayor cantidad de personas que conforman esa familia, además se establece un canal de comunicación básica para fortalecer elementos de seguridad y confianza. Este ejercicio permite la identificación de características de cada una de las familias y define las posibles acciones a ejecutar con cada una de ellas.

- **Identificación de Factores de Riesgo:** Que también se puede denominar Priorización de las Necesidades, donde el Municipio, según los diagnósticos, recursos y los propósitos establecidos en el Plan de Desarrollo Municipal, define los sectores y unidades territoriales para la ejecución de estrategia. Para este caso se definieron cuatro veredas (Salinas, Cardalito, La Miel y La Chuscala con un total de 1330 familias programadas para el periodo 2013 – 2015), estas veredas son definidas porque cuentan con condiciones bajas de salubridad pública, socio-económicas y la manifestación activa de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad.

- **Sesiones Educativas:** Estos corresponde a micro sesiones educativas, las cuales son llevados a cabo en el territorio con las familias participantes de la estrategia. Allí se realizan ejercicios educativos para profundizar en temas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

- **Demanda Inducida:** Básicamente está dada por la remisión de personas a las unidades hospitalarias para una atención mayor y especializada, y el registro de posibles causales negativas que pueden afectar a las comunidades donde se interviene –los registros son remitidos a entidades correspondientes–.

### 5.1.3.2. Acciones

La Ruta Metodológica está directamente relacionada con las Acciones durante la ejecución de la estrategia, allí se da cuenta de: visitas familias, vacunación y brigadas de salud, éstas juegan un papel importante y complementario para que las familias y personas accedan de una manera más fácil y confiable a las intervenciones realizadas.

- **Visitas Familiares:** Realizadas por el equipo técnico de la estrategia, cuyo objeto es realizar ejercicios de diagnóstico familiar identificando factores de riesgo en las personas y externalidades que puedan afectar la calidad de vida de las familias de las veredas priorizadas.

- **Vacunación:** también se encuentra que el Municipio realiza acciones de vacunación, pero, estas no solamente son realizadas en los territorios focalizados, sino, que se desarrolla en todo el Municipio.

- **Brigadas de Salud:** Estas acciones son realizadas dos veces por mes, ejecutadas por el equipo técnico de la estrategia, realizadas en todo el municipio, incluyendo los territorios intervenidos. Con esta acción se pretende acercar más a la población caldense, a los servicios en salud que presta el hospital departamental, además de realizar seguimiento y monitoreo a las enfermedades que más se presentan en el municipio. Muchas de las brigadas de salud son coordinadas con las JAC y la ASOCOMUNAL del municipio.

### 5.1.3.3. Transversales

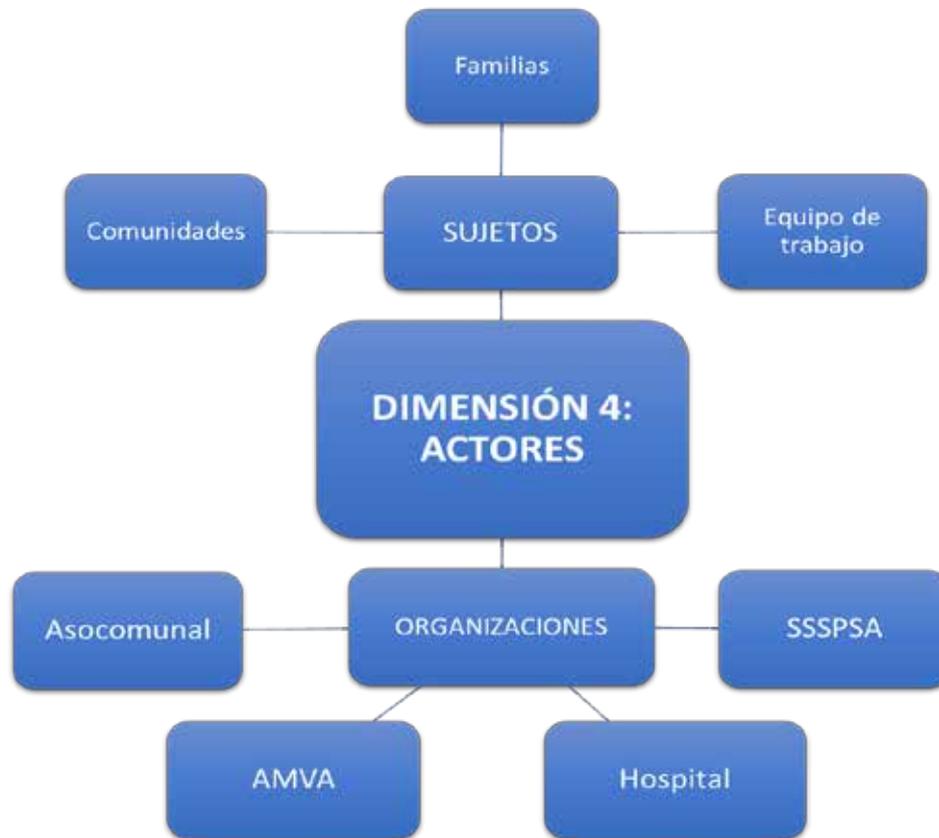
Finalmente los transversales refieren a aquellos elementos constantes que se han planteado en el marco de la estrategia para soportar la operación de las diferentes actividades y llevar a cabo la ruta establecida, entre ellas se encuentra:

- **Construcción de Línea Base para la Evaluación:** Básicamente se centra en la construcción de una línea base que permitirá identificar el estado de las familias pertenecientes a la estrategia en temas relacionados a la salud, para luego contar con elementos claros y así poder determinar si la población de un territorio mejoró sus condiciones en salud.
- **Guías, Normas y Procesos:** Es desarrollado por el equipo técnico y administrativo de la estrategia, quienes aplican una serie de instrumentos para la recolección de información individual y colectiva, además, de aplicar los algunos protocolos que se establecen para intervenir una comunidad.

### 5.1.4. Dimensión de Actores

En esta Dimensión de la estrategia de APS del Municipio, los sujetos y las organizaciones tienen un papel específico y relevante, ya que cada uno de ellos es importante en la consolidación de la estrategia en el Municipio, en la región y el país. Para esta dimensión se definieron dos categorías, la de Sujetos y Organizaciones, pues, se pretende ver la forma en que ellos participan.

Figura 12: Dimensión 4 – Actores



Fuente: Elaboración propia

**SSSPSA:** Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

**AMVA:** Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

**ASOCOMUNAL:** Asociación de Juntas de Acción Comunal.

#### 5.1.4.1. Sujetos

La definición de los sujetos son claves en la puesta en marcha de la estrategia, pues estos los que se convierten en los actores a intervenir y que intervienen, dado que sin la participación activa de ellos no se podrá realizar de forma efectiva el ciclo de acompañamiento de la Atención Primaria. Los sujetos que se identifican en el Municipio son la **Comunidad, las Familias y el Equipo de trabajo.**

- **Familias:** Se priorizan las familias de cada unidad territorial, especialmente aquellas que se encuentran en condiciones desfavorables en el tema de salud. No discrimina si las personas de las familias tiene régimen subsidiado o contributivo.
- **Comunidad:** Las comunidades se definen según los propósitos establecidos en el Plan de Desarrollo Municipal, pues, todavía no se cuenta con una política pública que define claramente el tipo de comunidad que deberá ser intervenida, aunque la mayoría de estas comunidades son definidas según sus condicionantes de vulnerabilidad, el estrato socio-económico.
- **Equipo de Trabajo:** Entendido este como el equipo técnico y administrativo de la estrategia, responsable de la ejecución de todo el proceso de intervención que se realiza con las comunidades, familias y personas. Es un equipo interdisciplinario que está compuesto por coordinación, promotores, nutricionista y sicóloga, y para el caso de médico y odontología se contrata según demanda inducida.

#### 5.1.4.2. Organizaciones

Para el municipio de Caldas el **Área Metropolitana del Valle de Aburrá** juega un papel importante en el fortalecimiento de la APS, pues, desde la Red Metropolitana de Salud que coordina este organismo y en el que están vinculados todos los municipios se vienen impartiendo directrices para el mejoramiento de las acciones de la estrategia, además, se ha convertido en un soporte técnico y político para su fundamentación. Por otro lado está la **Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSPSA)**, ha sido el referente metodológico para el desarrollo y puesta en marcha de la estrategia; además es el organismo que sistematiza la información que se obtiene de la intervención en cada uno de los territorios.

Para el caso de la ejecución está el **Hospital Departamental San Vicente de Paúl** que es la entidad con la que se realiza el proceso de contratación para la ejecución administrativa de la estrategia de APS en el Municipio, pues, la Administración Municipal es la que asigna los recursos pero también es la que desarrolla toda la operación de las actividades. Por último, se encuentra la **ASOCOMUNAL** quien apoya la realización de algunas actividades, en especial la convocatoria y delimitación de familias a intervenir.

## 6. ANÁLISIS DE BRECHAS

El análisis de brechas permite comparar analíticamente los objetivos, propósitos y apuestas que se plantearon los formuladores, las instituciones responsables, el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, y todos los demás actores que participaron en la formulación del programa y la puesta en marcha de este, donde es central el papel de los actores que participan en la operación de la estrategia.

Se profundizará en varios elementos entre los que se destaca la capacidad institucional, los elementos centrales del Modelo APS y APSR, la ruta de atención, los grupos poblacionales, las líneas de acción de la intervención, la metodología del proceso de acompañamiento, la normatividad local, el papel del recurso humano, entre otros elementos hallados.

A continuación se presenta un análisis de brechas por cada uno de los componentes definidos para el análisis realizando un comparativo entre el modelo propuesto, el modelo en escena y las brechas encontradas.

**TABLA 6: ANÁLISIS DE BRECHAS**

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
<b>DIMENSIÓN 1: PROPÓSITO</b>				
<b>ENFOQUES</b>				
Vulnerabilidad	Alcaldías	Vulnerabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cuanto al enfoque diferencial, el desarrollo humano y el ciclo vital la estrategia no da cuenta de elementos que apunten a este tipo de enfoque para la intervención; y poco se dice de los enfoques de derechos y territorial, aunque la vulnerabilidad en sí es la apuesta por mejorar las condiciones de vida y la intervención en zonas rurales es una apuesta básica por lo territorial, pero, no la define como tal.</li> <li>La estrategia se centra en la Salud Familiar desde la pertinencia y la promoción de la salud, deja de lado por este momento a la prevención de la enfermedad. En estos enfoques se ve una fuerte intención de intervenir a las familias.</li> </ul>	<p>El enfoque de vulnerabilidad es entendido tal y como el modelo propuesto lo plantea, que es básicamente intervenir comunidades donde existan condiciones que requieren mayores esfuerzos de las instancias y organizaciones públicas, privadas y sociales/comunitarias para garantizar el acceso a sus derechos, particularmente el de la salud.</p>
Diferencial	Gobernación de Antioquia - Minsalud - Ley 1438			
Desarrollo humano	Gobernación de Antioquia			
Ciclo Vital	Gobernación de Antioquia			
Derechos	OPS			
Territorial	Minsalud - Ley 1438			
		Promoción de la Salud		
		Salud en las Familias		
		Pertinencia		
<b>FUNDAMENTOS</b>				
Participación social	OPS - Minsalud - Ley 1438	Participación Comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>La estrategia está más enfocada a temas de salud que a determinantes sociales, aunque el equipo en ciertas ocasiones asesoran las familias en el cuidado de sus entornos, el equipo no cuenta con los elementos necesarios para abordar diferentes situaciones que se puedan presentar en los entornos familiares o comunitarios.</li> <li>El Municipio no se concentra directamente en el <i>Acceso y Cobertura Universal</i> que determina la OPS, pues, su trabajo está dado sólo en la intervención a las familias.</li> </ul>	<p>Aunque la estrategia sólo es pensada en la salud en las familias, también permite la actuación comunitaria con los actores del territorio, además considera de suma importancia que un eje transversal de la estrategia sea la sostenibilidad, pues, de esta manera garantizará la continuidad en las actividades de intervención. (La sostenibilidad es pensada desde la voluntad política como una forma de mantener activo lo económico, para el funcionamiento de la estrategia).</p>
Sostenibilidad	OPS	Sostenibilidad		
Orientación familiar y comunitaria	OPS			
Determinantes sociales de salud	Gobernación de Antioquia - Minsalud - Ley 1438			
Acceso y cobertura universal	OPS			
<b>PRINCIPIOS</b>				
Equidad	OPS		<p>Los principios planteados en el modelo propuesto no son racionalizados por el equipo técnico en el ejercicio de sistematización, se manifiestan otros principios, los cuales se convierten en el soporte para la actuación de la estrategia, como son: Celeridad, Continuidad y Oportunidad. También se encuentra que los principios planteados para la puesta en marcha de la estrategia todavía no están incorporados por todo el equipo técnico, lo cual invita a fortalecer este momento de la intervención, ya que los principios hacen parte de la base filosófica de la estrategia.</p>	
Interculturalidad	Minsalud - Ley 1438			
Justicia Social	OPS			
Solidaridad	OPS			
Orientación a la calidad	OPS			
		Celeridad		
		Continuidad		
		Oportunidad		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
<b>DIMENSIÓN 2: DESARROLLO</b>				
<b>OBJETIVOS</b>				
Promoción y Prevención	OPS		El municipio inicialmente se basa en la promoción de la salud, y allí concentra sus dos grandes pretensiones, que es <i>mejorar las condiciones de vida de las familias</i> que se cruza con la <i>respuesta a necesidades de salud de la población</i> tal como lo muestra el modelo propuesto; y la segunda es Modificar la Morbimortalidad en esa zona rural, afectando positivamente al Municipio. Ambos objetivos parecen estar conectados con el propósito general de la APS propuesto, pero es necesario manifestar que estos objetivos pueden estar desprovistos de sentido por la dimensión que tienen respecto a las acciones y estrategias que se plantea.	
Respuesta a necesidades de salud de la población	OPS	Mejorar condiciones de Vida		
		Modificar Morbimortalidad		
<b>ESTRATEGIAS</b>				
Organización y gestión óptimas	OPS		<ul style="list-style-type: none"> <li>• El compromiso político no es definido como una estrategia, más bien se ha manifestado como un fundamento de la intervención, sin embargo, este ejercicio está limitado al burgomaestre de turno y a la importancia que él le dé. Para el periodo actual se pretende dejar lista la Política Pública APS para el Municipio, lo cual aporta elementos para que la estrategia se siga fortaleciendo en el tiempo.</li> <li>• No son claras las acciones de comunicación que se implementa en el Municipio y este tipo de estrategias son esenciales para el desarrollo de prácticas de trabajo en red. Para el caso del compromiso político, éste está más dado para la estrategia como un fundamento que sustenta la actuación y no como una estrategia.</li> <li>• Aunque existe intervención directa del equipo trabajo, no se ha establecido una línea clara de formación para el trabajo con las familias, las personas y las comunidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La estrategia por su poco tiempo de funcionamiento no cuenta con instrumentos y protocolos claros para el desarrollo de acciones de manera óptima y esto en cierta medida ha incitado a reflexionar sobre los mecanismos utilizados tanto administrativos y técnicos para fortalecer la actuación con las familias que se interviene.</li> <li>• La resolutivez no es un elemento claro en la actuación, aparece como una estrategia de intervención, que es, en sí, otro elemento que se espera fortalecer, ya que la estrategia está concentrada en la promoción.</li> </ul>
Atención integral e integrada	OPS			
Compromiso político (Responsabilidad y Rendición de cuentas)	OPS			
Educación para la salud	Minsalud - Ley 1438	Intervenciones Grupales		
Trabajo en red	Minsalud - Ley 1438			
Interdisciplinari edad	Minsalud - Ley 1438			
Comunicación para el desarrollo	Minsalud - Ley 1438 - Alcaldías			
Medición y resolutivez	Minsalud - Ley 1438	Resolutivez		
Acciones intersectoriales	OPS	Intersectorialidad		
		Ruralidad		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
<b>DIMENSIÓN 3: GESTIÓN</b>				
<b>RUTA METODOLÓGICA O PROCESOS</b>				
Aprestamientos	SSSPSA		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aunque se plantean unos elementos para la selección de beneficiarios, no es muy claro los factores utilizados para determinarlos, ello quiere decir que todavía no se cuenta con lineamientos claros para la selección de beneficiarios. Parece estar más definido a criterios de gobierno.</li> <li>• En cuanto a la evaluación se encuentra que el Municipio no viene realizando acciones sistemáticas respecto a este elemento, lo cual puede afectar el funcionamiento de la estrategia en vigencias futuras, ya que se puede incurrir en ejercicios de repetición (activismo).</li> </ul>	<p>La ruta metodológica que se utiliza para el Municipio está basada en los lineamientos que brinda la SSSPSA, el cual plantea que el ejercicio se debe abordar desde el aprestamiento, diagnóstico, identificación de necesidades, generación de acuerdos y acercamiento de las ofertas institucionales. Para Caldas se trabajó con: Presentación, Diagnóstico, Identificación de Riesgos, Sesiones Educativas y Canalización de Servicios.</p>
Diagnóstico	SSSPSA – Minsalud	Diagnóstico – Identificación de Riesgos		
Priorización de las necesidades	SSSPSA	Focalización – Identificación de Riesgos		
Generación de acuerdos	SSSPSA	Presentación		
Acercamiento de las ofertas de protección y salud	SSSPSA- Minsalud			
Demanda inducida	SSSPSA	Canalización de servicios		
Prestación de los servicios	SSSPSA	Presentación		
Evaluación	SSSPSA			
		Visitas Familiares		
		Sesiones Educativas		
<b>ACCIONES</b>				
Educación y prevención en salud	OMS- OPS - Minsalud - Gobernación		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las sesiones educativas son parte de la intervención de la estrategia en el Municipio, pero están sólo enmarcadas en la profundización de unos temas particulares, lo que significa que las sesiones educativas no están ligadas en un plan de formación permanente para la profundización de los conceptos de APS.</li> <li>• Para el caso de la alimentación, nutrición, agua potable, saneamiento básico, planificación familiar, inmunización y prevención y lucha no son detallados por el equipo de trabajo, además, no se manifiesta tener rutas críticas para abordarlos. Sólo se manifiesta la importancia del autocuidado, las cuales se desarrollan principalmente en las visitas familiares y las brigadas de salud.</li> <li>• Las visitas familiares se determinan como una acción específica de la estrategia (están por fuera de la ruta metodológica), además a estas se les hace registro y seguimiento, pero no existe evaluación sistemática de ellas.</li> </ul>	<p>En cuanto a las acciones se encuentra que muchas de ellas se centran en las visitas familiares; temas de promoción y prevención como la vacunación; y las brigadas de salud. Estas acciones fueron identificadas por el equipo de trabajo, pero no se hace mayor profundidad sobre la especificidad de cada una de ellas. Sin embargo, las brigadas de salud son la acción de mayor recordación de las comunidades, pues, es allí donde cuentan de manera directa con la participación de un médico general, generando en la población efectos que no se dan con la actuación del equipo promotor.</p>
Alimentación y nutrición adecuada.	OMS - Gobernación de Antioquia SSSPSA- Alcaldías-			
Agua potable y saneamiento básico.	OMS			
Asistencia materno-infantil.	OMS - Gobernación de Antioquia SSSPSA - Alcaldías-			
Planificación familiar	OMS - Gobernación de Antioquia SSSPSA - Alcaldías-			
Inmunización	OMS - Gobernación de Antioquia SSSPSA- Alcaldías-			
Prevención y lucha	OMS- OPS - Minsalud - Gobernación	Vacunación		
Tratamiento apropiado	OPS			
Suministro de medicamentos esenciales.	Minsalud			
		Brigadas de salud		
		Visitas Familiares		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
<b>TRANSVERSALES</b>				
Gestión de la información	Minsalud - Ley 1438	Gestión de la Información	Para el levantamiento de la información se hace uso de los instrumentos dados por la SSSPSA, pero es necesario la construcción de nuevos protocolos para el desarrollo de otras actividades de tipo colectivo e individual, especialmente para las acciones; ya que la población rural que se interviene tiene elementos diferenciadores de la población urbana, como la lecto-escritura, los procesos de comunicación y los elementos tecnológicos.	La información recolectada es gestionada, sistematizada y trasladada al ente departamental que es la encargada de recolectar dicha información. Este proceso es fundamental para la puesta en marcha de la estrategia, ya que es en la recolección y sistematización de la información donde se puede evidencia los diferentes fenómenos de salubridad pública que tiene el Municipio (problemáticas – potencialidades), permitiendo así la construcción y diseño de acciones para la intervención de problemáticas o y/o fortalecimiento de potencialidades.
Normas, guías y procesos	Minsalud - Ley 1438	Normas, Guías y Procesos		
<b>DIMENSIÓN 4 : ACTORES</b>				
<b>SUJETOS</b>				
Ciudadano	Minsalud		En el ámbito laboral y ciudadano no se contemplan acciones claras por parte de la estrategia.	En el modelo propuesto como en el modelo en escena, hay una importante relevancia en los actores como las familias, la comunidad y los equipos de trabajo los cuales son parte central en la ejecución de la estrategia.
Familias	OPS / OMS / Minsalud / SSSPSA / ALCALDIAS	Familias		
Comunidad	OPS / OMS / Minsalud / SSSPSA / ALCALDIAS	Comunidad		
Trabajador	OPS			
Equipo de Trabajo	OPS	Equipo de trabajo		
<b>INSTITUCIONES</b>				
OMS / OPS	OMS / OPS		Existe una relación más profunda de la estrategia con las entidades de tipo local que con las entidades internacionales, pues estas últimas sólo son tomadas como referentes donde se fundamenta la estrategia.	En el Municipio el fortalecimiento de la estrategia APS se apoya de entidades como el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, quien está realizando una gran apuesta en conjunto con los municipios para el fortalecimiento de las instancias de asociación como es la Red Metropolitana de Salud; del Hospital quien es el encargado
Minsalud	Minsalud			
SSSPSA	SSSPSA	SSSPSA		
Alcaldía	ALCALDIA			
E.S.E.	Minsalud	E.S.E.		
I.P.S.	Minsalud			
A.M.V.A.	Minsalud	A.M.V.A.		

**Fuente:** Elaboración propia

## 7. HALLAZGOS GENERALES

En este apartado se pretende dar cuenta de los principales hallazgos encontrados en el proceso de intervención de la estrategia de APS en el Municipio, permitiendo así tener una mirada más precisa sobre los aspectos más relevantes de las diferentes dimensiones abordadas en este proceso de sistematización. Se espera que estos elementos acá planteados, sirvan para seguir fortaleciendo la intervención de estrategia en el Municipio y posibiliten la incorporación de nuevas lecturas acerca de la intervención, el método, la metodología y la ruta de actuación que desde la administración municipal se viene dando a los diferentes proyectos. Los elementos dados a continuación están relacionados con las brechas que surgen del proceso de sistematización.

### **Una estrategia basada en la Promoción**

Inicialmente el Municipio se basa en la promoción de la salud, y allí concentra sus pretensiones, las cuales están dadas en mejorar las condiciones de vida de las familias y las personas, ligado con la respuesta a necesidades de salud de la población, tal como lo muestra el modelo propuesto. Además, pretende concentrarse en realizar aportes para modificar las condiciones de morbimortalidad en el territorio, generando así un impacto positivo en el Municipio.

Estas pretensiones están conectados con algunos de los propósitos que plantea la APS en el modelo propuesto, pero se hace necesario dar cuenta que estos objetivos pueden estar desprovistos de sentido por la dimensión que tienen respecto a las acciones y estrategias que se plantea. Además no es claro si se está pensando el actuar desde una estrategia o acciones extramurales.

### **Una experiencia centrada en el territorio rural.**

Aunque no es claro el ejercicio de aprestamiento, la estrategia se focaliza en la zona rural del Municipio, allí se definen cuatro micro-territorios para ser intervenidos por sus bajas condiciones socio-económicas y factores de riesgos que los condicionan en lógicas de vulnerabilidad. La puesta en marcha de la estrategia en una zona rural da cuenta de la intención del Municipio en disminuir las condiciones de desigualdad que se tiene en cuanto a la garantía de derechos.

La intervención de la estrategia inicialmente es desarrollar acciones de promoción a través de las visitas

familiares, sesiones educativas, demanda inducida, algunas acciones de resolutiveidad y las brigadas de salud, las cuales son realizadas por el equipo de técnico de trabajo. Allí se realizan procesos de intervención, mediante la atención y el acompañamiento a personas y familias que se vinculan como beneficiarios.

Es necesario dar cuenta que el Municipio no cuenta con elementos analíticos que determine la distinción que se debe hacer en el momento de la intervención con población rural o población urbana, por tal motivo, se encuentra que las acciones realizadas no tienen un enfoque territorial basado en elementos característicos de las poblaciones que viven y habitan las zonas rurales y urbanas, sino, que sólo se ha tenido en cuenta las condiciones geográficas. Aunque algunas veredas incorporadas en el proceso están cerca de las dinámicas urbanas del Municipio, ello también invita a conversar sobre territorios que transitan en lógicas rururbanas.

### **Lo administrativo y lo operativo, elementos que pueden afectar los propósitos.**

Trabajar de manera continua y articulada ha sido uno de los principales retos que hoy tiene la administración municipal, ya que el acompañamiento a las personas y familias en unidades territoriales rurales debe ser permanente, pues de esta manera se puede cumplir los propósitos establecidos por la estrategia.

Hoy la estrategia tiene dos elementos visibles en la puesta en marcha de las actividades administrativas y operativas, por un lado es el Hospital el que realiza el proceso de contratación con la administración municipal, quien se encarga de realizar la vinculación laboral del equipo técnico, realizar los pagos correspondientes y desarrollar toda la estrategia administrativa; y por el otro lado, está la secretaría de salud del municipio, quien es la encargada de asignar el rubro a la ESE, pero, también es la directa responsable del proceso de operativización de la estrategia, la cual define la población a intervenir, el enfoque de trabajo, las acciones a realizar, el equipo técnico, entre otras actividades de tipo operativo y político.

Es por esto, que se hace necesario que lo administrativo y lo operativo estén vinculados y articulados, ya que el primero cuenta con toda la capacidad técnica (conocimiento) y administrativa (Equipamiento – Instrumentos) para fortalecer la intervención y lo segundo cuenta con elementos normativos para la sostenibilidad de la estrategia en el tiempo. La sinergia de ambos permitirá mejorar las condiciones de vida de las comunidades.

Esto también permitirá activar redes de servicios municipales tanto públicos como privados, donde la estrategia de APS pueda ser el punto de inicio para la canalización de servicios y ofertas que aporten al mejoramiento de la condiciones de salubridad pública de los territorios intervenidos.

## **Fortalecimiento de la Estrategia de APS**

La estrategia se centra en la salud en las familias desde la pertinencia y la promoción de la salud, acá se hace mayor énfasis que en la promoción de la salud. Para el municipio es de suma importancia la participación de las familias donde se focaliza la intervención, dado que su gran propósito es aportar a la disminución de la morbimortalidad del territorio caldense.

Concentrarse en el hogar en primera instancia ha llevado a que la estrategia no realice acciones periódicas con otros actores sociales y comunitarios. Aunque con las Juntas de Acción Comunal se establecen relaciones para la identificación de las familias, no se hace un proceso de fortalecimiento de estos organismos sociales de articulación comunal, para que en el futuro sean ellos los encargados de abanderar la estrategia en el Municipio y en sus localidades.

La estrategia está más enfocada a temas de salud que a determinantes sociales, aunque, el equipo en ciertas ocasiones asesora las familias en el cuidado de sus entornos sociales, pero esta acción no está definida explícitamente en la intervención del equipo de trabajo.

## **Una estrategia sin apuesta estratégica en la comunicación para el desarrollo**

La comunicación para el desarrollo no es clara en la intervención, dado que está limitada a ejercicios de promoción y divulgación de información. Este tipo de estrategias son esenciales para el desarrollo de prácticas de trabajo en red, para la construcción de confianzas con los actores territoriales (sujetos, organizaciones, líderes, familias, etc.), además es la posibilidad de ir posicionando la intervención municipal; en sí, permite ganar en el fortalecimiento de acciones colectivas para el empoderamiento de los actores que allí viven, habitan e intervienen con respecto a la estrategia.

La comunicación para el desarrollo no puede ser entendida como herramienta técnica de divulgación donde se utilizan medios físicos y virtuales para transmitir una información, ésta debe ser entendida como insumo necesario para la construcción de ciudadanía consciente respecto a la importancia de una estrategia de APS para el Municipio.

## **Hacia el fortalecimiento de una línea de actuación**

La ruta metodológica establecida nos muestra los lineamientos utilizados por el Municipio, lo cuales son tomados de la SSSPSA, la cual plantea que el ejercicio se debe abordar desde el aprestamiento, diagnóstico, identificación de necesidades, generación de acuerdos y acercamiento de las ofertas institucionales. Hoy, el Municipio lo hace desde la presentación, diagnóstico, identificación de riesgos, sesiones educativas y canalización de servicios.

Estos elementos mencionados anteriormente se concentran en su mayoría en el trabajo con las familias, donde adicionalmente se realizan visitas familiares, vacunación, sesiones educativas, y brigadas de salud. Cada uno de ellos se lleva a cabo en un tiempo determinado y se puede ejecutar en un número

de veces según las actividades; sin embargo, reflejan que son actividades dispersas, que se deben realizar porque están establecidas en el cronograma y no porque cada una de ellas cumple un papel fundamental dentro de la estrategia. Por tal motivo, la estrategia debe caracterizar cada una de las acciones más allá de su significado, donde quede claro el rol que asume, la fuerza que genera en otras y la dependencia que tiene con otras acciones. Esto es básicamente la construcción de lineamientos de actuación y protocolos.

### **La gestión de la información como herramienta de gestión.**

La información que se recolecta en cada una de las acciones es sistematizada y luego suministrada a los sistemas de información, en este caso enviados al departamento (SSSPSA), quienes son los encargados de recolectarla y generar información que pueda ser útil a la región y los municipios. Para hacer el levantamiento de la información se hace uso de los instrumentos brindados por la entidad regional y aplicada por el equipo de trabajo de la estrategia.

Cuando se habla de gestión de la información es importante manifestar que no sólo se hace referencia a los datos suministrados y recolectados en cada una de las familias, esto básicamente pretende dar cuenta de un conglomerado de acciones que aportan al fortalecimiento de la estrategia, donde puedan vincularse entidades públicas, privadas y sociales que tienen algún tipo de relacionamiento o que están asentadas en el territorio, esto, posibilitará ir consolidando información pertinente y oportuna para el mejoramiento de la estrategia municipal, además, significaría capitalizar el conocimiento producido para futuras intervenciones.

Es relevante manifestar que la evaluación permanente de la estrategia hace parte de la gestión de la información y que el municipio no lo realiza como eje transversal de actuación.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, J. (2008). Sistematización de experiencias Proyecto: "Asociación de Medios de Comunicación Ciudadanos y Comunitarios de Medellín - la REDECOM". Medellín: FAONG.
- Achote, T. (2007). Documento informativo de alianzas de aprendizaje Nro. 6: Documentación de procesos. IRC Centro Internacional de Agua Potable y Saneamiento. Polonia.
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá. (2012). Plan de Gestión 2012- 2015 – Pura Vida. Medellín.
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá. (2007). Plan Integral de Desarrollo Metropolitano –PIDM– 2008-2020 Hacia la integración regional sostenible. Medellín.
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá. (2014). Observatorio Metropolitano de Información. Área Metropolitana del Valle de Aburrá. Recuperado de: <<http://www.metropol.gov.co/pages/inicio.aspx>>
- Colombia. Ministerio de Salud. (2014). Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Recuperado de: <http://prestadores.minsalud.gov.co/SIHO/>
- Decreto 2193. Diario oficial 45604. Bogotá, D.C. 8 de julio 2004
- Departamento Administrativo de Planeación Departamental. (2012). Anuario Estadístico de Antioquia -2012. Medellín. Gobernación de Antioquia.
- Dirección Seccional y Protección Social de Antioquia. (2010). Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia.

- Departamento Administrativo de Planeación Departamental. (2010) Anuario Estadístico de Antioquia. Medellín: Gobernación de Antioquia.
- Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2010). Lineamientos para la promoción de la salud con – sentido humano en el departamento de Antioquia. Colombia: Imprenta Universidad de Antioquia.
- Gobernación de Antioquia. (2013). Análisis de Situación de Salud. ASIS. Caldas
- Gobernación de Antioquia Alcaldía Municipal de Caldas. (2012). Plan de Desarrollo Municipal Caldas 2012-2015 “Unidos por Caldas”. Caldas.
- Institución Universitaria Esumer. (2013). Propuesta técnica y económica para apoyar la conformación e implementación de la Red Metropolitana de Salud del Valle de Aburrá periodo 2013 – 2015. Medellín: Institución Universitaria Esumer.
- Jara Holliday, O. (2012). La sistematización de experiencias, práctica y teoría para otros mundos posibles. CEAL- Itermon Oxfam. San José: CEP Alforja.
- Ley 1438 de 2011: Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Colombia. Leyes, decretos, etc. Bogotá
- Ministerio de salud. Municipio de Caldas. (2013). Análisis de situación de salud del municipio de Caldas. Recuperado de [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Resolución 1841 de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Recuperado de: <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=53328>>
- Ministerio de Salud. (2012). Documento Marco de Política de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en Colombia. Documento de trabajo. Versión 1.0. Recuperado de: <[www.consultorsalud.com](http://www.consultorsalud.com)>
- Municipio de Caldas. (2013). Administración Municipal: Unidos por Caldas. Recuperado de: <<http://www.caldasantioquia.gov.co/institucional/Paginas/informaciondelMunicipio2.aspx>>

- Municipio de Caldas, Antioquia. (2012). Plan Territorial de Salud 2012 – 2015: Unidos por una comunidad saludable.
- Municipio de Caldas, Antioquia. (2012). Plan de Desarrollo 2012 – 2015: Unidos por Caldas.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Atención primaria en salud : Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra : OMS y Fondo de las Naciones Unidas
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de: <[http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)>
- Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF. (1978). Atención Primaria de Salud. Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6-12. Septiembre de 1978, Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.
- Pardo, A.; Ángel, M. (2005). Análisis de datos con SPSS 13 Base. McGraw Hill. Madrid.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2014) ¿Qué es el Desarrollo Humano? Recuperado de: <<http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=i1-----Gs=a.m.=ave=Acá=02008#.U1CE6PI5M1Y>>
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española [Diccionario of te Spines Lenguaje] (22nd ed.). Madrid.
- Sistema de Seguridad Social Integral: ley 100 de 1993. Diario Oficial No. 41.148. Colombia. Leyes, decretos, etc.
- Tejada, G. (2011). Planeación del Desarrollo Local, una experiencia de participación ciudadana en la Comuna 6 Doce de Octubre. Medellín: Institución Universitaria Esumer y Alcaldía de Medellín.

- Torres, A. (1998). La Sistematización de Experiencias Educativas: Reflexiones sobre una práctica reciente. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). Visión, misión y valores. Recuperado de: [http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=92:vision-mision-y-valores](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=92:vision-mision-y-valores)
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Acerca de la OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/about/es/>
- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2014). Recuperado de: <[www.dssa.gov.co](http://www.dssa.gov.co)>

