

**Propuesta de un Modelo de Atención en
salud basado en la estrategia de Atención
Primaria para el Valle de Aburrá
2015**

Propuesta de un Modelo de Atención en Salud basado en la Estrategia de Atención Primaria para el Valle de Aburrá

Una publicación del Área Metropolitana del Valle de Aburrá y la Institución Universitaria Esumer

Hernan Dario Elejalde López, **director Área Metropolitana del Valle de Aburrá**

Jhon Romeiro Serna Pelaez, **rector Institución Universitaria Esumer**

Carlos Enrique Cárdenas Rendón, **director Programa Red Metropolitana de Salud**

Autores:

Equipo de trabajo

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

Profesionales de la Institución Universitaria Esumer

Agueda Lucía Valencia Deossa. (Apoyo externo financiado por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá y el Municipio de Copacabana - Secretaría de Salud)

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

Interventoría

Raúl Cano Jaramillo. Profesional contador

Diseño gráfico

Centro de Investigaciones y Prospectiva Institución Universitaria Esumer

Impresión

COOIMPRESOS

Primera edición

Noviembre 2015

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, 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 considere 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 (APSR) 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 (AMVA), 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. Para dar cumplimiento al objetivo de la Línea 6 del Plan de gestión "PURA VIDA 2012- 2015" del Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA); en el año 2013 celebra un convenio de asociación con la Institución Universitaria Esumer con el fin de conformar e implementar la Red Metropolitana de Salud, en su fase dos.

Uno de las iniciativas de red (proyectos estratégicos) de la Red Metropolitana de Salud es la estructuración y consolidación de la estrategia de APS-R en los municipios del Valle de Aburrá, para lo cual se documentó la experiencia que ha tenido cada municipio con relación a dicha estrategia,

además se sistematizó dicha experiencia bajo una metodología científicamente aplicada que permitió 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. Lo anterior lleva al Área Metropolitana del Valle de Aburrá con su Programa Red Metropolitana de Salud - REMES y bajo el acompañamiento del Municipio de Copacabana a construir un documento que permitiera dar cuenta de un metodología para la construcción de la propuesta de un modelo de atención en salud basado en la estrategia de Atención Primaria para el Valle de Aburrá.

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

PRÓLOGO

Es un honor prologar esta propuesta para el desarrollo de atención primaria en salud en el Valle de Aburrá.

No es fácil dimensionar la magnitud de esta tarea. Para poder apreciar mejor la complejidad y la dimensión de lo que se está emprendiendo es conveniente contextualizarlo, es decir, situarlo en el tiempo y en el espacio. ¿Qué ha pasado en el tiempo con el concepto de salud y de la atención primaria? ¿Qué ha pasado en el mundo y en la región en las últimas décadas?

La Organización Mundial de la Salud -OMS, el año 1948, define la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”; esta definición fue un hito histórico mayor.

Posteriormente, la OMS y la UNICEF, el año 1978, convocan al mundo. Se da una reunión algo extraña, en una república de la ex Unión Soviética, 134 países (notoria ausencia de China), 67 organismos internacionales, y muchas organizaciones no gubernamentales, logran trabajar juntos. Presidía el Director de la OMS Kurt Waldheim, junto a él está el senador Edward Kennedy. A lo lejos, uno puede adivinar que en ese clima, en plena “guerra fría”, hay un anhelo mayor. Se produce un gran acuerdo, un no a la guerra y un sí a la vida. Casi todos los países del mundo se comprometieron a movilizarse y poner en marcha un proceso mundial para alcanzar una meta mayor: “Salud para todos”.

Han pasado ya casi cuatro décadas desde aquel momento y el desarrollo en salud no ha sido el esperado. Los expertos dan distintas explicaciones y lo atribuyen a ambigüedades de la declaración. En algunos países, la propuesta, fue concretada como un paquete de acciones programáticas para atender con medidas específicas a las poblaciones más pobres; en otros, como un sistema de atención médica de primer nivel, y en otros, como un camino de desarrollo social. La Organización Panamericana de la Salud -OPS, en el documento “Renovación de la Atención Primaria en Salud -APS en las Américas” del año 2005, reconoce los avances y los retrocesos en la región de las Américas, a pesar de haberse hecho grandes inversiones y reformas en el sector salud. Dicho documento refuerza las razones para renovar la APS sin perder de vista el gran objetivo de considerar que “todos” alcancen la salud, es decir junto con buscar la reducción de las inequidades, enfrentar los desafíos epidemiológicos emergentes, corregir las debilidades e inconsistencias de algunos de los enfoques locales, capitalizar y difundir las buenas experiencias y difundir los nuevos conocimientos e instrumentos para hacer más efectiva su acción.

La OMS, el año 2008, entrega el informe final sobre los determinantes sociales de la salud. Allí se insiste en la necesidad de alcanzar la equidad sanitaria, para lo cual propone actuar en tres niveles: 1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas, 2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, 3. Medición y análisis del problema.

En el 2008 también, aparece el informe de la salud del mundo de la OMS: “La APS más necesaria que nunca”, allí se señala que para avanzar significativamente en el logro de salud para todos, se deben consolidar los sistemas sanitarios en torno a la APS y para eso, es necesario llevar adelante 4 tipos de reformas:

Reformas en pro de la cobertura universal que garanticen que los sistemas de salud favorezcan la equidad sanitaria, dando prioridad al acceso y a la cobertura universal en salud.

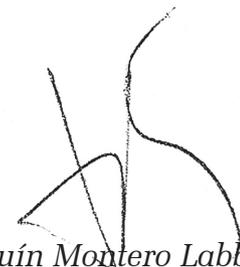
Reformas de la prestación de servicios que reorganicen los servicios de salud en función de las necesidades y expectativas de la población y que propicien al mismo tiempo mejores resultados.

Reformas de las políticas públicas que mejoren la salud de las comunidades mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria y la aplicación de políticas públicas saludables en todos los sectores;

Reformas del liderazgo que sustituyan la exagerada dependencia de los sistemas de mando y control por un lado, y el “laissez-faire” del Estado por otro. Se requiere un liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud.

Al revisar la actual propuesta para el Valle de Aburrá con el telón de fondo de esta panorámica mundial, llama la atención su consistencia y su integralidad, además de la clara concordancia con las recomendaciones de los organismos internacionales. No es casualidad la definición de salud de la OMS en la postguerra inmediata, así como la Declaración de Alma Ata en medio de la “guerra fría”, en ambos casos hay una búsqueda de la paz. Así también, no es casualidad que hoy día en Colombia, donde todavía está tan presente la violencia, emerja este proyecto que busca lograr “salud para todos”. Hay una inspiración profunda que se plasma a partir de bases filosóficas sólidas y se va extendiendo en distintos tipos de intervenciones, a través de distintas vertientes y caminos para seguir avanzando en pos de esa meta. En particular debe recalcarse que todo este proyecto está inmerso en lógica de red, de colaboración constructiva de todos, es decir pertenece al corazón de la APS. Esto permite estar optimista en cuanto a que el desafío que están acometiendo es consistente entre su fondo y su forma, y que así no solo será importante para la población primariamente involucrada; sino también que mañana, es posible, que se pueda expandir a todo el país.

Hay muchas expectativas en torno a este proyecto, muchas y diversas dificultades irán emergiendo, pero las mismas harán surgir la audacia, la astucia, la paciencia y la persistencia y todas las virtudes necesarias para vencerlas y así poder abrir espacio a un futuro esperanzador, en el que con el trabajo conjunto de todos, pueda irse consolidando la paz, el último fin de la salud.



Doctor Joaquín Montero Labbé, MD
Profesor Titular Pontificia Universidad Católica de Chile
Consultor internacional - Atención Primaria en Salud - APS

INTRODUCCIÓN

La Red Metropolitana de Salud - REMES – es el órgano asesor de concertación en salud del Valle de Aburrá, cuyo alcance es el de dinamizar, apoyar, cooperar y facilitar el abordaje integral de la situación de salud del sector. Con el liderazgo de las Secretarías de Salud, las E.S.E y la participación ciudadana mediante el trabajo en red para: proponer y ejecutar acciones que conduzcan a la resolución de los problemas más relevantes en salud, 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 y dónde su objeto es contribuir a articular las acciones de salud bajo la estrategia de APS – R.

La estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada- APS - R - se convierte en la mejor estrategia para la organización de los sistemas de salud bajo un modelo de atención, el cual sirve como una estructura armónica, coherente y de fácil comunicación de la realidad en salud para los actores del sector socio-sanitario.

Lo anterior lleva al Área Metropolitana del Valle de Aburrá con su Programa Red Metropolitana de Salud - REMES y bajo el acompañamiento del Municipio de Copacabana, a construir un documento teniendo como insumo el trabajo realizado en la Documentación, Caracterización y Sistematización de la Atención primaria para el Valle de Aburrá, que permita dar cuenta de una metodología para la construcción del modelo de atención en salud bajo la estrategia de APS - R. (Área Metropolitana del Valle de Aburrá e Institución Universitaria Esumer, 2015, p.73).

La propuesta de un Modelo de Atención en salud basado en la estrategia de Atención Primaria para el Valle de Aburrá, está sustentado bajo un eje conceptual que le da sentido a su estructura, desarrollo humano - salud, y el cuidado. Sin embargo lo expresado en el documento no es más que el producto del trabajo coordinado y cooperado de la Red Metropolitana de Salud –REMES, de la reflexión de sus propios actores en sus prácticas de atención y de la configuración de metodologías propias que facilitan el trabajo.

El presente documento, ***La propuesta de un Modelo de Atención en salud basado en la estrategia de Atención Primaria para el Valle de Aburrá***, tiene como propósito servir de guía para la implementación de modelos de atención en salud bajo la estrategia de APS-R, mediante una perspectiva prospectiva que contempla las 3 dimensiones tácticas de la gestión social: **el**

desarrollo estratégico de política, la gestión y el propósito (Área Metropolitana del Valle de Aburrá e Institución Universitaria Esumer, 2015, p. 75)

Para lo anterior se recurre a una representación del modelo bajo la analogía de un **“Triciclo”** donde cada rueda representa una dimensión de las anteriormente enunciadas, un poco para recrear el significado en términos de su estructura y función, pues si al triciclo se le daña una rueda este deja de funcionar, y lo mismo sucede si al modelo propuesto le falta una de las dimensiones.

La dimensión **desarrollo de política pública**, se basa en las categorías de gobernanza, participación, organización y establecimiento de recursos, las cuales permiten ser la plataforma estratégica donde se asienta el modelo. La **dimensión gestión**, plantea cómo categorías el cuidado, la participación y la provisión de servicios sociosanitarios que se traducen en el quehacer del modelo; por último está la **dimensión propósito** plantea como categorías, la eficacia, el nivel de salud y el desarrollo humano, elementos que pretende lograr y fortalecer el modelo.

RESUMEN

La propuesta de un Modelo de Atención en salud basado en la estrategia de Atención Primaria para el Valle de Aburrá se configura bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APS-R) por ser esta la mejor herramienta para articular la complejidad que deriva la salud de las personas.

La salud es el producto de múltiples y variados significados que hacen las personas sobre sus vidas y maneras de vivirla, por ello la salud en este sentido, es parte de la cotidianidad de las personas y de las poblaciones, es un instante del proyecto de vida intencionado o no, de la sociedad donde se inscriben estos sujetos, es una expresión de esos complejos procesos que reproducen la existencia humana, es decir la determinación de la salud está dada por una condición biológica y social, que opera a diferentes niveles, uno general, (modos de vida), uno particular (Condiciones de vida); y otro singular (estilos de vida).(Castellanos, 1998, p.84 - 90)

Lo anterior significa que cuándo se analiza la situación de salud de las poblaciones y sus sujetos, se encuentra que en un momento dado, pueden encontrarse condicionantes y determinantes que expresan los diferentes dominios de la realidad, uno de nivel general o global que plantea como los modos de vida (política, cultura, ambiente, etc.) establecen estructuralmente los procesos de salud – enfermedad.

Una dimensión particular que hace referencia a las condiciones de vida como los mecanismos de producción y reproducción, los valores culturales, el perfil de subjetivación entre otros, condicionan la manera de estar sano y enfermo; y, por último la dimensión singular que hace referencia al plano en el cual se abordan los estilos de vida, los cuales se reflejan en el fenotipo y el genotipo, incluye el itinerario típico personal, el patrón individual y familiar de consumo; las concepciones y valores personales-familiares, la capacidad de organizar acciones en defensa de la salud y el itinerario ecológico personal y familiar. (Castellanos, 1998, p. 84- 90)

La salud en esta línea se instala en la perspectiva del desarrollo humano y social, asumiendo lo que plantea Sen en torno a este, como el proceso de expansión de capacidades para que las personas vivan y puedan vivir la vida que valoran, es decir es el proceso de expansión de las libertades reales que disfrutaban las personas, son las capacidades los elementos constitutivos y a la vez instrumentales, que tienen las personas para desarrollar las potencialidades que les permitan vivir la vida que valoran. (Sen, 2000, 19.)

La salud es entendida acá como medio y fin del desarrollo humano y social como una capacidad humana básica, un prerrequisito que les permite a los individuos realizar sus proyectos de vida, un elemento indispensable en la construcción de las sociedades democráticas, y un derecho humano fundamental. (Sen, 2000, p. 19)

En esta dirección la salud se puede definir como el conjunto de capacidades biopsicosociales de un individuo o de un colectivo, donde tales capacidades son de una gran diversidad, y el postular de unas sobre las otras, responde a un procedimiento ideológico “una mejor calidad de vida”.

La propuesta de un Modelo de Atención en salud basado en la estrategia de Atención Primaria para el Valle de Aburrá se ubica en una concepción teórica y metodológica amplia de la salud, asumiendo una postura ética del cuidado, de ahí la estrategia de la Atención Primaria en Salud Renovada (APS-R), como el dispositivo dinamizador coherente y pertinente en la construcción del modelo de atención en salud.

Dicho modelo, es la representación esquemática de la realidad en este caso del Valle de Aburrá, que se configura a partir de unos elementos y que sirve para organizarlos y comunicarlos más fácilmente como un todo, (RAE, 2015, p. 1) por ello el modelo es el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos para generar salud en la población, que supera al sistema de salud, específicamente en su perspectiva de aseguramiento y de simple provisión de servicios sanitarios.

El modelo está construido bajo la estrategia de APS – Renovada, adaptada por los municipios del Valle de Aburrá, de acuerdo a los mínimos posibles construidos desde la Red Metropolitana de Salud - REMES, considerando que es un buen referente práctico para organizar el sistema, dada su capacidad abarcante en términos de comprender la salud como un proceso determinado socialmente, de asumir la salud como herramienta y finalidad del desarrollo humano y como un derecho fundamental.

Los mínimos acordados en la red fueron los siguientes: cobertura, acceso y ámbitos de acción; prioridades de atención, primer contacto y capacidad resolutoria; atención integral y continua; cuidados apropiados con énfasis en promoción y prevención; recursos humanos; sistemas de información e indicadores de resultado; marco político, legal e institucional sólido mecanismos de participación activa; acciones de coordinación intersectorial. (Área Metropolitana del Valle de Aburrá e Institución Universitaria Esumer, 2015, p. 79)

La APS aquí se convierte en el enfoque amplio de la organización y operación del modelo de atención en salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

La APS como un medio, para alcanzar una mayor calidad en salud, obliga a diseñar una ruta práctica para configurar el modelo en términos su planeación, ejecución y evaluación, por lo que toma como referente táctico, la planeación prospectiva, que lleva a plantear el modelo de atención en tres dimensiones:

La primera, desarrollo del modelo como política, que se refiere a la plataforma donde se asienta la organización y sostenibilidad del modelo para valorar lo que se hace y medir día a día, la salud de la población, todo en función del desarrollo del territorio; la segunda dimensión es la gestión, que se refiere a la aplicación del modelo bajo la estrategia de APS - R en el territorio, es decir, del cómo se opera lo planificado, sus rutas, acciones y los componentes o elementos transversales del modelo, y la tercera dimensión, propósito, que significa la razón de ser del modelo de atención bajo la estrategia APS-R y, como tal, es el fin para lo cual fue creada, el propósito permite establecer la orientación misional y el alcance sobre el que se proyecta su implementación. (Área Metropolitana del Valle de Aburrá e Institución Universitaria Esumer, 2015, p. 85)

Lo anterior se representa bajo la analogía de un “Triciclo” con la idea de entender el modelo como una estructura que funciona en interdependencia, pues si el triciclo pierde una rueda es posible que el modelo no funcione adecuadamente. El modelo de atención en salud por su capacidad vinculante al desarrollo humano y social del territorio es responsabilidad de la autoridad sanitaria, en su diseño, operación y evaluación, en este caso en cabeza de alcaldes y secretarios municipales de salud, dado que el modelo se inscribe y a su vez favorece el plan de desarrollo municipal.

Por lo anterior es que ***La Propuesta de un Modelo de Atención en salud basado en la estrategia de Atención Primaria para el Valle de Aburrá*** se eleva a política pública donde la gobernanza/gobernabilidad, la participación, la organización y los recursos son las categorías estructurantes del modelo en torno a una política, no simplemente del sector salud sino del desarrollo, dado que es desde la estrategia de APS -R donde se concibe dicho modelo, es la plataforma donde se asienta el modelo, su gestión está dada por las acciones para el cuidado a partir de la participación social, de la gestión territorial y la gestión en la prestación de servicios sociosanitarios con el propósito de la generación de salud, la capacidad de gestionar conocimiento, de ser efectividad y de contribuir al desarrollo

Palabras claves:

Atención Primaria en Salud – APS - , modelo de atención en salud, política, gobernanza, participación y cuidado.

SUMMARY

The Model of Care of the Aburrá Valley is based upon Primary Health Care Strategy because it is considered as better tool to articulate the complexity of human health.

Health is the product of variety of meanings that people do about their own life and how they decide live. On this sense, health is part of the daily life of people and populations. It is part of the project of life, unintended or not, that society make for those people and the complex process that reproduce the human existence. In other words, the health determination is a biological and social condition that is moved at different levels; one is general (ways of life), one is particular (life conditions) and other is singular (life styles). (Castellanos, 1998, p. 84)

This means that when we analyze the health situation of population, we found that in a particular moment, can see conditionings and determinants that are showing different shapes of the reality. One at general level (global) that shows how the ways of life (culture, policies, environment, etc.) can define the health – disease process structurally. The particular dimension is refer to the life conditions, cultural values, productive mechanisms and others that cause changes in the way to be healthy or sick and the last dimension, particular dimension is about life style which are associated with genotype and phenotype, the individual and familiar pattern of consume, concepts and values of the families and persons and the capability to organize some actions for health defense and personal – family ecological plan. (Castellanos, 1998, p. 90)

The health as a concept is installed inside human and social perspective and is assumed, as Sen says, as a process to expand human capabilities to live the life that they want. It is the process to expand the real liberties that people enjoy and permit develop their own potential. (Sen 2000 p. 19)

The model of Care of Aburrá Valley is based upon a wide theoretical and methodological conception of health and consider an ethical position about care. This is one of the reasons for considering the Primary Health Care Strategy as a core of this model of Care

This model is a schematic representation of the reality of Aburrá Valley putting together some elements that once are organized can be showed easily (RAE, 2015, p.1). This model is the conjunction of organizations, institutions, resources that can be used to produce health in the population. It is much more than health system, specifically in assurance perspective and health care services delivery process

The model is made under Renewed Primary Care Strategy that was adapted by the Municipalities of Aburrá Valley according with the possible minimum agreements that the Metropolitan Health Network built. Those were considered as a good practical reference to organize the health system because permit to understand health as a socially determined process and assume health as a process and outcome of human development and as a human right

The minimum agreements were: Access and action fields, health priorities, first contact and resolution capability, Integrated and Continuum of Care, Efforts en Health Promotion and Prevention, Human Resources, Health information system and outcome indicators, political, legal and institutional solid frame, community participation, coordination of care through different sectors. (Área Metropolitana del Valle de Aburrá e Institución Universitaria Esumer, 2015, p. 85)

The Primary Health Care as a way to reach better health for all population, require a practical route when all can see the planning, execution and evaluation activities. For that reason the prospective planning model was chosen where this model was showed in three dimensions. Public Policy is the basis of the model and is according with the principles of health population and local development. The second dimension is Management and it is referred to how the model is applying in the field, in other words how the planned model is operated, which are its routes, actions and its transversal elements of it. The third dimension, Purposes, that is the core of the model which it was created. This dimension stables the mission and outcomes of the model. This three dimension can be represented as tricycle, as an inter-dependent structure where all wheels are moving at same time at the same address. (Área Metropolitana del Valle de Aburrá e Institución Universitaria Esumer, 2015, p. 85)

The model of care is highly closed to the human and social development and for this reason; the Health authorities (Mayors and Secretaries of Health) are responsible of it in all stages of planning, development and evaluation. This is one of the reasons why the model of care must be a public policy where governability, community participation, organization and resources are structural categories of the model that affects all sectors of human development not only health system with its purpose to generate knowledge, be effective and contribute to development of the city and its citizens

Keywords:

Primary Health Care , model of care, politics, governance, participation and care.

CONTENIDO

Presentación.....	3
Prólogo	5
Introducción.....	7
Resumen	9
1. EJES CONCEPTUALES DEL MODELO.....	15
1.1. El Desarrollo humano como alcance y producto del modelo de atención.....	15
1.2. La concepción de salud para el modelo de atención	16
1.3. La orientación procedimental del modelo de atención, el cuidado.....	20
1.4. Modelo de atención en salud que puede configurarse en el Estado Social de Derecho.....	21
1.5. La Atención primaria en salud como estrategia en la organización del sistema de salud	26
2. ELEMENTOS CLAVE A TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE DISEÑAR EL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD.....	28
2.1. Dimensión desarrollo de Política Pública.....	29
2.1.1. Brechas relacionadas con el desarrollo del modelo:.....	29
2.1.2. Elementos Clave Dimensión Política Pública	30
2.2. Dimensión Gestión.....	35
2.2.1. Brechas relacionadas con la Gestión.....	35
2.2.2. Elementos Clave Dimensión Gestión.....	37
2.3. Dimensión Propósito	40
2.3.1. Brechas relacionadas con el propósito:.....	40
2.3.2. Elementos Clave Dimesion Propósito	42
3. DESARROLLO DE LA PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD BASADO EN LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD PARA EL VALLE DE ABURRÁ.....	52
3.1. Hacia la construcción de una política pública de un modelo de atención bajo la estrategia de APS	53
3.2. Hacia el desarrollo la operativización de la propuesta de un Modelo de Atención en salud basado en la estrategia de Atención Primaria para el Valle de Aburrá.....	57
3.3. Hacia el logro del propósito del modelo	61
GLOSARIO DE TÉRMINOS	68
ANEXOS	70
BIBLIOGRAFÍA.....	76

1. EJES CONCEPTUALES DEL MODELO

Los Municipios de la Subregión Valle de Aburrá, vienen desarrollando acciones para fortalecer la **propuesta de un Modelo de Atención en salud basado en la estrategia de Atención Primaria para el Valle de Aburrá**, bajo la metodología prospectiva que contempla 4 dimensiones, propósitos, desarrollo, gestión y actores, se logró contrastar los valores, principios y elementos propuestos en APS de lo cual emergió unas categorías en torno a los conocimientos y percepciones que cada territorio le fue otorgando a dicha estrategia, desde los postulados internacionales y desde la praxis que se soporta desde una perspectiva del aseguramiento.

Luego de dicho proceso aparece una segunda fase, donde a partir de ese modelo propuesto o en escena que surge, se reinterpretan los hallazgos y aparecen nuevos supuestos a partir de los análisis de aciertos, brechas, aprendizajes y desafíos que en la práctica se generan particularmente, en un contexto como es el Valle de Aburrá y en el cual el sistema de salud, supeditado a una lógica del aseguramiento, le da un redimensionamiento y una lógica diferente tanto para el caso colombiano como para el contexto de cada municipio.

En la fase tres del proceso lo que se pretende es estructurar un modelamiento conveniente a partir de los supuestos que permitan construir el modelo a proponer, por ello el elemento estructural a considerar en la proyección y operación del modelo de salud en el contexto colombiano está en relación al sentido que le otorgan las personas a las categorías superiores de la APS, que en sentido estricto son las que se convierten en la intencionalidad de la atención y son: Salud, Desarrollo y Cuidado que en muchos casos son mal entendidas o generan confusión al momento de la operación del modelo. Todas estas categorías bajo la actual Constitución Política, son asuntos garantizables por el Estado.

1.1. El Desarrollo humano como alcance y producto del modelo de atención

Pensar en desarrollo humano debe ser la apuesta de todo Estado, desde la visión amplia de la salud pública en cuya praxis el propósito fundamental es gestionar la salud de la población, el desarrollo humano es el referente obligado, dado que la salud es uno de los elementos constitutivos del bien – estar, es decir la salud se instala como un elemento que potencia en los sujetos el buen vivir. En este sentido, la salud es proceso y es fin.

El desarrollo humano se concibe como un proceso, por ende, un movimiento que propicia la expansión de capacidades para que las personas vivan la vida que valoran y las razones para

valorarla. Como lo afirma Sen, el desarrollo humano es “un proceso de expansión de las libertades reales que disfrutaban las personas, son los elementos constitutivos y a la vez instrumentales, que tienen las personas para desarrollar las potencialidades que les permitan vivir la vida que valoran”. (Sen, 2000, p.31)

Las capacidades dentro de esta perspectiva libertaria, ponen en el centro de la reflexión al hombre, porque el desarrollo tiene que ocuparse más, de aquello que permite ser, hacer, tener y estar, bien, es decir el desarrollo humano se ocupa de la vida de las personas donde las libertades son el medio y a la vez el fin de todo bienestar, pues en la medida en que se goce de libertades fundamentales se enriquece la existencia humana, por ejemplo libertades fundamentales como la capacidad de la nutrición, del afecto, puede evitar la enfermedad y las muertes prematuras, las capacidades de leer, escribir, juzgar, pueden llevar a tener más libertad política, o libertad económica. Libertades que a su vez son las herramientas o instrumentos del desarrollo, porque en la medida en que se garanticen las oportunidades y los derechos, se favorece el desarrollo de las potencialidades, es decir se aumenta la eficacia y poder de las libertades. (Sen, 2000, p. 34)

El desarrollo humano debe entonces estar orientado a mejorar la vida en términos generales, a valorar las libertades que se disfrutaban, la manera en que ellas permiten potencializar la existencia, y realizar proyectos propios y colectivos de vida. Todo lo anterior depende entre otras cosas de los sistemas económicos, sociales y políticos, por ello más que pensar el sentido final de la libertad está en reflexionar el sentido instrumental de las libertades, porque es precisamente desde acá que se comprende la eficacia y se evalúa el grado de desarrollo.

Lo anterior porque el papel instrumental de las libertades, además de ayudar a establecer el proceso del logro de una vida digna, permite también generar las conexiones e interrelaciones que juegan las libertades políticas, los servicios económicos, las oportunidades sociales, las garantías de transparencia, para favorecer capacidades que permitan la configuración de su propio destino, por ello el Estado y la sociedad en todas sus estructuras, deben crear las condiciones y estrategias, y disponer de toda su institucionalidad, para propiciar el empoderamiento, la organización y participación de las personas, de tal suerte que supere la perspectiva de oferta pasiva de dar soluciones o programas de desarrollo ya acabados, a salvaguardar y acompañar de manera creativa los procesos de gestión y autonomía de las personas y comunidades.

La perspectiva de libertad en un modelo de atención en salud con enfoque de APS, permite reflexionar en la vida que se quiere llevar, esto se asemeja un poco a lo que se llama calidad de vida, que no es otra cosa que valorar la manera cómo transcurre la vida, no solo centrando la atención en la riquezas o renta sino también los logros y capacidades que esas personas construyen, para valorar la vida que tienen y quieren vivir.

1.2. La concepción de salud para el modelo de atención

La perspectiva de la salud en la que se instala un modelo de Atención Primaria implica una resignificación del concepto de salud, pues la salud siempre estaba asociada con no estar enfermo; salud y la enfermedad siempre estaban juntas; siempre se tenía clara la idea de enfermedad, porque se padecía o se sufría, pero no sucedía lo mismo con la salud. Gádamer lo menciona

(Gadamer, 1996, p.129) como una extraña realidad oculta que solo se percibe cuando se pierde, la salud forma parte de la propia vida, parece consustancial, está ahí y no se cuestiona. Se conciben las cosas en función de lo que tiene significado para la sociedad, y en este caso se encuentra la enfermedad, pero no la salud.

La salud como libertad, es decir como proceso y fin del desarrollo humano, es potencia, capacidad, reproducción, Weinstein la señala como la realización productiva de las potencialidades que son características del hombre, el uso de sus poderes. La capacidad de hacer uso productivo de sus poderes es la potencia del hombre, y la noción de capacidad es la verdadera matriz de la salud (World Health Organization, 2015, p. 11)

Las capacidades se implican unas a otras, se entretajan. Primero se desarrollan las vitales, luego se va produciendo la diferenciación hasta la captación de la intimidad, de la articulación estructural de la realidad, con el despliegue de la capacidad de la comunicación, de crítica, de integración, de ser autónomo, y de solidarizar. Todo ello impregnado de la potencialidad vital, existencial, social y psicológica, para el goce con los diversos ritmos de la vida, sin dejar de aprehender los límites, los vacíos, los conflictos. (Weinstein, 1989, p. 46)

En esta dirección la salud se puede definir como el conjunto de capacidades biopsicosociales de un individuo o de un colectivo, donde tales capacidades son de una gran diversidad, y el postular de unas sobre las otras, responde a un procedimiento ideológico “una mejor calidad de vida”.

Ese procedimiento ideológico que se postula hoy es, el lograr unos modos, condiciones y estilos de vida que contribuyan a un verdadero desarrollo humano. Si se adopta ésta concepción de salud, teniendo en cuenta dichas capacidades o libertades, todas ellas de indiscutible importancia social, política y cultural, lleva a poner en escena un asunto que da la posibilidad de construir en la sociedad una postura de la salud, como un asunto liberador, emancipador, que potencialice un adecuado desarrollo humano, y es quizá esto lo que de una u otra forma propone la Organización Panamericana de la Salud en lo referente a la estrategia de la Atención Primaria – Renovada.

“Un nuevo examen de los determinantes fundamentales de la salud y del desarrollo deben ocupar un lugar central en la agenda para el desarrollo”. (Organización Panamericana de la salud 2007 p.3). “El apoyo creciente a la idea de que la salud debe ser parte de la agenda, se refleja en la manera como se ha venido definiendo el desarrollo: si una vez se consideró sinónimo de crecimiento económico, ahora la visión predominante es multidimensional y está fundamentada en la idea de desarrollo humano” (Sen, 2000, p 19)

El nuevo enfoque parte de reconocer la salud como una capacidad humana básica, un prerequisite que le permite a los individuos realizar sus proyectos de vida, un elemento indispensable en la construcción de las sociedades democráticas, y un derecho humano fundamental. (Sen, 2000, p. 19)

La salud en esta percepción amplia, nos pone a reflexionar sobre lo que comúnmente hemos entendido por la salud y más aún cuando hay tantas libertades y capacidades negadas para responder a todas las necesidades de salud de la población. Por ello se hace necesario comprender que la salud es un fenómeno con implicaciones políticas, económicas y sociales y, sobre todo, un derecho humano fundamental, su negación, la pobreza, la explotación, la violencia, la exclusión

son las expresiones de una sociedad inequitativa, elemento estructural de la mala salud y de la muerte las personas más vulnerables (United Nations Development Program, 2003, p. 9)

En las últimas décadas se viene trabajando en modelos explicativos sobre el proceso salud – enfermedad, ellos reflejan la manera como se ha venido comprendiendo el fenómeno, desde realidades diferentes, entre ellas la de determinantes sociales, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo define como las circunstancias 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. (Organización Mundial de la Salud, 2008, p.3).

Esos factores pueden ser de carácter estructural, como lo son el gobierno, las políticas públicas y sociales, la posición socio-económica, la clase social, el género, la educación, la ocupación y el ingreso; atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente.

Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo “estructural” refuerza la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud. Igualmente están los factores intermedios, que son las circunstancias materiales: condiciones de vida, trabajo, disponibilidad de comida, factores biológicos y conductuales, la cohesión social y el propio sistema de salud; Los determinantes estructurales operan mediante los determinantes intermedios de la salud para producir resultados de salud. Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. (Organización Panamericana de la Salud, 2008, p.3).

De otro lado, está la propuesta de la determinación social del proceso salud – enfermedad que se hace desde la escuela de medicina social de Latinoamérica, cuya apuesta está en comprender que la salud y la enfermedad son procesos inherentes a la vida de los hombres y sus grupos humanos, es decir, la situación de salud está estrechamente vinculada a la vida cotidiana de los individuos y de las poblaciones, donde dicha cotidianidad es producto del proceso histórico de esa sociedad. (Castellanos, 1998, p. 89)

Esta perspectiva plantea que cada sociedad tiene una historia que le confiere una manera de vivir correspondiente, producto de las características naturales donde se configura, de las fuerzas productivas, de su organización económica, política y cultural, de su manera como se relaciona con el ecosistema y se construye su identidad como formación social, todo esto es lo que expresa la cotidianidad de las personas y se denomina modos de vida de cada sociedad; a su vez los modos están definidos por las características de producción y reproducción de una sociedad, es decir por las relaciones que establece esos grupos y sujetos, de la forma como insertan en la dinámica social, de las maneras como transforman la sociedad y por ello se les denomina condiciones de vida, las cuales se entretajan a partir de las características singulares de los individuos y grupos de su genotipo y fenotipo, de lo doméstico, lo comunitario, lo laboral, los valores, los hábitos, las normas, de su nivel educativo, su participación, su conciencia, es decir de los estilos de vida. (Castellanos, 1998, p. 87)

Lo anterior significa que cuando analizamos la situación de salud de las poblaciones y sus sujetos encontramos que en un momento dado, pueden encontrarse condicionantes y determinantes que expresan los diferentes dominios de la realidad, uno de nivel general o global que plantea como los modos de vida – política, cultura , ambiente, etc.- que determinan estructuralmente los procesos de salud – enfermedad. Una dimensión particular que hace referencia a las condiciones de vida como los mecanismos de producción y reproducción, los valores culturales, el perfil de subjetivación entre otros, que condicionan la manera de estar sano y enfermo y, por último la dimensión singular que hace referencia a el plano en el cual se abordan los estilos de vida, los cuales se reflejan en el fenotipo y el genotipo, incluye el itinerario típico personal, el patrón individual y familiar de consumo; las concepciones y valores personales-familiares, la capacidad de organizar acciones en defensa de la salud y el itinerario ecológico personal y familiar. (Castellanos,1998, p. 87)

La salud en este sentido, es parte de la cotidianidad de las personas y de las poblaciones, es un instante del proyecto de vida intencionado o no, de la sociedad donde se inscriben estos sujetos, es una expresión de esos complejos procesos que reproducen la existencia humana, es decir la determinación de la salud está dada por una condición biológica y social, que opera a diferentes niveles, uno general, (modos de vida), uno particular (Condiciones de vida); y otro singular (estilos de vida).

El mundo de la vida de las personas, es decir su cotidianidad, está constituida por un tejido de relaciones e interacciones en las cuales se circunscriben o concretan esos perfiles de la situación de salud, es decir donde se reflejan esas procesos de reproducción social, esos tejidos pueden ser, de base comunitaria que están mediadas por los intereses comunes, la solidaridad y la cooperación como son las familias, los clanes, los grupos de ayuda, los grupos de apoyo social entre otros y las de base societaria son aquellas que están mediadas por el contrato social y están establecidas por un cuerpo jurídico, se inscriben en un territorio determinado con el propósito de mantener unos acuerdos sociales convenidos para lograr una unidad en lo diverso, entre estas está la escuela, el municipio, el estado.

Los tejidos comunitarios y societarios se dan en los ámbitos cotidianos, es decir, operan en toda institución social, -sujetos, familia, comunidad y territorios, y van configurando y entrelazando los modos, condiciones y estilos de vida, y es en este sentido como la praxis de la salud comprende que esos escenarios posibilitan la concreción de la determinación y la posibilidad de dar las respuestas sociales para la salud y el bienestar.

Esta manera de ubicar la determinación social del proceso salud – enfermedad lleva a redimensionar el quehacer disciplinar de las áreas de la salud, donde su objeto no es simplemente aspirar a la eliminación de las enfermedades, aunque sea una de sus grandes tareas, sino a la transformación de la situación de salud para que no interfiera con las posibilidades del desarrollo personal y colectivo, para que se reduzcan esas asimetrías e inequidades, propias de los procesos de producción y reproducción social inadecuados y pueda construir un ideal o proyecto histórico conveniente, para que las personas puedan disfrutar de una situación de salud ética de acuerdo a sus condiciones naturales, a su desarrollo científico y técnico y a los recursos y oportunidades disponibles.

La salud pública, la epidemiología y la clínica como disciplinas de abordaje de la salud y la enfermedad de las poblaciones e individuos, debe estar al servicio de articularse con las aspiraciones

de los proyectos sociales compartidos o diferenciados de la sociedad para la transformación de la situación de salud hacia un ideal ético que contemple esas percepciones que cada actor tiene frente a su relación con la sociedad que le asiste, a sus derechos, a lo deseable y posible, por ello se define que para toda comprensión del fenómeno de la salud deben utilizarse las herramientas más pertinentes y rigurosas que den cuenta de esos procesos reproductivos e institucionales que determinan el perfil de la situación de salud de las personas para así poder definir las acciones y espacios institucionales sujetos de trabajo (Castellanos, 1998, p. 90)

A ese conjunto de acciones en salud se le denomina estrategias de intervención, que no es más que las respuestas sociales sobre la salud y el bienestar; todas esas acciones pueden ser predominantemente de promoción, predominantemente de prevención, o acciones predominantemente de curación y rehabilitación; estas estrategias operan para todos los niveles, -social, territorial, grupal, comunitario familiar o individual;- tomar la decisión de cuál es la estrategia adecuada pasa por procedimientos de carácter ideológico, ético, político, cultural, técnico científico y económico, es decir para cada evento o problema en salud de cada individuo, grupo poblacional o sociedad las acciones de intervención serán el producto de un análisis y comprensión rigurosa de como la salud y la enfermedad son determinadas en los diferentes niveles, dimensiones y ámbitos de la vida. Por ello la necesaria riqueza de explorar con métodos cuantitativos y cualitativos para comprender la compleja realidad de la salud de las personas y la construcción transdisciplinar para dar respuesta social a las necesidades en salud.

1.3. La orientación procedimental del modelo de atención, el cuidado

La perspectiva de entender la salud y la enfermedad como procesos vitales, determinados social e históricamente nos pone a pensar que la existencia es una circunstancia que conlleva a un juego de permanente exposición, de preocupación, de arroje en el mundo; en sentido Heideggeriano eso es lo que permite que la vida sea una posibilidad, porque se es Ser en el mundo, se está "familiarizado" con él, ocupando - se o cuidando - se como un ser de capacidades por delante y con la tarea de autoconstruirse en un mundo compartido con otros. (Botero D, 2007, p. 16)

El cuidado constituye la categoría central del nuevo paradigma de la salud. La falta de cuidado nos pone en riesgo, porque la ausencia de protección, de acompañamiento y de asistencia nos lleva a la devastación, por ello el ocuparse de las personas, de sus entornos, de sus vidas lleva a repensar el sentido ontológico de las acciones en salud, el imperativo ético es cuidamos o pereceremos. El cuidado asume una doble función de prevención de daños futuros y de regeneración de daños pasados. El cuidado posee ese don: refuerza la vida, atiende a las condiciones físico-químicas, ecológicas, sociales y espirituales que permiten la reproducción de la vida, y de su ulterior evolución. Lo correspondiente al cuidado, en términos políticos es la sostenibilidad que apunta a encontrar el justo equilibrio entre el beneficio racional de las virtualidades del ecosistema y su preservación para nosotros y las generaciones futuras. El cuidado desde esta perspectiva, retoma sus concepciones históricas, su raíz latina lo presenta como "cogitare" que significa pensar, juzgar, el concepto refiere a este como una actividad de reflexión, crítica, que implica necesariamente conocer, discernir, establecer el ser de algo para protegerlo, defenderlo y conservarlo. (Berciano, M., 1992, p. 435 – 450)

Lo anterior se precisa cuando aparece precisamente esa postura reflexiva de la salud en 1978 en ALMA ATA, en el artículo VI define la Atención Primaria de Salud (APS) como “el cuidado esencial de la salud basado en métodos y tecnologías prácticas científicamente apropiadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y familias de la comunidad, a través de su participación y a un costo sufragable”. Además propuso que la APS “es el primer nivel de contacto (lo más cercano posible) con el Sistema de Salud y su primer elemento del cuidado continuo de la salud” y que “es la función central y foco del Sistema Nacional de Salud y del desarrollo socioeconómico de la comunidad” (Alma-Ata, 1978)

1.4. Modelo de atención en salud que puede configurarse en el Estado Social de Derecho

Un modelo es la representación esquemática de una realidad que se configura a partir de unos elementos y que sirve para organizarlos y comunicarlos más fácilmente como un todo (RAE, 2015, p.1). En este caso, un modelo de atención bajo el sistema de salud de Colombia, será definido como el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos para generar salud en la población, lo cual implica explícitamente la definición de esos arreglos institucionales dentro del marco de un Estado que para el caso Colombiano está bajo la denominación de Estado Social de Derecho.

Esta definición de Sistema de Salud, no es nueva ni aplicable exclusivamente al caso colombiano. Los Sistemas de Salud surgen en la segunda mitad del siglo XX y se desarrollan con mayor fuerza en las 3 últimas décadas de dicho siglo. La intención de los sistemas de salud, siempre ha sido la prestación de servicios de salud a cargo del Estado y especialmente dirigidos a la población pobre y vulnerable, por lo tanto se consideraban como Sistemas Únicos de Salud a cargo del Estado.

En el caso colombiano, en los años 70 – 80 del siglo pasado, se da forma al Sistema Nacional de Salud, conformado por hospitales y clínicas a cargo del Estado. Para el año 1990, se crea la Ley 10 que reorganiza el Sistema Nacional de Salud, crea las Secretarías o Direcciones Territoriales de Salud (DTS), clasifica los hospitales por niveles de atención y redefine las competencias de estos actores. Esta ley es considerada como un antecedente de lo que ocurrirá en 1991 con la Constitución Política en cuanto a la descentralización de una función estatal como es la salud; sin embargo, tres años más tarde se redefine el Sistema de Salud con la aparición de la Ley 100 de 1993. República de Colombia, 1991, p. 1)

A diferencia de la Ley 10, la nueva forma de organizar el sistema de salud, introduce cambios sustanciales que no pueden ser obviados en la definición de un modelo de atención en salud:

1. La introducción de un actor llamado EPS que *Administra el sistema de prestación de servicios de salud* quitándole esa función al Estado.
2. La definición de un plan Obligatorio de Servicios de Salud (POS) que limita el derecho a la salud a lo allí contenido y determina la prestación de los servicios de salud.
3. La definición de un valor único por persona afiliada al sistema (UPC), que iguala a los habitantes de un territorio, evitando la real evaluación del riesgo individual y que además, sirve de base de contratación de los servicios de salud, especialmente en lo que se denomina servicios de baja complejidad.

4. La limitación de las Direcciones territoriales de salud (DTS) para la inspección vigilancia y control de los demás agentes del servicio de salud, dejando en manos del Estado central y en algunos casos a las DTS de orden departamental, esta función.
5. La participación de Instituciones de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas que compiten por el volumen de servicios contenidos en el POS y no por la calidad de los mismos.
6. La limitación del usuario a la escogencia real de la organización que le prestara los servicios de salud ya que esta función le fue delegada a las EPS.

Como consecuencia de esta Ley, se fragmento el sistema de salud y ya que no existe una responsabilidad directa del Estado en la garantía de la prestación del servicio de salud y además al encontrarse múltiples actores con múltiples intereses con transacciones marcadas por una lógica del mercado, el principal interés es la renta, más que el bien salud.

Las otras dos reformas que aparecen en el tiempo, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, tratan de suavizar esta tensión del mercado de la salud introduciendo elementos propios de la Atención Primaria en Salud, pero sin cambiar la esencia del pluralismo estructurado con competencia regulada. Paradójicamente, mientras en la Ley 100 aparecieron diversos decretos y acuerdos ministeriales, en estas dos últimas leyes, 1122 y 1438 no se han desarrollado muchos documentos y especialmente en lo concerniente al modelo de atención en salud. (República de Colombia, 2011, p. 1)

Si en el ámbito nacional, las reformas al sistema de salud se hacían a través de la normatividad, en el ámbito internacional se hace a través de documentos emanados por la OMS – OPS y que fueron firmados por Colombia. El primero de ellos fue el compromiso *Salud para todos en el año 2000 (SPT 2000)* firmado por los países miembros de la OMS en el año 1978 y en el cual se proponía la *Atención Primaria en Salud (APS)* como la estrategia o mejor forma de organizar los sistemas de salud. (Alma-Ata, 1978, p.1). En el caso colombiano, la ley 10 y la 100 fueron los mecanismos de como el Estado colombiano quiso cumplir con esa meta y así aparecen en los documentos que sirvieron de base para sus ponencias ante el congreso de la república. (República de Colombia, 1990, p. 1)

Como la mayoría de los países adscritos a la OMS no lograron la meta SPT2000, en la primera década de este siglo fueron muchos los documentos de la OMS en torno a cómo reorganizar los sistemas de salud en el mundo y nuevamente le apuntan a la APS como la mejor forma para lograrlo. Sale a la luz pública un nuevo documento llamado *Atención Primaria en Salud Renovada, más necesaria que nunca (APS-R)*, cuyo primer borrador se da a conocer en el año 2006 y el documento oficial sale en el 2008. Colombia vuelve y le apunta a la APS-R con un mecanismo legal como las leyes 1122 y 1438 antes mencionadas e incluyendo en los artículos de la última, elementos contenidos en el reconocido *Sol de la APS*, y denominados como valores, principios y elementos, pero sin la reglamentación necesaria para su ejecución.

Es interesante además recordar que no solamente no se ha querido avanzar en la reglamentación de las leyes 1122 y 1438 sino que dos proyectos de ley presentados por los gobiernos de turno, han querido desaparecer estos valores, principios y elementos de la APS-R del concierto normativo colombiano.

Sin embargo, Colombia al inscribirse como un Estado Social de Derecho, fija una postura ideológica en términos filosóficos, morales, económicos y sociales que permean toda relación entre el Estado y el sujeto, en este caso ciudadano colombiano. El artículo 1° de la constitución expresa que:

Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general (República de Colombia, 1991, Art 1)

Lo anterior permite esbozar una posición de ser humano y la relación de esa sociedad con el Estado. El nombrarse Estado Social de Derecho, implica el reconocimiento de derechos de índole tanto individual como colectivo, con una idea de propiedad privada (el sujeto como dueño de derechos), pero sumada a la existencia de su función social, con una importante labor interventora del Estado en todos los niveles que no puede serle válidamente velado, con una idea de igualitarismo con intervenciones necesarias y no siempre obligatorias.

En el Estado Social y de Derecho la prescripción de la norma es la que determina su gobernabilidad, pues es el gobierno quien cumple y debe hacer cumplir la ley, porque debe proteger la dignidad humana y los derechos del ciudadano, en este sentido la salud se inserta en una lógica asumida como derecho humano fundamental, precisamente porque se sustenta como un elemento universal para el bienestar individual y colectivo, por ello a partir del presente año bajo un proceso de movilización social se aprueba la ley estatutaria 1751 de 2015 en la cual se asume que Colombia debe garantizar el derecho a la salud y a su vez regular y establecer los mecanismos de protección. (República de Colombia, 2015, Ley 1751 p.1)

Por ello define que la naturaleza y contenido del derecho a la salud es que

Todo individuo y colectivo tiene derecho autónomo e irrenunciable a la salud al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente... Se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud. (Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000, P.Parte III artículo 12).

El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. Lograr esto implica necesariamente una nueva lógica en la prestación de servicios dirigidos al mantenimiento, preservación y recuperación de la salud de los colombianos y obliga, desde esta perspectiva, a la integración de acciones y de actores intra e intersectoriales. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. (República de Colombia Ley 1751 estatutaria de salud, 2015, p 1)

Dicha ley es aplicable para todo los agentes, usuarios y demás instancias que intervengan de manera directa o indirecta en la garantía del derecho fundamental a la salud. Exige entonces el diseño de un sistema y modelo que permita la garantizar y materializar al derecho fundamental, mediante el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones;

competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el estado disponga.

El Estado en su condición de garante del derecho es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

- a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas;
- b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;
- c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales;
- d) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio;
- e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto;
- f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población;
- g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas; h) Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud;
- i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población;
- j) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en la salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio (República de Colombia, 2015, p. 1)

Desde 1991 donde se crea la nueva constitución colombiana, la salud como derecho no existía, lo que se garantizaba era el derecho a la Seguridad Social y al servicio de salud el cual se plasmó con la ley 100 de 1993 y cuyo objeto primordial es el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. 1993. (República de Colombia, 1993, p. 1)

La salud en este primer estadio del Estado era concebido como servicio determinado, dirigido y coordinado por el Estado, cuya apuesta ideológica estaba instalada en el "pluralismo estructurado

con competencia regulada” que promulga una privatización en la atención en salud donde diversos actores publicos y privados entran en el juego de la competencia por los usuarios, bajo la ejide del Estado, condicion que conlleva su propia tension hacia la competencia de la oferta, y como consecuencia lógica su preocupación no es un buen nivel de salud personas sino el crecimiento de servicios para maximizar la renta y mas si son de alta complejidad, con la consecuente ruptura de la integralidad por lo que se favorece fragmentacion de los servicios y la especialidad que aumenta el gasto en salud.

Por lo tanto hoy Colombia se encuentra en una doble lógica que no conversa facilmente y que en ocasiones son polos opuestos: Mantener un sistema de salud bajo los conceptos del pluralismo estructurado o volcarse al derecho a la salud que plantea una nueva ley estatutaria.

En medio de ambos, aparecen los modelos de atención en Salud y especialmente los basados en APS-R como una alternativa socialmente aceptable, pero que en su aplicación dependerá mas de la concertacion, el liderazgo y la capacidad de concertación que posean los actores en el ambito local y es en este preciso escenario donde el área metropolitana como espacio (territorio) – poblacion puede incidir en la construccion de un modelo de atencion en salud en el cual puedan involucrarse los actores que la Ley 100 de 1993 estableció y que aun se conservan.

Lo anterior lleva en primer lugar a resignificar la salud como un derecho fundamental, inalienable e irrenunciable el cual debe estar instalado desde un discurso ético y para ello debe entenderse desde una perspectiva amplia y coherente con el Estado Social de Derecho, es decir debe estar en relación con la vida de las personas, como posibilidad de disfrute y capacidad para que las personas hagan de su vida la que puedan y quieran tener, es decir, eleva la salud a ser una preocupación central en el desarrollo en la medida en que la salud es una condición propia de la dignidad humana.

Pensar un modelo de atención en salud bajo este estado implica el diseño de un sistema coherente en términos de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. 6) y al mismo tiempo eficiente para todos los actores.

Este sistema de salud comprendido por el sector público, privado, tradicional e informal, debe asegurar el cumplimiento efectivo de sus cuatro funciones principales: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión. Por lo tanto cualquier modelo debera tenerlas en cuenta al momento de su diseño.

El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud es el Gobierno Nacional, pero resulta fundamental la buena rectoría de las regiones y es precisamente allí, en los municipios, donde se concreta el modelo. Por lo tanto, la gobernanza/ gobernabilidad del mismo deberá estar enmarcada en el accionar de las secretarías de salud y cada una de las instituciones sociosanitarias.

Lo anterior justifica el interés del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, como organización que agremia los gobiernos locales, para conformar REMES (Red Metropolitana en Salud) que tiene como uno de sus objetivos ayudar en construir un modelo de atención en salud propio de la región que le faciliten la articulación de los diferentes entes territoriales que la componen , dada

las características propias de la producción y reproducción social que allí se gesta, además como espacios jurídico – administrativos y simbólicamente conformado.

Por ello es que desde el Área Metropolitana del Valle del Aburrá como región de articulación de territorios jurídico – administrativos y simbólicos constituidos, les permite generar sinergias entendiendo que la salud no es un asunto simplemente de provisión de servicios sanitarios; es la posibilidad de constituir el sistema de salud en un territorio conurbano como un arreglo institucional compuesto por de todas las instituciones, políticas, organizaciones y recursos dirigidos a mejorar la salud y por ende a generar bienestar de una población ubicada en un territorio.

1.5. La Atención primaria en salud como estrategia en la organización del Sistema de Salud

Según OMS y demás organismos internacionales, la mejor estrategia para organizar sistema de salud está es pensarlo bajo la estrategia de atención primaria. (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2007, p. 8). Sin embargo, por efectos de la concepción del sistema y el obligatorio cumplimiento de la normatividad vigente, la mayor parte de las “intervenciones” en salud que se realizan en nuestro medio no se ajustan a las necesidades sentidas de la comunidad. El énfasis se pone en las metas de producción de los servicios ofertados y no en si estos contribuyen al cambio de la situación de salud y el nivel de salud de la población intervenida.

Todas las razones antes expuestas conducen a la necesidad de diseñar un modelo de atención integral, entendida como el conjunto de políticas, planes, programas, proyectos e instrumentos que operando coherentemente garantizan la atención integral e integrada a los individuos, las familias y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud. El modelo de atención incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad.

Dado el estado actual de desarrollo del sistema, es necesario que el modelo de atención incluya intervenciones orientadas a garantizar su integralidad, continuidad, pertinencia, retomando tres concepciones estratégicas esenciales:

1. Los principios y orientaciones de la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APS - R).
2. El enfoque de la salud basado en Individuo - familia y comunidad / territorio (IFC)
3. La gestión integral del cuidado y del riesgo de salud.

La APS, es el marco general para promover la coordinación del sistema en función de sus respuestas, el enfoque IFC/T enfatiza el interés del modelo en la población e integra los diferentes servicios sectoriales e intersectoriales entre la población, los territorios y entornos sociales y la gestión integral del cuidado y del riesgo, articula una respuesta de tipo anticipatoria y la gestión clínica dirigida a mejorar el estado de salud.

Las estrategias anteriormente mencionadas a la vez permiten la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas e intervenciones en Salud, de acuerdo a la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, las cuales deben aplicarse teniendo en cuenta la diferencia de las personas y los colectivos en los diversos contextos poblacionales y territoriales , así como las competencias que cada uno de los actores del Sistema debe cumplir.

Pensar el modelo como estrategia en la organización del sistema, implica comprender que su legitimación va a estar dada por el grado de compromiso que la población le va a otorgar a la estrategia, por ello aún cuando exista leyes que respaldan la APS en el país, su reglamentación no está fijada, además porque su implementación va a estar supeditada por la particularidad de los territorios, por ello un esfuerzo que quiere ayudar a forjar el Área Metropolitana es elevar la estrategia a una política pública, en términos de la gestión pública porque permite fijar una voluntad para que diferentes actores participen, organicen, gobiernen y dirijan el modelo

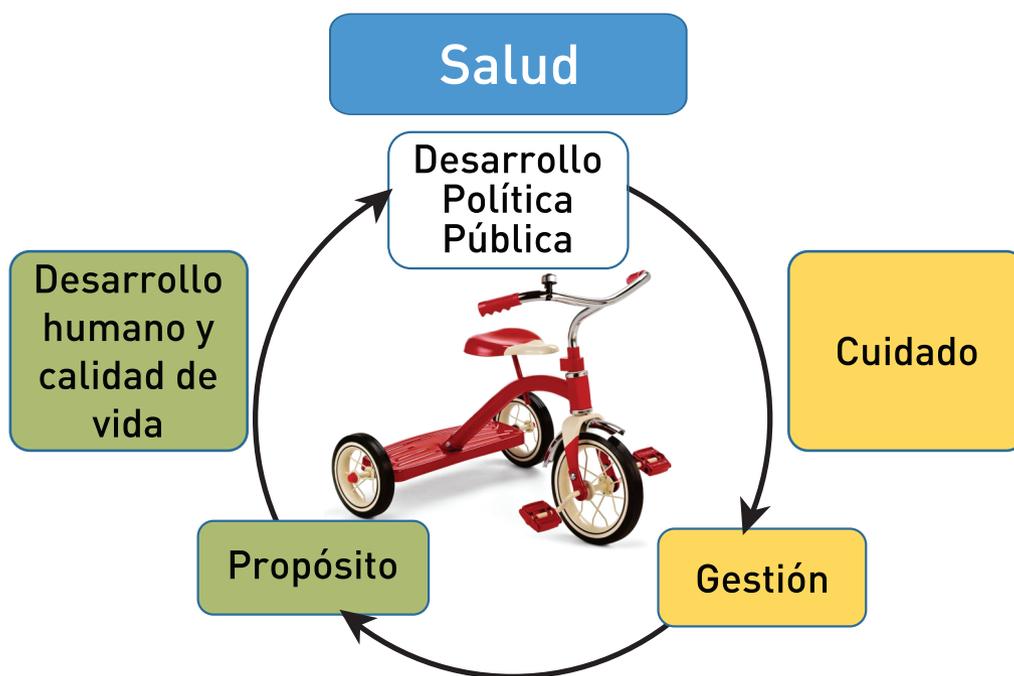
2. ELEMENTOS CLAVE A TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE DISEÑAR EL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

Con el supuesto anterior, de concebir todo modelo de atención desde una política pública y teniendo como insumo las brechas y desafíos se desarrollará este marco teórico y metodológico donde navegará cualquier modelo de atención en salud que se diseñe partiendo desde las tres Dimensiones básicas del modelo a proponer: Desarrollo de una Política Pública; Gestión y Propósito, que siguiendo una analogía simbólica de suponer que el modelo podría representar un triciclo, donde sus tres ruedas tienen una función indisoluble en la cual, la falta de una de ellas o su mala elaboración, no dejarían que dicho triciclo funcionara.

La imagen también refuerza la idea de tres momentos o fases claves del modelo: Fase de Aprestamiento, Fase de Implementación y Fase de Monitoreo, las cuales se harán cíclicamente una vez el modelo este en ejecución. (Gráfica 1)

Gráfica 1.

Propuesta de un Modelo de Atención en salud basado en la estrategia de Atención Primaria para el Valle de Aburrá. "El Triciclo"



Fuente: Construcción propia

2.1. Dimensión desarrollo de Política Pública

2.1.1. Brechas relacionadas con el desarrollo del modelo:

Uno de los vacíos encontrados dentro de la implementación de la estrategia en los municipios del Valle de Aburrá, estaba en relación a su legitimidad, debido al reducido ámbito dónde se trabajaba la estrategia, por lo tanto se hace necesaria la definición de un modelo de atención bajo la estrategia de la APS a través de política pública, que permita institucionalizar la voluntad de gobierno - sociedad, posibilitando contar con un escenario político-administrativo que dé continuidad a la estrategia y la posición como eje orientador de la agenda pública en salud, en todos los territorios. (Área Metropolitana del Valle de Aburrá e Institución Universitaria Esumer, 2015, p. 103)

Lo anterior implica que cada municipio debe realizar el **acuerdo respectivo**, además porque supera la visión sectorial que impide la perspectiva de determinantes de la salud.

En términos jurídico - administrativos de gestión territorial, el acuerdo permite la intersectorialidad, continuidad, integración, generación de recursos, programas y proyectos de largo alcance.

Es importante anotar en este apartado que lograr llevar la APS a nivel de política pública, parte del principio de reconocer en esta estrategia, un medio que permite mejorar estructuralmente las condiciones de vida de las personas en diferentes aspectos, esto es; la salud física, mental y social, pasando por situaciones relacionadas con la enfermedad física hasta el involucramiento de aquellas relacionadas con la convivencia familiar y social.

Una política pública no solamente constituiría un acto administrativo; sino que con ello se incluiría la APS en la agenda pública de salud, porque la política pública se constituirá en el flujo de decisiones y acciones intencionalmente coherentes y sostenibles y racionalmente enfocadas para una atención en salud integral e integrada; lo que se entiende como asuntos que conciernen al gobierno, a la sociedad civil y al sector económico como prioritarios para lograr mantener la cohesión social y promover el desarrollo de la población. Para cada caso específico la APS en cada Municipio se orientará a contribuir con la dignificación de la vida y el mejoramiento de las relaciones sociales, a partir de la instalación de prácticas saludables en individuos consigo mismos y con sus entornos sociales y físicos.

Así mismo una política pública se torna como un instrumento que le permite a las comunidades valorar y empoderarse de la APS como un mecanismo de garantía de sus derechos, haciéndolas corresponsables en su desarrollo y efectividad; es decir, ya no solo como receptoras pasivas, sino como actores participes de su continuidad, asumiendo los deberes y derechos que ello implique, incluyendo la exigencia hacia los gobiernos futuros de garantizar su desarrollo y sostenibilidad.

Un avance para la configuración de política pública en el modelo de APS, está en la definición del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021; es un hito como ejercicio de movilización social sin precedentes en Colombia. En la consulta poblacional los ciudadanos y ciudadanas validaron el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, (Ministerio de salud, República de Colombia, 2012, p. 19.) Como la expresión concreta de la política de Estado que reconoce la salud como un

derecho interdependiente y una dimensión central del desarrollo humano. Así mismo, se resalta la participación articulada entre sectores, actores, comunidad e individuos responsables de la intervención efectiva y positiva de los procesos de salud-enfermedad, a través del abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud - DSS, con el fin de crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia.

La propuesta de Modelo de Atención en salud basado en la estrategia de Atención Primaria para el Valle de Aburrá, tendrá una rectoría por parte de municipios y sus Secretarías de Salud: se dispondrá del mayor número de herramientas posibles; planes, políticas, programas, proyectos, acciones y a partir de un buen desarrollo de capacidades de liderazgo, directivas, técnicas y operacionales; además de desarrollar una buena planeación, ejecución, evaluación y monitoreo de la gestión pública en salud; se convertirá en el mejor indicador de la gobernanza y gobernabilidad. Esta postura de “establecer políticas y programas de atención primaria como eje central de los sistemas de salud”, es un reconocimiento de la Atención primaria renovada a los esfuerzos en el final siglo XX, para subsanar lo no alcanzado desde lo propuesto en Alma Ata, cobertura universal, atención centrada en las personas, la salud en todas las políticas de todos los sectores y el liderazgo en pro de la salud. (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2007, p. 2)

2.1.2. Elementos Clave Dimensión Política Pública

Para el desarrollo de esta dimensión, definimos cuatro elementos clave relacionados que son:

2.1.2.1 Gobernanza. Una de las brechas encontradas fue la ausencia de una política pública de orden municipal que convierta la APS en la estrategia de organización municipal para el modelo de salud y sistema de Salud y aunque la presencia de una política pública, permite darle mayor legitimidad a la estrategia, ésta no garantiza la gobernanza/ gobernabilidad en el sistema de salud. En el caso colombiano, al no existir una capacidad de orden legal, en el ámbito municipal, para que todos los actores deban obligatoriamente acoger la política (especialmente los actores de orden superior como son las Empresas Prestadoras de Salud - EPS, organizaciones de orden departamental como los hospitales regionales o nacional como Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF, el Instituto Nacional de Salud - INS entre otros), debe existir una gran capacidad de liderazgo, gestión, negociación, concertación y emprendimiento al interior de la administración municipal, en cabeza del alcalde y los secretarios de despacho, especialmente los relacionados con la dimensión social y sanitaria del territorio.

Los problemas de gobernanza están instalados por varios asuntos, uno de ellos está en relación a las posturas ideológicas donde se ubican los gobernantes, el segundo es el cruzado por los intereses particulares de cada uno de los actores; especialmente por factores de economía política, de participación en el mercado de salud, de representación social y obviamente por intereses de poder. Integrar estos intereses implica el desarrollo y cualificación de competencias de profesionalismo, liderazgo y de negociación de intereses y conflictos; donde quien dirija o coordine el proceso de diseño e implementación de la política pública en APS, logre alinear a todos los actores en pro de un objetivo / beneficio común: La Salud de la población. Garantizar la gobernanza es el primer

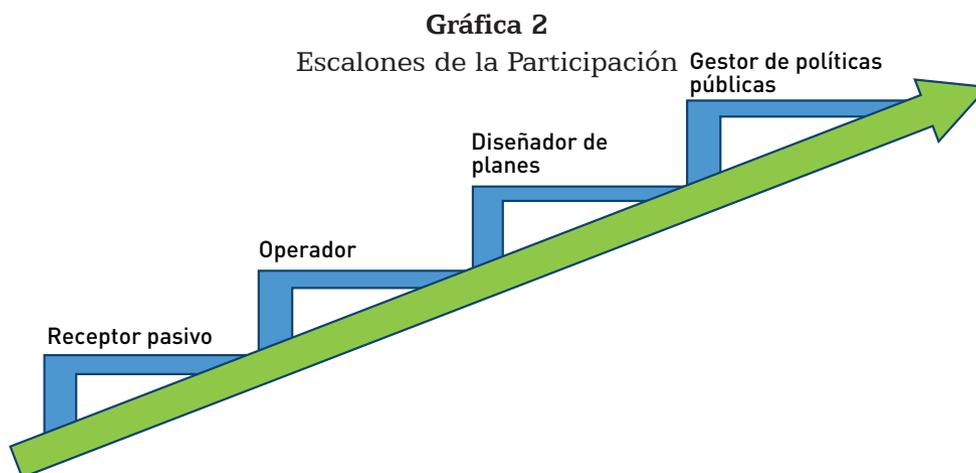
paso en la etapa de aprestamiento del modelo y la primera actividad de este paso, es la creación de una política pública en salud que determine la APS como estrategia del modelo de atención en salud.

La gobernanza, es según Camou la acción y efecto de gobernar y autogobernarse, es la manera de gobernar y la gobernabilidad, es el equilibrio dinámico entre el nivel de las demandas societales y la capacidad del sistema político (estado/gobierno) para responderlas de manera legítima y eficaz. La gobernanza y gobernabilidad se establecen a partir de los dominios niveles; (cultura política, instituciones y políticas públicas) y campos de acción gubernamental (campo político, económico y social) las cuales se interrelacionan para dar respuestas institucionales y así reducir la incertidumbre y que serán adecuadas si se sustentan en una serie de acuerdos básicos entre los dirigentes y una mayoría significativa de la población proporcionando legitimidad a las acciones de gobierno. (Camou, citado por Mayorga y Córdova., 2007, p. 6).

La gobernanza en la propuesta de un Modelo *de Atención en salud basado en la estrategia de Atención Primaria para el Valle de Aburrá* será entendida como la capacidad técnica del Municipio para responder a las demandas sociosanitarias con eficiencia y transparencia (Campione, 2002, p. 8). Es decir la gobernabilidad como cualidad de los sistemas políticos está dada por la legitimidad, representatividad y eficiencia/ eficacia.

2.1.2.2. Alineación de los recursos económicos territoriales. Un primer efecto de la creación de la política pública municipal, que mejora la gobernanza, es la alineación de los recursos económicos territoriales para la salud, los cuales no son exclusivamente los que están en el fondo local de la salud (fiscales, rentas cedidas, recursos propios y regalías en la mayoría de los casos); sino aquellos otros recursos como son los propios del aseguramiento (especialmente los dirigidos a la atención en salud de la población subsidiada y la población pobre no cubierta) y los recursos que otras organizaciones como cajas de compensación, ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA, otras secretarías sociales entre otras que tienen actividades en el municipio y proceden de la parafiscalidad, además de los recursos de orden privado que sea posible integrar a la estrategia y que están en fundaciones y otras organizaciones sin ánimo de lucro y empresas privadas. En otras palabras, se debe crecer el presupuesto para la salud municipal a través de la conjunción de fuentes de financiación y de actores.

2.1.2.3. Participación de actores. El tercer elemento clave para el desarrollo de la Política Pública, implica la participación de todos los involucrados con acciones o intereses en el desarrollo socio-sanitario del territorio. El sector salud está lleno de mecanismos de participación ciudadana, social y comunitaria; los cuales en muchas ocasiones en lugar de favorecer la participación, la confunden y no conducen al propósito de mejorar la inclusión social en la toma de decisiones en salud. Para muchos autores, la participación se puede desarrollar en al menos cuatro escalones (Wilcox, 1994, p. 4): como receptor pasivo; como operador de acciones; como diseñador de planes, programas y proyectos; y como gestor de políticas públicas (1994, p. 12): gráficamente.



En esta dinámica, la creación e implementación de la política pública requiere de una participación en los niveles superiores; tanto en el diseño de planes, programas y proyectos, como en la gestión de la política pública.

La participación no es asunto simplemente de pertenecer y adscribirse a algo, es aprestarse, disponerse, gestionar, organizar, compartir, solidarizar, actuar, negociar, movilizar para poder transformar realidades; La participación es otra de las cualidades de la gobernanza es lo que permite valorar la representatividad que tiene cualquier acuerdo de carácter político, económico y social.

Estos niveles y grados de participación, tienen una forma desde lo local, como son *los Consejos Municipales de Política Social (COMPOS)* y *el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud (CTSS)*. Este último limitado a los actores propios del sector salud y ligado a la concertación de las acciones incluidas en el Plan de Salud Pública y el Plan Obligatorio de Salud. El primero, es mucho más amplio y permite la concertación de acciones dirigidas a los determinantes sociales de la salud. Si se quiere que el modelo de atención sea integral deberá pensarse desde el COMPOS y si se quiere que el modelo de atención sea integrado, debe pensarse desde el CTSS, entendiéndose que lo integrado hace parte de lo integral.

2.1.2.4. Organización de la Unidad Espacio – Territorio / Población. La última categoría para la construcción de la política pública es la organización del territorio. Un primer elemento a considerar está en relación a la manera como se comprende la realidad de las personas; en ese espacio físico o simbólicamente construido, existen diversas metodologías para interpretarla y analizarla. La ruta sobre la cual deba trabajarse está en relación a una realidad que se quiera explorar, si es objetiva, subjetiva o intersubjetiva.

Una de las herramientas útiles para establecer necesidades de población está en relación a los diagnósticos participativos; que si bien con ello se exploran las realidades subjetivas o intersubjetivas, nos pueden dar elementos de las singularidades de la población. Igualmente podemos trabajar la

investigación Acción Participación -IAP- como otra herramienta de trabajo participativo, pues con la misma población se investiga y se transforman realidades; dichas metodologías conectan a la población por su protagonismo en la construcción de la realidad y por último tenemos las investigaciones cuantitativas como los estudios epidemiológicos y los Análisis de Situación de Salud, se insiste en las palabras análisis y situación, porque no se trata de la elaboración de un perfil de morbilidad, sino en el establecimiento de relaciones dialógicas que expliquen los determinantes de salud y de enfermedad de la población.

Se debe tener en cuenta que tanto la salud como la enfermedad no se distribuyen homogéneamente en toda la población y condiciones como procedencia, ubicación, nivel educativo, estrato socioeconómico, aseguramiento, género, edad, raza condicionan el proceso salud – enfermedad. Tanto a la presencia como a la ausencia de la enfermedad determinan el estado de la salud de la población. Todo lo anterior permite tener el mejor conocimiento y evidencia disponible para fortalecer y legitimar desde el sentido local a los datos encontrados, mejora la institucionalidad del proceso; porque los actores locales se sienten con mayor poder de participación y con mayor compromiso con los resultados.

Es necesario tener en cuenta que la APS como estrategia planificadora, debe focalizar sus esfuerzos *dada la complejidad de las necesidades en salud y sus recursos*; por ello siempre habrá una lógica de priorización de acciones en el ámbito municipal. Se habla de priorizar más que de focalizar, porque los procesos de focalización se determinan normalmente por una variable o condición de las personas que por una realidad encontrada. Queda claro además que al priorizarse en Planes, Programas y Proyectos, se garantiza la coherencia de acciones y continuidad de los mismos, en la medida que se vayan logrando los impactos esperados los cuales pueden ser dirigidos a disminuir la magnitud o disminuir la gravedad.

Por ejemplo, un evento en salud puede ser la muerte por desnutrición. Si se evalúa como gravedad, es alta porque la muerte es el peor de los resultados de un evento: si se evalúa por magnitud, posiblemente no existan muchos muertos, pero la condición sobrellevante, desnutrición, puede ser alta. Por lo tanto un Plan de seguridad alimentaria deberá dirigirse a ambos impactos y desarrollar a su interior programas o proyectos específicos con actores específicos que trabajados articuladamente, mejoren la situación de salud encontrada. Ahora tanto la magnitud como la gravedad de este evento, no ocurren en el vacío sino en una población específica con unas condiciones determinadas y son estas particularidades las que debe arrojar el ASIS o los diagnósticos participativos.

Una vez definido con mayor claridad y particularidad, es posible que en el COMPOS y en el CTSS, los diversos actores allí citados puedan determinar cuáles son los recursos existentes y la capacidad resolutoria local, de tal forma que al interior del Plan queden claramente definidos los programas, proyectos, actores y acciones a desarrollar.

Con este simple ejemplo se puede ver que un evento de salud deberá ser visto desde todas las miradas y no exclusivamente sectoriales y además se puede evidenciar la sinergia requerida para la solución del mismo.

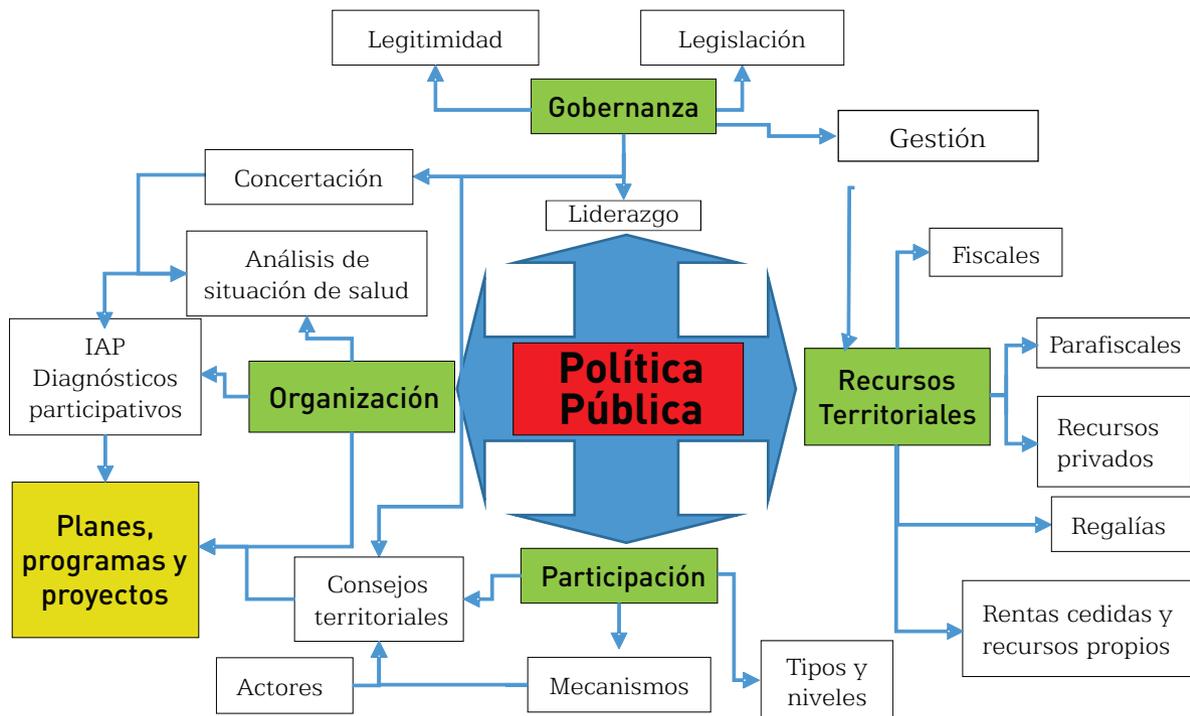
Por último, es necesario recalcar que las necesidades aunque finitas, no desaparecen en su totalidad, sino que van transformándose en la población; pero los recursos, si son finitos y se consumen por

lo que la relocación de los mismos deberá hacerse cuando se tenga claro el mapa de necesidades y recursos locales; y evitar hacerlo por eventos aislados. Es en esta fase donde la eficiencia se convierte en otro criterio de buena gobernabilidad.

También es necesario recordar que los satisfactores incluidos en los planes, programas y proyectos; mientras mayor sinergia causen, mejores resultados producen y menores recursos consumen. Encontrar dichos satisfactores es una de las condiciones que deberá ponerse como metas el COMPOS y el CTSS. Como ejemplos de satisfactores sinérgicos están la empleabilidad de las mujeres cabezas de hogar, la inserción escolar en los adolescentes, la atención integral de los menores de 5 años, el mejoramiento del saneamiento básico y la vivienda, la creación de agentes comunitarios de salud, etc.

Si se evalúan estos elementos clave de la creación de políticas públicas y se les mira desde la óptica y la lógica de la APS se encontrará que algunos de sus valores, principios y elementos ya están incluidos y es precisamente esto lo que le da legitimidad a la política; otra de las propiedades de la buena gobernabilidad. Gráficamente se puede ver esta dimensión así: (Gráfica 3)

Gráfica 3.
Dimensión desarrollo de la política pública del modelo de atención



Fuente: Construcción propia.

Debe quedar claro que esta Dimensión, no se limita a la elaboración de un documento denominado política pública de la gestión de la salud municipal, sino a cómo hacer operativo dicho documento.

Además que esta dimensión es la base conceptual – operativa esencial de la estructura llamada **“Triciclo”** antes mencionado; es lo primero que se debe asegurar y de ella depende la gobernanza, la gestión con relación de recursos territoriales, la participación y organización del sistema de salud local que se concreta en Planes, programas y proyectos.

2.2. Dimensión Gestión

2.2.1. Brechas relacionadas con la Gestión:

Pensar el asunto de organizar el plan territorial de salud en coherencia con una política de atención integral en salud, atravesada por la estrategia de Atención Primaria en Salud, recogiendo los elementos del Plan de Desarrollo, Plan Decenal De Salud, El Plan de Ordenamiento Territorial, el Plan de Desarrollo Territorial y las políticas sociales que llevan a generar salud; es el primer ejercicio de pertinencia frente a la gestión de un modelo en un municipio.

El desarrollo de la estrategia APS procura la puesta en marcha de una gestión eficaz y eficiente respecto a las necesidades de las población; por tal motivo se sugiere concentrar los recursos que le son asignados en soluciones efectivas, que se dan haciendo énfasis en la resolutivez, posibilitando mejorar el acceso de las familias y comunidades a los servicios sociosanitarios desde su propio entorno, ayudando a romper el paradigma cultural de que las necesidades de salud se solucionan solo en los centros hospitalarios. (Área Metropolitana del Valle de Aburrá e Institución Universitaria Esumer, 2015, p. 105)

Con base en esto, un reto fundamental es lograr avanzar en la identificación, consolidación y concertación de criterios generales que permita priorizar la población a impactar con la implementación de las acciones definidas en el marco de la APS; de tal forma que puedan lograrse avances en la transformación de los patrones comportamentales desfavorables a la salud y la resolutivez a condiciones que así lo requieran; en procura de lograr una mayor efectividad de la estrategia en todo el Valle de Aburrá.

Un aspecto estratégico y de relevancia en el desarrollo de APS está dado por el vínculo entre la Alcaldía, a través de la Secretaría de Salud principalmente y las Empresas Sociales del Estado -ESE en el nivel municipal; lograr esta integración es un importante reto para el desarrollo de la APS en el futuro inmediato y de mediano plazo, lo cual requiere de la voluntad política acompañada de la normalización de los instrumentos administrativos que le den viabilidad financiera y técnica a la estrategia, evitando cortes temporales en su ejecución, que comprometen la efectividad del proceso de acompañamiento y atención de familias. (2015, p.106)

Otro aspecto estratégico y de relevancia en el desarrollo de APS dado por el vínculo entre la Alcaldía, a través de la Secretaría de Salud principalmente con las EPS (especialmente en el régimen subsidiado) y la ESE en el nivel municipal, en razón que esta triada puede ser la garante para pasar de acciones simplemente educativas y de demanda inducida actual, a acciones de resolutivez de problemas de salud en el futuro cercano lo cual permite generar transformaciones en las condiciones de salud de la población.

Esta relación debe estar fundada tanto en el ámbito administrativo como en lo misional y estratégico de la APS, además de posibilitar un desarrollo técnico-operativo efectivo sobre la base de una

plataforma política-normativa suficiente. En otras palabras, que no se base solo en la voluntad política, para garantizar la continuidad del proceso de implementación de la estrategia. Por esta razón, fortalecer de manera continua esta relación, especialmente en los casos donde aún se presenta débil, es un reto que debe ser abordado en las vigencias futuras desde los diferentes elementos que integran la estrategia APS y más aún si se eleva a política pública.

El fortalecimiento puede empezar a gestarse a través de la concertación del desarrollo de la APS, lo que implica que no se quede solo en las directrices que se generan desde la Secretaría o las EPS-S a través de una relación contractual, sino que puedan abordarse aspectos misionales, metodológicos y técnicos de manera conjunta que haga a la ESE participante directa del proceso, más allá de cumplir con el papel de operador, en los casos que así se de.

En esta concertación es importante considerar la consolidación de los equipos de trabajo, de tal forma que no se presente una alta rotación, dado que ello impacta el desarrollo del proceso y su relacionamiento con los beneficiarios, redundando en su debilitamiento en razón que se pierde la continuidad en los procedimientos de acompañamiento y atención, y muy especialmente el reconocimiento y confianza de las familias, aspectos fundamentales en la efectividad del modelo bajo la estrategia de la APS; como se ha logrado evidenciar las publicaciones de Caracterización, Documentación y Sistematización de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en los diez Municipios del Valle de Aburrá. (2015, p. 108)

Alcanzar el modelo propuesto por las autoridades internacionales aún no es posible con los recursos disponibles, las condiciones de la población, así como también por el modelo de Sistema de Seguridad Social en Salud. Dichas situaciones no encuentran un escenario de fuerte gestión y gobernanza, puesto que el sistema de aseguramiento plantea multitud y disimilitud de los actores, procesos y procedimientos lo que dificulta, la integración de los mismos y la definición de un modelo de atención único.

Como se ha manifestado en el proceso de sistematización, los municipios han centrado el trabajo en APS en mayor medida en lo que se conoce como demanda inducida en el modelo de aseguramiento en salud; es decir, convencer a los usuarios al consumo de servicios de salud, especialmente en lo referente a servicios de Prevención Primaria y Protección de la salud, convirtiéndose esto en una de las metas claves que tiene el primer nivel de atención de salud. (2015, p. 104)

El desarrollo de la estrategia APS procura la puesta en marcha de una propuesta efectiva respecto a las necesidades de la población (resolutividad). Por tal motivo se sugiere concentrar los recursos que le son asignados, en soluciones que hagan énfasis en la atención integral e integrada de los problemas de salud encontrados; posibilitando mejorar el acceso de las familias y comunidades a los servicios de sociosanitarios desde su propio entorno, ayudando a romper el paradigma cultural de que las necesidades de salud se solucionan solo en los centros hospitalarios.

Otro un reto por abordar, es concretar el papel que juega la participación ciudadana en el desarrollo de la APS, tanto en la formulación, ejecución y evaluación. Un punto de partida fundamental es que hay una claridad en todos los territorios frente a la importancia que ocupa este aspecto para el desarrollo de la estrategia en las poblaciones intervenidas. En la las publicaciones de Caracterización, Documentación y Sistematización de la Estrategia de Atención Primaria en Salud

en los diez Municipios del Valle de Aburrá se encontró que algunas experiencias han logrado consolidar significativamente la participación y se han generado relaciones que han servido de vehículo entre los equipos de APS y las comunidades para definir poblaciones de atención, temas prioritarios, logrando de igual forma la creación de estrategias para mejorar dichos vínculos; como son estructuras organizativas, dispuestas directamente para la relación con la comunidad.

No obstante lo anterior, la participación comunitaria es aún un aspecto por fortalecer en la mayoría de las experiencias, procurando llevarla a un nivel estratégico - táctico, superando lo operativo que ha venido representando. Es decir, ha permitido desarrollar acciones puntuales frente a temas específicos, sin que ello represente un hito central en la gestión de la APS en los territorios respecto al empoderamiento y agenciamiento comunitario en un nivel político, presentando como resultados la apropiación de la APS por parte de ésta, lo que se torna como la plataforma necesaria para llegar a una política pública de manera efectiva y eficiente.

Lograr una gestión de información de manera compartida en el Valle de Aburrá, no solo aportaría a la consolidación de un modelo basado en un tronco común desde lo misional hasta lo operativo, aportaría a una acción colaborativa de mayor envergadura y contribuiría con aspectos centrales como:

- Fortalecimiento de la gestión de la información en cada territorio, particularmente de aquellos que presentan aún debilidades en la disposición de herramientas para lograr información veraz y oportuna.
- Reducción de costos, dado que el soporte de un sistema basado en tecnologías WEB puede presentarse mucho más costosa de manera individual, porque requiere desarrollo específicos. Al ser asumida de manera colectiva, un solo desarrollo puede ser aprovechado por diferentes actores y territorios.
- Plataforma para la construcción y gestión de acciones articuladas, teniendo al proceso de gestión de la información como la base para evidenciar las situaciones que son transversales a los territorios, y sobre las cuales pueden versar dichas acciones para lograr un mayor impacto en la implementación de APS; pero así mismo para verificar los aspectos diferenciadores que exigen de un tratamiento valorado a la medida de la necesidad específica; de cara a lograr transformaciones deseadas en un nivel más delimitado.

2.2.2. Elementos Clave Dimensión Gestión

Acorde a las brechas mencionadas, los elementos clave para la gestión son básicamente tres: 1. el tipo y grado de participación de la comunidad. 2. El énfasis en el Cuidado de la Salud y la integración de planes de Beneficio 3. La Provision de Servicios Socio sanitarios.

2.2.2.1. El Nivel y tipo de Participacion de la Comunidad. Como se mencionó antes, hay al menos cuatro escalones: como receptor pasivo, como operador, como diseñador de planes, programas y proyectos y como gestor de politicas publicas. En este caso, para la gestión es basico el desarrollo del segundo escalón. Se debe dejar atrás la vieja forma de buscar la participación comunitaria

como un simple actor pasivo al cual solamente se le convoca para que ceda algunos espacios comunitarios, ayude a la citación de personas, ayude con la consecución de algunos recursos. Lo que se busca ahora es una mayor coherencia en la participación.

Si en la dimensión de la Política Pública; la comunidad participó con su diseño y con la abogacía necesaria para dicha política se haya convertido en una directriz de orden municipal y al mismo tiempo, se plasmará en planes, programas y proyectos; en la dimensión gestión, la participación tiene como propósito fundamental, que las fuerzas vivas de la comunidad hagan parte de la ejecución de dichos planes, programas y proyectos, en las actividades que le son propias. Hay varias formas de desarrollar este escalón: Una de ellas es la vinculación de líderes comunitarios como agentes comunitarios en salud, lo cual supone que miembros de la comunidad, escogidos por ella misma, hacen parte del equipo de salud y ayudan a determinar o priorizar las acciones contenidas en los diferentes planes, programas y proyectos de la política pública, para lo cual es necesario el desarrollo de la capacidad de agenciamiento de todos los actores y sin exclusiones ni exclusividades.

Dichos agentes de salud, al pertenecer a la comunidad y al mismo tiempo pertenecer a los equipos de Atención Primaria, están en capacidad de hacer de enlace comunitario de tal forma que los servicios y actividades que realiza todo el equipo de salud si correspondan a las necesidades de la población; es decir, favorecer la gestión de servicios sociosanitarios. Además, la labor de enlace le permitirá identificar los recursos sociales y comunitarios que cuenta el territorio, por lo que le es más fácil vincularlos para incrementar la efectividad de las acciones; es decir favorecer la gestión del territorio.

Otra forma de participación comunitaria es con el impulso a la creación de grupos de ayuda mutua (GAM) y las redes de apoyo social (RAS). Las GAM tienen como objetivo mejorar la salud y el cuidado de las personas que tienen circunstancias comunes (enfermedades crónicas, discapacidades, cuidado de personas ancianas, cuidado de niños, etc.) y que ellos mismos al apoyarse unos en otros, mejoran su accionar sin requerir mayor intervención del grupo de profesionales del equipo de salud. Sin embargo, esto no significa su abandono o exclusión. Parte del trabajo del equipo de salud es darle orientación a las acciones de las GAM.

Las RAS, tienen un mayor nivel de complejidad ya que implican una inserción de diferentes organizaciones que por su función pública o social deben prestar servicios a la comunidad. Si dicha inserción se hace con participación de la comunidad y con base en sus necesidades, los recursos utilizados de diferentes fuentes, hacen sinergia y se evitan las duplicidades y los cortes en los procesos.

Como el tipo y nivel de participación queda planteado es exigente, se requerirá formación en ciudadanía, asociatividad, cohesión social y desarrollo local, salud y cuidado de la salud; lo cual puede darse basados en los principios generales de la educación para la salud.

2.2.2.2. El énfasis en el Cuidado de la Salud y la integración de planes de Beneficio; para la Gestión en el Cuidado de la Salud es una condición obligatoria la integración de los planes de beneficio que desde el orden nacional y departamental, se convierten de obligatorio cumplimiento en el ámbito municipal, como son los planes de beneficio de la Seguridad Social (POS, ECAT,

URGENCIAS, SOAT, Plan Decenal de Salud Pública) y asociarlo a programas dirigidos a problemas específicos como mitigación de la desnutrición infantil, inserción social, mitigación de la pobreza, etc. En la medida que mayor integración se logre, mayor efectividad se logra para cada uno de estos planes.

Sin embargo por tratarse de un modelo de atención en salud, lo mínimo a integrar son los planes propios del aseguramiento en salud. La mejor forma de construir una ruta integradora de planes, es a través de la interpretación de los ciclos vitales y los eventos en salud. Como los eventos en salud se distribuyen por grupos etáreos y algunos de ellos son casi que exclusivos de ciertas edades, es mucho más fácil que luego de identificados los eventos, se decidan las acciones, los recursos necesarios, las fuentes de recursos y los compromisos y responsabilidades entre todos los actores.

En otras palabras; la definición de rutas de atención, hacen mucho más efectiva la intersectorialidad, la interinstitucionalidad, la participación comunitaria a través de GAM y RAS y se disminuye la duplicidad, saturación e ineficiencia, especialmente cuando los recursos son escasos.

2.2.2.3. La Provisión de Servicios Sociosanitarios; en la dimensión de Política Pública se estableció como elemento de salida, la concreción de Planes, Programas y Proyectos por medio de los cuales es susceptible la aplicación de la estrategia de APS. Una vez definido este nivel de priorización, se deberá establecer la población a intervenir para lo cual se debe:

- Disponer de buena información sobre la población a su disposición, territorialmente quiénes son y sin distinción del tipo de régimen de afiliación
- Reconocer las necesidades sentidas de la población.
- Asegurar un buen acceso al aseguramiento y a la prestación de servicios socio - sanitarios con perspectiva territorial
- Definir las unidades espacio / territorio – población a ser intervenidas y los nichos de población priorizados a su interior.
- Priorizar los problemas de salud por los cuales se va a iniciar la implementación del modelo, acorde a las necesidades sentidas y objetivas de la comunidad y los recursos existentes.
- Definir la ruta crítica a los problemas de salud acorde a los Planes de Beneficio existentes en la Seguridad Social y especialmente en los contenidos en el Plan de Salud Pública y el Plan Obligatorio de salud.

La provisión de servicios sociosanitarios, en la mayoría de los casos se vuelve tangible en la contratación pública. En este orden de ideas, si se tiene clara la ruta de intervención, la capacidad de organización y participación comunitaria, la intersectorialidad, le es mucho más fácil para el ente municipal definir qué tipo de organizaciones son las que mejor pueden interpretar en el día a día el la propuesta de un Modelo de Atención en salud basado en la estrategia de Atención Primaria para el Valle de Aburrá.

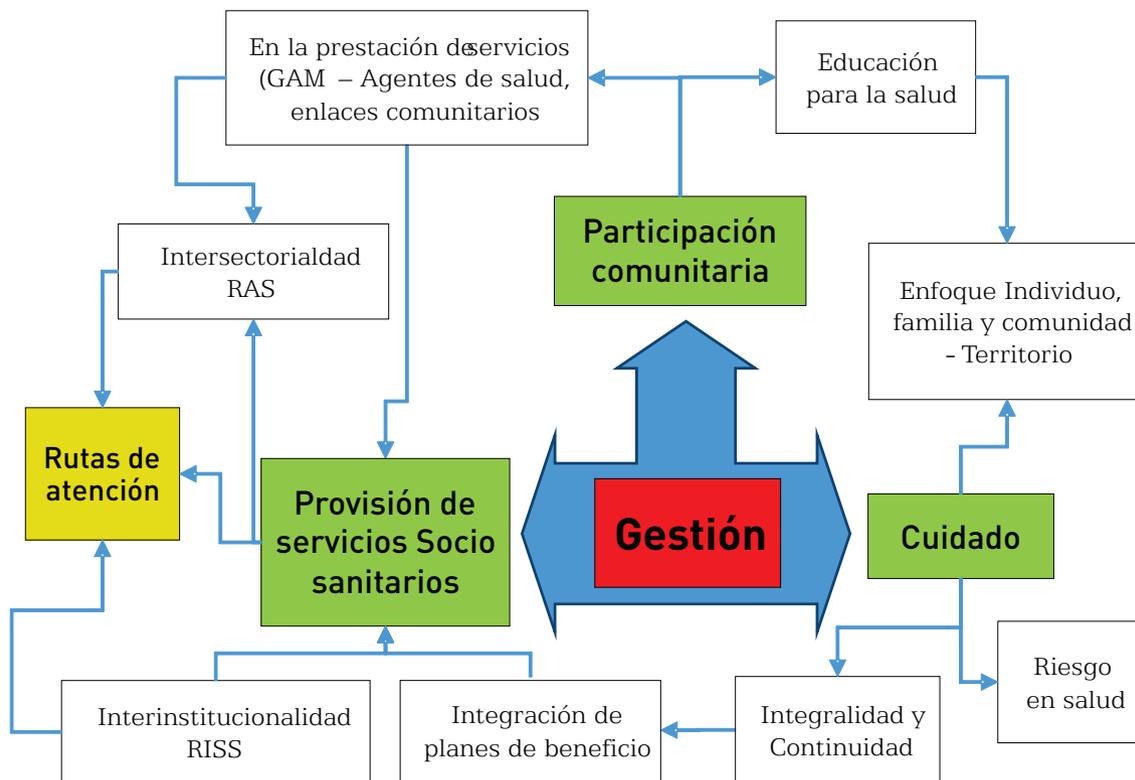
Se afirma que el proveedor de servicios que mayor integración pueda realizar de los diferentes planes, programas y proyectos, es el mejor contratista, en este sentido, son las E.S.E. las que

mayor oportunidad de contratación tendrán siempre y cuando ajusten su modelo de prestación al modelo de atención y sean capaces además de integrar los planes del sistema de salud a otros planes sociales existentes.

Le siguen en orden de importancia, las universidades y ONGs ya que por no tener ánimo de lucro, el costo en la prestación de un servicio sociosanitario puede ser menor y en el caso de las universidades pueden darle otros valores agregados como la investigación y la formación de recursos humanos existentes en el municipio.

Es importante en la dimensión gestión, recalcar que para la implementación del modelo se debe iniciar en pequeña escala por la unidad espacio – territorio / población con los eventos de salud donde mejores recursos se posean y con el modelo de participación comunitaria mejor adaptado. *La propuesta de Modelo de Atención en salud basado en la estrategia de Atención Primaria para el Valle de Aburrá* irá creciendo en forma de espiral, incorporando nuevas poblaciones, nuevos eventos y mayor volumen de participación comunitaria. En otras palabras, no hay que esperar a tener todo planificado para dar inicio a la aplicación del modelo, como se indica en la siguiente gráfica:

Gráfica 4.
Dimensión Gestión modelo de atención



Fuente: Construcción propia

2.3. Dimensión Propósito

2.3.1. Brechas relacionadas con el propósito

Se deben propiciar espacios de intercambio y reconocimiento de experiencias exitosas, se presenta como una clara posibilidad de fortalecimiento de las acciones en cada territorio, y por consiguiente la cualificación de la experiencia en el Valle de Aburrá, constituyéndose en el antecedente necesario para disponer de los insumos que viabilicen el avance en los retos anteriores.

Este intercambio de experiencias no se trata sólo de un reconocimiento de aspectos de éxito y fracaso, sino del reconocimiento de las condiciones específicas de operación de la APS, de cara a la vinculación a espacios colectivos de construcción mediante la retroalimentación constante, dicho de otro modo, no se trata sólo de contar experiencias que permitan a otros tomar lo que puede servir para mejorar sus procesos, sino además lograr aperturas que permitan la construcción conjunta sobre casos específicos o sobre plataformas subregionales compartidas para el abordaje, seguimiento y evaluación de las acciones realizadas.

Es el reconocimiento de cada una de las acciones implementadas, en sus características misionales y operativas, lo que permite avanzar a un escenario de colaboración mutua, basada en principio de solidaridad, superando la fragmentación y competencias territorializadas, con efectos inter e intra-municipales. Este proceso de intercambio y reconocimiento requiere de metodologías claras para lograr interacciones sobre la base de la información disponible, que comprometa los actores políticos y operantes del proceso, de tal forma que se encuentre en dicho escenario la posibilidad de lograr un crecimiento colectivo; porque de lo contrario se transformará en una tarea puntual que implica la asistencia de los integrantes de los diferentes equipos de trabajo, pero no logrará transformaciones significativas y la construcción de redes de colaboración e intercambio de información permanente.

Baja posibilidad de lograr mediciones de resultados, efectos e impactos es un elemento que emerge en la implementación de la estrategia de APS en los Municipios por ello medir es una de las acciones centrales en este tipo de procesos, porque es la evidencia de si se está logrando lo deseado y que ha sido propuesto a través de a) objetivos que definen alcances o metas, b) estrategias que establecen las mejores rutas para alcanzar los objetivos y c) acciones que concretan las estrategias operativamente.

Dado que las orientaciones misionales y operativas muestran diferencias significativas, es difícil crear indicadores que den cuenta de los resultados a corto, mediano y largo plazo en la experiencia del Valle de Aburrá. Esto ocurre básicamente porque si hay diferencias en los aspectos misionales, los alcances y metas propuestas estarán igualmente diferenciadas, de donde no es posible utilizar los mismos sistemas de medida en lo que respecta a los indicadores, pues habrá que medir aspectos diferentes. Como se presenta la experiencia actualmente, es posible avanzar en mediciones de resultados operativos, dado que las rutas metodológicas son bastante coincidentes en todos los territorios, lo que puede contribuir a trazar la ruta para avanzar a un nivel mayor, hasta llegar a lo misional.

La medición es un requerimiento general en la experiencia desarrollada en el Valle de Aburrá, pues en ella se haya el propósito fundamental de reconocer los aspectos que dan cuenta del logro de las metas propuestas, así como de las situaciones que limitan o impiden alcanzar los mismos y por lo cual pueden ser ajustadas o modificadas. Este es un propósito que va mucho más allá de la disposición de datos numéricos que reconocen situaciones a nivel operativo, como ocurre en algunos casos, y que siendo información de indiscutible importancia, se potencializa al ser combinada con aquella que dé cuenta de transformaciones de la población en el territorio.

La medición es un requerimiento general, es decir, una necesidad presente en todas las experiencias del Valle de Aburrá, se han desarrollado acciones conducentes a la definición de sistemas de medición que muestran en la actualidad algunos procesos muy consolidados, en un nivel de avance tal que ya miran hacia la medición de impactos; en tanto hay otros procesos fundamentados en la medición de resultados principalmente, y que aún se encuentran en una etapa de construcción. Contando con herramientas para la captura de datos de igual forma muy consolidadas y otras en procesos de consolidación, con orientación teórico-metodológica cuantitativa y cualitativa, teniendo algunos casos sólo con esta última.

La consolidación de un sistema de información transversal en los diferentes niveles de medición puede conducir al establecimiento de plataformas compartidas que posibiliten:

- Hacer mediciones trasversales en el Valle de Aburrá y particulares para cada municipio en los tres niveles: resultados (corto plazo), efectos (mediano plazo) e impacto (largo plazo).
- Reducir costos de gestión al contar con una plataforma colectiva para la gestión de indicadores únicos en el Valle de Aburrá.
- Realizar mediciones comparativas, que posibiliten fortalecer cada territorio y llegar a indicadores globales para el Valle de Aburrá, donde puedan reconocerse.
- Fortalecer el recurso humano en medición y evaluación, en razón de contar con instrumentos únicos que posibilitan la cualificación frente a la estructura de los datos, dado que se podrá hacer seguimiento y ajuste de estos en múltiples situaciones que permitirán establecer parámetros de medición global y particular.
- Fortalecimiento interno de los procesos territoriales en proceso de consolidación, con base a la experiencia lograda por los que se presentan más consolidados y mejoramiento de los sistemas de medición de los procesos más consolidados, mediante la lectura de las debilidades y oportunidades de los procesos en consolidación.

Avanzar en este importante y necesario reto, implica generar una actitud colaborativa, fundada en la capacidad de compartir los aciertos y develar los desaciertos, mediante escenarios de construcción conjunta y disposición de recursos para lograr una estructura de medición consensuada que sea aplicable con independencia del nivel de consolidación del sistema de evaluación de cada territorio, conduciendo a la estructuración de un sistema de medición a nivel del Valle de Aburrá, que permita hacer lecturas por municipalidades e incluso por sectores dentro de estas, contemplando índices multidimensionales que logren dar cuenta de la transformación en las condiciones de vida de las poblaciones, así como reconocer los avances operativos y de cobertura del proceso de implementación de la APS.

2.3.2. Elementos Clave Dimesion Propósito

Un error en la creación de sistemas de medición es “medir por medir” y se crean tantos indicadores que no se alcanzan a evaluar integralmente (De la Fuente. y Tapia, 2001, p. 138)

Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos para así, poder respaldar acciones, políticas, evaluar logros y metas. Son necesarios para poder objetivar una situación determinada y a la vez poder evaluar su comportamiento en el tiempo, comparar atenciones similares prestadas por diversas unidades del servicio y comparar las instituciones u organizaciones con otras organizaciones externas. Sin embargo, es necesario anotar que los resultados de *UN SOLO INDICADOR* no son suficientes para una adecuada toma de decisiones, por el contrario *SE REQUIERE LA APLICACIÓN DE VARIOS INDICADORES*, para decidir acertadamente.

En la práctica se cometen muchos errores, o existe un sinnúmero de deficiencias en el uso de indicadores que son producto de la falta de rigurosidad en el momento que son definidos, el tiempo de su aplicación, la interpretación posible del indicador o la aparición de resultados no esperados por la organización

El principal objetivo de los indicadores es mejorar la calidad de la atención y por ende de los servicios prestados y acciones generadas, para lo cual es necesario que su diseño esté presente desde el mismo momento que se decide el modelo de atención y el tipo de servicio a desarrollar. Es decir, ningún indicador es posible de aplicar si no se concibe como parte integral del sistema de atención a los usuarios. Como sistema de medición, los indicadores permiten:

- Detectar situaciones problemáticas o susceptibles de ser mejoradas
- Incorporar ciclos de mejoría para solucionar los problemas identificados
- Comparaciones internas y en el tiempo

Los indicadores de calidad son instrumentos para evaluar la calidad de la atención socio sanitaria y pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema de atención: la estructura, el proceso y los resultados. Los indicadores permiten:

- Medir “lo bien ejecutado”
- Elaborar criterios de evaluación
- Fijar estándares de atención
- Diseñar un programa de corrección

Indicadores de gestión; Los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud. Vistos en conjunto intentan reflejar la situación socio sanitaria de una población, permitiendo vigilarla. Son instrumentos de evaluación que pueden determinar, directa o indirectamente, modificaciones. Así, brindan una idea del estado que guarda una condición de salud, por ejemplo, la ocurrencia de una enfermedad u otro evento relacionado con la salud o de un factor asociado con la misma. Vistos aisladamente, simplemente indican una situación o condición de la prestación del servicio a evaluar que deberá ser revisada. En otras palabras, los indicadores

solos no evalúan o miden la calidad de un servicio, la suma de indicadores de estructura – proceso – producto – resultado, dan razón de la calidad de la atención.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define indicador como: “Que indica o sirve para indicar” si a ésta se agrega el calificativo de “gestión” que es “La acción y efecto de administrar la empresa (en este caso la empresa es el modelo)”, se obtiene una definición conceptual bastante completa y fácil de entender; sin embargo, conviene operacionalizarla para poder trabajar con ella; en tal sentido se define un indicador de gestión como: “La expresión cuantitativa del comportamiento o desempeño de una organización o modelo, cuya magnitud, al ser comparada con algún nivel de referencia, podrá estar señalando una desviación sobre la cual se tomarán acciones correctivas o preventivas según el caso” (RAE, 2015, p. 1)

Por lo tanto, los indicadores de gestión son expresiones cuantitativas y cualitativas que permiten analizar qué tan bien se está gestionando el modelo, en áreas como uso de recursos (eficiencia) cumplimiento de las actividades programadas (eficacia), etc., es decir son una expresión de medición.

La medición está llena de malos entendidos, confusiones y hasta obstáculos puestos por elementos altamente interesados en hacerlo. Por ello es conveniente poner en discusión los siguientes temas sobre la medición:

- ¿Qué es y cuál es su importancia?
- ¿Qué implicaciones tiene la medición en la gestión y el mejoramiento continuo?
- ¿Qué confusiones deben ser superadas para hacer de la medición un instrumento valioso para la toma de decisiones?
- ¿Cuáles son los atributos de una buena medición?

Todas estas preguntas que son de orden procedimental, son necesarias para responder la pregunta más importante en relación con el propósito del modelo de atención: ¿Cómo sabemos que lo estamos haciendo bien?

La comprensión y el acuerdo logrado entre los diferentes agentes / actores que intervienen en la implementación del modelo, es un aspecto clave para desarrollar un proceso de mejoramiento con sólidas y rigurosas bases. Por supuesto, la mera discusión de las preguntas antes expuestas no resolverá todo, haciéndose necesario practicar y ejecutar la medición y volver en cada ciclo a ponerlo en discusión, para comprenderlos más a fondo y para reforzar en toda la red de actores la cultura de medir.

El objetivo de tener un sistema de medición de la calidad de la *Propuesta de un Modelo de Atención en salud basado en la estrategia de Atención Primaria para el Valle de Aburrá* basado en indicadores, dirigidos tanto a la atención sociosanitarios como a los impactos esperados, es permitirle a todas las instancias evaluar y controlar los procesos y los resultados, mantener una visión completa del modelo, establecer relaciones entre lo programado y lo ejecutado, evaluar en forma eficiente y objetiva la marcha, garantizando calidad, el cumplimiento de las metas, y la observancia de las funciones asignadas.

Los indicadores son expresiones estadísticas que intentan cuantificar, en forma indirecta o parcial, un fenómeno complejo. Los indicadores responden a la necesidad de expresar cuantitativamente

las variables que son objeto de estudio y que tienen como objetivo principal medir una situación determinada de manera directa o indirecta. Por ello la variable debe ser conceptualizada y definida operacionalmente, de manera que puedan establecerse sus componentes o dimensiones cuya intensidad desea medirse por medio del indicador. Ejemplo: el riesgo de morir antes de cumplir un año de vida que comprende el concepto de “mortalidad infantil” puede medirse mediante el indicador muertes de menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos.

Donabedian fue el primero en plantear que los métodos para evaluar la calidad de la atención socio-sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados. Este enfoque sigue vigente y se mantiene hasta el día de hoy, pero separando los resultados entre productos (resultados directos de la atención) e impacto (resultados sobre el sistema de salud).

Tabla 1.
TIPOS DE INDICADORES

ESTRUCTURA	DISPONIBILIDAD
	ACCESIBILIDAD
	OPORTUNIDAD
PROCESO	USO
	CALIDAD
	UTILIZACIÓN
	PRODUCTIVIDAD
PRODUCTOS	EFICACIA
	COBERTURA
	EFICIENCIA
RESULTADOS	PACIENTE SANO / CONTROLADO
	EQUIDAD EN SALUD
	AVISA / AVAD

Fuente: Construcción propia

De manera general, los indicadores de calidad de la estructura, o indicadores de estructura, miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos.

Los indicadores de la calidad del proceso (indicadores de proceso) miden, de forma directa o indirecta, la calidad de las actividades llevadas a cabo durante la atención. También se utilizan indicadores para medir la eficiencia y resultan complemento obligado de los indicadores de calidad.

Finalmente, los indicadores basados en resultados o indicadores de resultados, mirados como productos e impactos, miden el nivel de éxito alcanzado en la persona, familia y comunidad, es decir, *si se ha conseguido lo que se pretendía* con las actividades realizadas durante el proceso de atención.

La aplicación de indicadores de estructura – procesos y resultados, a cada uno de los servicios o eventos en salud que hacen parte de las rutas de atención, son los que dan real cuenta de la calidad ofrecida por el modelo, por lo tanto, al momento de decidir qué evaluar y cómo evaluar, es *necesario alinear los indicadores* más apropiados para la gestión con calidad.

Es necesario aclarar que existen un grupo de indicadores dirigidos a *evaluar los sistemas de salud en su conjunto* y otro grupo de indicadores dirigidos a *evaluar la calidad de la prestación de los servicios de salud*, esta diferenciación, es necesaria y oportuna en la medida que los indicadores de la calidad de la prestación de los servicios *contribuyen* a evaluar los sistemas de salud, pero no al contrario. Un ejemplo de esto, es la accesibilidad en sus variantes geográfica, económica y administrativa dentro de un sistema de aseguramiento en salud como el caso colombiano, en el cual existen condiciones externas al prestador de servicios de salud que la afectan negativa o positivamente, con muy poca capacidad del mismo prestador para influenciarla y mejorarla. Por el contrario, el indicador oportunidad, muchas veces confundido con la accesibilidad, es posible afectarlo desde el prestador de servicios de salud y pasa a ser una medición de un atributo de calidad del servicio como es la Integralidad.

Resultados de la utilización de indicadores numéricos en salud.

- Describir la situación actual de salud
- Diagnosticar las necesidades de atención
- Explicar la magnitud y características de la demanda
- Establecer prioridades y asignación de recursos
- Identificar grupos poblacionales de riesgo y factores de riesgo (rural y urbano; obreros y empleados; analfabetos y alfabetos; con previsión y sin previsión)
- Planificar los programas y actividades de salud.
- Evaluar la atención médica (eficacia de la atención, capacidad resolutoria, eficiencia)
- Medir los cambios o tendencias que se producen a lo largo del tiempo (conocer las variaciones de la demanda las modificaciones que es posible esperar en el futuro)

Generados de manera regular y manejada dentro de un sistema de información dinámico, los indicadores de salud constituyen una herramienta fundamental para los tomadores de decisión en todos los niveles de gestión. En este contexto, los indicadores de salud válidos y confiables son herramientas básicas que se requieren para la gestión en salud.

Medición y gestión de conocimiento; La medición es "Acción y efecto de medir" y medir es "Determinar una cantidad comparándola con otra (Ojeda y Palermo, 2007, p.20). Proporcionar y comparar una cosa con otra", pero ¿por qué es importante preocuparse por medir? Esta pregunta se puede responder enumerando algunas situaciones:

- La medición permite planificar con mayor certeza y confiabilidad.
- La medición permite discernir con mayor precisión las oportunidades de mejora de un proceso dado.
- La medición permite analizar y explicar cómo han sucedido los hechos.

Se podrían seguir enumerando razones. Sin embargo, el argumento más importante y que incluye a los anteriores, es que la medición es necesaria e indispensable para conocer las condiciones en las cuales se prestan los servicios de salud y para gestionar su mejoramiento acorde con las exigencias que demanda el propósito de contribuir al bienestar y desarrollo de las personas atendidas.

En la medida que el modelo de atención se va desagregando en planes, programas y proyectos y se definen sus procesos y procedimientos que determinan su propio modelo de prestación de servicios de salud acorde con su concepción ideológica de la salud y los servicios de salud, traducidos en sus valores y principios del sistema; determinan además *la forma cómo van a monitorearlos y evaluarlos*, van conociendo con mayor claridad y realidad cuál es *la situación real de la situación de salud*, para realizar los ajustes y adaptaciones necesarias. Es decir, sin un sistema de monitoreo y evaluación, no se conoce el alcance del modelo de atención.

El conocimiento profundo del modelo de atención en salud, parte de admitir y conocer su variabilidad y sus causas lo cual es posible con *medición*. Conocer esto, no es hacer “un estudio una vez”, sino que se trata de una actitud permanente de observación y estudio para aprehender las tendencias del proceso, sus condiciones, potencialidades, limitaciones y sus causas.

Muchas veces se interpreta que la medición sólo es útil para conocer las tendencias “promedios, modas. Medias” encontradas y su relación con un estándar, olvidando que éstas son útiles dependiendo de cómo sean presentadas o procesadas. Sin embargo, conocer las desviaciones, los puntos críticos, los indicadores centinela y otros detalles de la prestación del servicio que son posibles de medir; son condiciones necesarias, para realizar ajustes y adaptaciones al modelo que les ayude a mejorar la calidad de la prestación y ser más competitivos. Es decir, el modelo de atención al ser aplicado por varias organizaciones que aprenden y se adaptan a los cambios del entorno, les permite *conocer mejor lo que producen y cómo lo producen*. Debemos ir más allá, conociendo con precisión la variabilidad en toda su gama y la interconexión de factores y causas en cada nueva situación, el sistema de medición que se aplica sobre las acciones desarrolladas por las organizaciones / actores, les permite crecer en calidad y avanzar.

Medir adecuadamente es el método para gestionar con conocimiento, La medición es necesaria para *garantizar una gestión con calidad* y por lo tanto debe estar en todos los niveles del modelo. No se puede dejar en manos de externos o de “un grupo de calidad”, la función de medir, interpretar, ajustar y adaptar los diferentes procesos que se realizan. El riesgo de esta condición, es dejar la calidad como un asunto de unos pocos, que asumen la condición de “evaluadores” y determinan ellos mismos, las oportunidades de mejora. No se trata de garantizar *la calidad de la gestión*, sino de garantizar una *gestión con calidad* que se antecede, es proactiva, evoluciona y se adelanta a su propio modelo y a los competidores.

Dejar claros y manejar los conceptos y criterios presentados en el punto anterior no es suficiente. En la práctica se cometen muchos errores, o existe un sinnúmero de deficiencias en el uso de indicadores, deficiencias que son producto de la falta de rigurosidad en el tratamiento que damos al tema. Por ello en los próximos puntos se precisarán las condiciones necesarias para construir indicadores útiles para el mejoramiento del desempeño y su uso adecuado.

No hay nada más difícil para el modelo que determinar qué deben hacer los otros y cómo saber que lo están haciendo bien. La primera condición de la anterior frase, se soluciona, a veces, con la determinación de los modelos de prestación de servicios y sus respectivos procesos, la segunda, parte del reconocimiento de las competencias de los actores y la medición de sus actuaciones.

Ambas situaciones requieren la participación de todos los actores, lo cual es básico para la generación de la cultura de la calidad. Una vez se logra este primer paso de determinar modelos y procesos y el sistema de medición de los mismos, la clave para que se eliminen muchas discusiones

estériles, facilitando la observación común de todos, y los aportes enriquecidos que surgen de interpretar una realidad específica correctamente desde diversas posiciones o puntos de vista; es la socialización de resultados de los procesos de atención, las situaciones críticas (de éxito o de fracaso) y la medidas de ajuste, de tal forma que todos los involucrados, conozcan su organización, sugieran los ajustes y adaptaciones y se comprometan con sus implementaciones.

La medición no puede entenderse sólo como un proceso de recoger datos, sino que debe insertarse adecuadamente en el sistema de toma de decisiones. Por ello, se debe resaltar lo que varios autores siempre han destacado: para entender un fenómeno es necesario tener una teoría que ayude a explicar la concatenación y sucesión de los hechos que se quieren estudiar. Los datos ayudarán a confirmar o a replantear una teoría, pero siempre se debe contar con un marco teórico que posibilite la caracterización de los datos que se requieren y además ayude a interpretarlos.

Se pueden tener muchos datos, sobre las causas de un efecto, pero si no se tiende a clasificarlos, estudiar su frecuencia, aislar los principales y establecer sus relaciones, con la finalidad, ya sea de poner bajo control el proceso o de mejorar su desempeño de poco servirán dichos datos y la medición. Se tendrá algo así como una fotografía de la situación (visión estática) más no del "porque de la misma" y de su tendencia. Por ello gerencia sin teoría es como capitanear un barco con brújula, pero donde no está claro el rumbo y/o no se posee el suficiente conocimiento de cómo usar la fuerza propulsora para enrumbarlo.

Muy poco es intangible "Medir es fácil en Producción, pero en mi departamento no es aplicable", "lo que nosotros hacemos es intangible, no se puede medir". ¿Cuántas veces se encuentran expresiones como éstas? que se constituyen en importantes barreras, sin cuya superación no se puede abrirle paso a la mejora sistemática de la calidad y la productividad, en el fondo de estas afirmaciones, existen algunos malos entendidos que deben aclararse.

La mayor confusión es relacionar lo intangible con cosas o manifestaciones perfectamente medibles, pero para lo cual no se ha desarrollado o no se conoce el instrumento o indicador adecuado. La palabra tangible tal como la define el diccionario de la real academia significa, "que puede tocarse, sensible, que se percibe en forma precisa" (RAE, 2015) lo cual implica que para todo lo tangible tengamos instrumentos desarrollados para contarlos o medirlos.

El malestar de una persona es algo que se siente, se percibe con precisión, más a veces, no se cuantifica para compararlo con referencias preestablecidas, tarea ésta que toca abordar.

El que algo no se haya medido hasta el presente, no implica que no deba y no pueda medirse. Pero más aún, ¿quién dice que haya sido más fácil el proceso para llegar a medir longitud, superficie, volumen, peso o temperatura, que medir sabores, buena atención, retrasos en trámites o documentos con errores? La diferencia estriba solamente en que para el primer grupo de características mencionado, ya existe todo un grupo de definiciones operativas desarrolladas durante siglos y tienen instrumentos de medición reconocidos universalmente, ejemplos: cintas métricas, termómetros, etc.

Para el segundo grupo de características mencionadas casi siempre hay que comenzar por elaborar dichas definiciones operativas ¿qué es un retraso?, ¿qué es un error?, ¿qué es buen sabor?, ¿se siente bien atendido?, para luego pasar al segundo momento de definir el instrumento y el procedimiento de medición, aspectos que en muchos casos serán de validez particular para la empresa o unidad que los desarrolla.

Otra confusión es que lo intangible es inmedible directamente y que cualquier medición indirecta es poco confiable.

¿La fiebre en el cuerpo es tangible? Cuando se dice, Pedro tiene 39°C. ¿Acaso no se está midiendo? Sin embargo, cuando se mide la fiebre, lo que realmente se hace es medir el cambio de volumen que experimenta una columna de mercurio, y ello da una expresión cuantitativa de la temperatura al valerse de una propiedad física del mercurio. Se hace una medición indirecta y a nadie se le ocurre decir que no se está midiendo la fiebre o que ésta medición no es confiable. Cuando se habla de medición no necesariamente se refiere a escalas universalmente reconocidas para expresar los resultados, como alternativa se pueden utilizar indicadores con escalas propias, desarrolladas para cada uno que permitan comparaciones históricas las cuales son útiles para conocer grados de avance.

El nivel de satisfacción de los clientes se puede medir indirectamente. Por ejemplo la opinión respecto al acto de comprar. ¿Volvería a comprar sin objeciones a menos que conozca uno superior? ¿Antes de comprar otra vez, buscaría alternativas? ¿Compraría eventualmente? ¿No compraría otra vez, a menos que no tenga alternativa?

A los anteriores niveles se puede darles un peso que permita construir una escala cuantitativa para facilitar su expresión. Cuando se construyen escalas e instrumentos propios se debe: validar su correlación con el hecho de medir y mantener su coherencia entre mediciones.

Otro aspecto importante a destacar en la controversia entre lo intangible y lo tangible y, muy relacionado con las mediciones indirectas, es la necesidad de tener en cuenta el significado de lo que Ishikawa llama característica de calidad real y característica sustituta. La característica de calidad real es la expresión de la necesidad del cliente v.gr. en un hilandería, donde lo que realmente interesa es que el hilo no se rompa e interrumpa el proceso de tejido. Sin embargo para lograrlo, en la fábrica se controlan las características de calidad sustitutas, que en este caso podrán estar referidas a la resistencia a la tensión. El nivel de tensión que le da el fabricante puede estar referido a una norma nacional o internacional, pero ello no debe obviar el problema de calidad realmente a resolver, que el hilo no se rompa en la hilandería. Cuando se mide, en muchos casos, se hace usando características sustitutas, lo que no debe obstar para que siempre se esté pendiente de chequear su relación con la característica de calidad real que pauta las necesidades de uso del usuario.

En conclusión no son válidas las afirmaciones de imposibilidad de medición de la mayoría de los denominados "Productos intangibles" Un buen servicio de alimentación es tan tangible como el número de toneladas de una producción. Además no se debe olvidar que los problemas referidos a la precisión de la medida están en función del tipo de decisión que se vaya a tomar, y, es obvio que una rectificación de servicios es diferente al control del rendimiento metálico. Es en el marco de cada caso, que se debe resolver el problema de la medición.

Sin embargo frente a lo anterior y por tratarse de que el modelo de atención en salud trabaja con las personas, los indicadores son una gran herramienta para medir atributos de manera cuantitativa, sin embargo podemos buscar otras estrategias de evaluación de corte humanístico o de corte holístico que integra tanto lo cuantitativo como lo cualitativo, aquí se pueden recuperar otros elementos de los subjetivo e intersubjetivo de las experiencias del modelo, metodologías como la hermenéutica, la etnometodología también nos pueden dar pistas sobre los elementos que las personas comprenden en torno a sus vivencias, representaciones, significados y transformaciones en los procesos de interacción.

Estas estrategias son un poco más desconocidas, más complejas pero nos pueden dar mejor cuenta de lo que sucede con las personas de los procesos de participación del cuidado, del capital humano y social que las comunidades alcanzan para mejorar sus modos, condiciones y estilos de vida. En este caso, la medición y evaluación se hará con base en el propósito del modelo, el cual tiene 4 elementos esenciales:

2.3.2.1. La calidad de vida, el bienestar y el desarrollo humano

Como el mayor impacto a lograr por el modelo está la calidad de Vida, el bienestar y el desarrollo humano. Este elemento no se logra en el corto plazo sino que está dado para el mediano y largo plazo. Es además posible en la medida que mayor integración se logre, mayor continuidad en los planes programas y proyectos y lógicamente, menos condiciones estructurales existan en la población intervenida.

Por su naturaleza, estos indicadores de impacto son los que van a permitir las comparaciones con otros territorios globalmente y su construcción y análisis puede sobrepasar las capacidades locales especialmente en los municipios pequeños; por lo tanto, este elemento de medición deberá ser asumido por una organización de orden supraterritorial como puede ser el área metropolitana y acompañado por universidades que trabajen sobre este tema.

Indicadores o evaluaciones de distribución de riqueza, felicidad, equidad, capital social, años de vida saludable, distribución y uso de subsidios se deben incluir en este elemento. La periodicidad de estos indicadores o evaluación varía para cada uno de ellos, pero no se requiere su monitoreo constante. Al momento de iniciar la implementación del modelo, se sugiere hacer una línea de base con indicadores de impacto para tener un piso de comparación a futuro.

2.3.2.2. Nivel de Salud

Otro indicador de resultados se relaciona el nivel de salud alcanzado por la comunidad intervenida. Estos indicadores se pueden medir en el corto, mediano y largo plazo y muchos de ellos son altamente susceptibles a las acciones desarrolladas en el día a día. Como el modelo se basa en la triada IFC, los indicadores del nivel de salud también obedecen a esa lógica, por lo que será necesario la construcción de un perfil de salud y otro de morbilidad por cada ciclo vital los cuales sirvan a su vez para la orientación de los programas y proyectos derivados del modelo de atención (Knowles, Leighton y Stinson, 1997, p. 21).

En este orden de ideas, los indicadores de salud deberán aplicarse con mayor periodicidad y sus cambios se convierten en metas en salud que sirven para la orientación de la contratación de servicios socio-sanitarios.

2.3.2.3. Indicadores de efectividad

Aunque la efectividad se asocia a los resultados alcanzables específicamente por un programa o proyecto, mirados al interior de todo el modelo de atención, se convierten en indicadores de su proceso de implementación.

La efectividad es necesaria para escoger las mejores prácticas y su replicabilidad en otros municipios u otras unidades espacio-territorio / población.

La efectividad permite evaluar los protocolos o guías de atención asociadas a las rutas diseñadas para cada grupo poblacional. Por lo tanto y dado su interés de orientar las acciones, estos indicadores

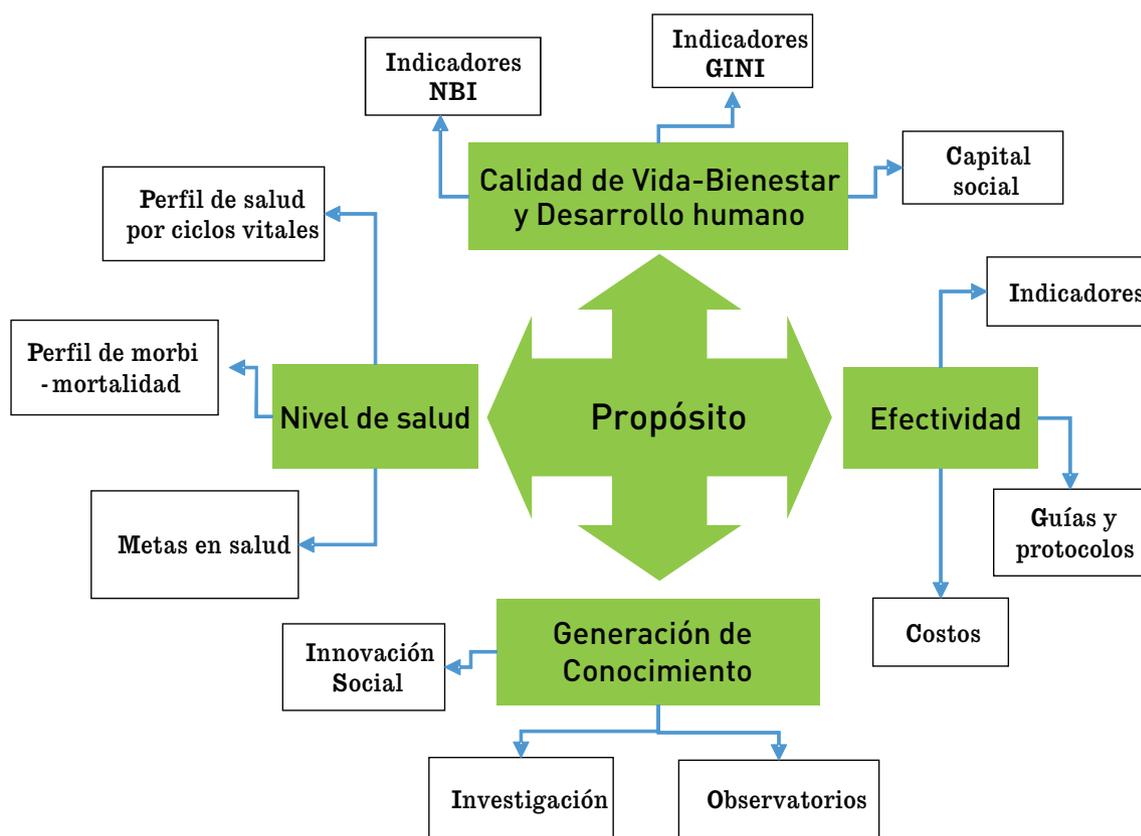
deberán tener una periodicidad más estrecha, es decir, se deberán aplicar en cortos periodos de tiempo; sin embargo acá puede ser de gran ayuda la evaluación holística como elemento potencializador de legitimación del modelo.

2.3.2.4. Generación de Conocimiento

El último elemento clave de la dimensión propósito y tal vez el menos abordado en sistemas de medición. Teniendo en cuenta que el modelo es aparentemente nuevo y que posiblemente no hay como hacer mucha referenciación y además el recurso humano no esté totalmente entrenado, se hace necesario que se creen unidades conceptuales de generación de conocimiento de tal forma que las lecciones aprendidas, las experiencias exitosas, la investigación aplicada y el mejoramiento de competencias específicas del recurso humano, no se pierdan; por el contrario, sirvan como elementos de comparación entre los diferentes municipios que desarrollan el modelo y de estos con otros que desarrollan otros tipos de modelos de atención.

En este orden de ideas, también se debe incorporar al modelo, el diseño y la conformación de los observatorios, como una metodología que además de arrojar datos estadísticos y epidemiológicos, incorpora la investigación cualitativa para dar explicaciones a los eventos en salud encontrados.

Gráfica 5.
Dimensión propósito.



Fuente: Construcción propia

3. PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD BASADO EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA EL VALLE DE ABURRÁ

Toda ruta implica un camino a seguir, la elección del mejor, será el resultado del proceso reflexivo que hagan los municipios en torno a una racionalidad bien intencionada y coherente sobre la salud de la población. Sin embargo podemos tener señales de tránsito, para seguir ese camino los siguientes elementos:

El primer acuerdo que debemos asumir es que un modelo es la representación esquemática de una realidad que se configura a partir de unos elementos y que sirve para organizarlos y comunicarlos más fácilmente como un todo (RAE, 2015, p. 1).

El segundo es que el modelo de atención en salud se asumirá como el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos para generar salud en la población, por lo tanto este modelo supera al sistema de salud, específicamente en su perspectiva de aseguramiento y de simple provisión de servicios sanitarios.

El tercer elemento a considerar es que el modelo será construido bajo la estrategia de APS – Renovada - adaptada por los Municipios del Valle de Aburrá de acuerdo a los mínimos posibles construidos desde La Red Metropolitana de Salud – REMES -, considerando que es un buen referente teórico y práctico para organizar el sistema dado su capacidad abarcante en términos de comprender la salud como un proceso determinado socialmente, de asumir la salud como herramienta y finalidad del desarrollo humano y como un derecho fundamental. (Sen, 2000, p. 19)

Por ello se debe superar las concepciones erradas de la APS pues ella no es equivalente a medicina familiar o la asistencia médica ambulatoria, no es sólo el primer nivel de atención, o medicina pobre y rudimentaria para pueblos y ciudadanos pobres, no es una estrategia orientada al recorte de gastos basado en tecnologías simples y poco costosas, no es un fondo común para la realización de las acciones de prevención y atención básica, no es simplemente programas de promoción en la salud y prevención de la enfermedad, no es un programa o proyecto que corre en paralelo con otros modelos de prestación de servicios de salud biomédicos. (Echeverry, O. 2011, p. 3)

Los mínimos acordados en la red son: Cobertura, acceso y ámbitos de acción; Prioridades de atención; Primer contacto y capacidad resolutoria; Atención integral y continua; Cuidados apropiados con énfasis en Promoción y Prevención; Recursos Humanos; Sistemas de información e Indicadores de resultado; Marco político, legal e institucional sólido mecanismos de participación activa; Acciones de coordinación intersectorial (Área Metropolitana del Valle de Aburrá e Institución Universitaria Esumer, 2015, p. 79) Anexo 2

El cuarto elemento, deriva de comprender que la APS como estrategia, es un medio para alcanzar una mayor salud, lo que obliga a diseñar una ruta práctica para configurar el modelo en términos

su planeación, ejecución y evaluación. Para este propósito se tomara como referente táctico la planeación prospectiva que nos lleva a plantear el modelo de atención en tres dimensiones: La primera es la de desarrollo de política pública que está relacionada con los asuntos que refieren a las decisiones centrales de un proceso organizativo, es la plataforma donde se asienta la organización y sostenibilidad del modelo que permita para valorar lo que se hace y medir periódicamente la salud de la población en función del desarrollo del territorio; la segunda dimensión es la gestión que se refiere a la aplicación del modelo bajo la estrategia de APS en el territorio, es decir, del cómo se opera lo planificado, sus, rutas, acciones y los componentes o elementos transversales del modelo, y la tercera dimensión, propósito, que significa la razón de ser del modelo de atención bajo la estrategia APS-R y, como tal, es el fin para lo cual fue creada, el propósito permite establecer la orientación misional y el alcance sobre el que se proyecta su implementación. (Área Metropolitana del Valle de Aburrá e Institución Universitaria Esumer, 2015, p.85)

Lo anterior se representará bajo la analogía de un **“triciclo”** con la idea de entender el modelo como una estructura que funciona en interdependencia, pues si el pierde una rueda es posible que el modelo no funcione adecuadamente (ver grafica 1)

El quinto elemento a considerar es que el modelo de atención en salud por su capacidad vinculante al desarrollo humano y social, es responsabilidad de la autoridad sanitaria, en este caso en cabeza de alcaldes y secretarios municipales de salud, su diseño, operación y evaluación, dado que el modelo se inscribe y a su vez favorece el plan de desarrollo municipal.

Y por último se trabajará bajo el enfoque de ciudad región, el Valle de Aburrá como área conurbada asumirá el potencial que le otorga la ley 1625 de 2013, donde su organización como área metropolitana le permite a partir de sus interrelaciones territoriales, ambientales, económicas, sociales, demográficas, culturales y tecnológicas la programación y coordinación de su desarrollo social y humano sustentable, su ordenamiento territorial racional y su prestación de servicios públicos, por ello la oportunidad de ir organizando su modelo de atención en salud (República de Colombia, citado por Área Metropolitana del Valle de Aburrá e Institución Universitaria Esumer. p. 15)

3.1. Hacia la construcción de una política pública de un modelo de atención bajo la estrategia de APS

El primer paso para darle sentido a la propuesta de un ***Modelo de Atención en salud basado en la estrategia de Atención Primaria para el Valle de Aburrá*** es convertirlo en una apuesta política que permita institucionalizar la voluntad de gobierno, posibilitando contar con un escenario político-administrativo que dé continuidad a la estrategia y la posición como eje orientador de la agenda pública social y en salud en todos los territorios, por ello la idea es elevarlo a una política pública, ello implica establecer un flujo de acciones y decisiones coherentemente intencionadas en torno a resolver las necesidades de salud de la población todo ello acompañado de las siguientes estrategias que son las que determinan el proceso de aprestamiento para la construcción del modelo:

3.1.1. Gobernanza:

Entendida como ***la capacidad para realizar la gestión pública pertinente***; como tal, es indelegable a los actores sociales y deberá estar liderada por el alcalde y la Secretaria de Salud. Para liderar

el sistema de salud y articularlo con el desarrollo del territorio, se deberá disponer de todos los elementos jurídico - administrativos tales como legislación en salud (Ley 715, ley 100 de 1993, ley 1122 de 2007, ley 1438 de 2013, ley 1751 de 2015 entre otras) y políticas públicas para la salud (Documentos COMPES), así como planes, programas y proyectos sociales y de salud (Plan de desarrollo, plan de ordenamiento territorial, plan decenal de salud pública, plan territorial de salud, programas en infancia adolescencia y juventud, de género, de familia, de tercera edad y vejez, de seguridad alimentaria entre otras), para la modulación normativa de la estrategia se deberá convocar y concertar con todos los actores del Municipio para la planeación, la ejecución y evaluación del modelo de atención bajo la estrategia de APS, lo cual debe derivaren la creación o integración de planes, programas o proyectos.

La gobernanza no se limita, ni se traduce en la creación de la política pública, sino en la capacidad de los gobernantes en que dichas políticas sean legitimadas y aceptadas por todos los actores, lo cual implica capacidad de liderazgo, gestión, negociación, concertación y emprendimiento al interior de la administración municipal en cabeza del alcalde y los secretarios de despacho, especialmente los relacionados con la dimensión social y sanitaria del territorio.

La gobernanza traducida en políticas públicas que se convierten en planes, programas y proyectos ajustados a las necesidades de la población implica necesariamente la asignación de recursos a las políticas públicas aprobadas.

3.1.2. La participación:

Es el elemento más legitimador de la política, porque se construye con y desde el sentir de los actores, es decir hay representatividad de los actores, para ello es necesario fortalecer la apropiación social del conocimiento en torno a lo que significa la salud en relación al desarrollo humano, a fortalecer una cultura política pertinente y dirigida a los derechos a los deberes y responsabilidades que tiene la sociedad para lograr una mayor salud. Acá se puede hacer todo un trabajo desde la educación para la salud.

Lo anterior implica que los actores llámese, servidores públicos, instituciones públicas o privadas, comunidades entre otras, se capaciten en términos políticos, es decir en torno a una cultura que promueva acercar al ciudadano a la organización social, al agenciamiento, y abogacía e igualmente implica reconocer los actores sectoriales e intersectoriales del territorio para apropiar la política como por ejemplo los Consejos municipales, los COMPOS – Consejo de política social, el CTSS – Consejo territorial de salud, los COPACOS – Comités de Participación Comunitaria en Salud, las JAL -Juntas administradoras locales, las acciones comunales entre otras, porque son quienes terminan diseñando los planes, programas y proyectos

3.1.3. La organización:

Para la estructura del modelo se trabajará a partir de la gestión e información y conocimiento proveniente desde los diferentes sistemas de información en salud y en lo social, (SISBEN, PLANEACIÓN, SIVIGILA, ASIS, SISPRO, PAISOFT, EDUCACIÓN y los que el municipio considere pertinentes).

El análisis de situación de salud- ASIS es de obligatoriedad en el orden municipal, a su vez este deberá contrastarse y complementarse con ordenes territoriales superiores y que en este caso es el Valle de Aburrá. Por lo tanto, definir un modelo concertado para la realización de los ASIS, mejora

la capacidad operativa de las secretarías de salud, disminuye los costos y permite el desarrollo posterior de planes, programas y proyectos que superen el ámbito local.

Una vez realizado el ASIS, se requiere su validación nuevamente por todos los actores siendo a este nivel el Consejo Territorial en Seguridad Social Salud -CTSS y el COMPOS los mejores espacios de concertación de los resultados del ASIS que se convierten en los Planes, Programas y Proyectos a ser desarrollados en la localidad.

Igualmente a partir de la información cualitativa de los actores se interpretará y hará la validación de los problemas y necesidades en salud mediante herramientas cuantitativas y cualitativas de planificación participativa que le ayuden a priorizar y determinar la magnitud de los problemas y sus posibles abordajes tales como el marco lógico, IAP y planificación local participativa.

El ejercicio de priorización dependerá de varios elementos a destacar:

- Los recursos existentes, tanto económicos como de actores comprometidos
- La capacidad resolutoria instalada, asociada a medios o equipos y conocimiento específico en el evento o población a priorizar.
- La magnitud y gravedad del evento a atender. Definiendo como magnitud el número de personas afectadas y como gravedad, el daño en cada una de las personas afectadas.
- La capacidad de interpretar y analizar la realidad de manera pertinente
- El impacto esperado.
- La normatividad existente.

De lo anterior se desprenderán líneas o enfoques para la construcción o integración de los planes, programas y proyectos, en función de garantizar un mayor número de derechos y definir los actores responsables desde todo nivel

3.1.4. Los recursos:

Desde el sistema de salud ya están establecidos unos recursos para la operación del sistema, sin embargo es importante mirar la disponibilidad social del territorio. Los recursos deberán responder a los programas y proyectos construidos como convenientes para el territorio, se tendrá en cuenta las diferentes fuentes de financiación y se pueden crear matrices de flujos de recursos para los programas y proyectos y así generar economías a escala, además que fortalece la integración dado que es el asunto más sensible a la hora de la viabilidad.

Los recursos son finitos por ello también esto debe ir acompañado de no solo un buen gerenciamiento y gobernanza sino de una capacidad técnica y de transparencia, pues existen despilfarros y gastos innecesarios producto de reprocesos y fragmentaciones y es precisamente la eficacia lo que dará cuenta de dicha gobernanza y gobernabilidad.

Los fuentes financieras pueden ser de origen fiscal, parafiscal, regalías, rentas cedidas, los recursos pueden ser toda la disponibilidad social del Municipio departamento o nación o el sector pública o privada, como cajas de compensación, SENA, ICBF, Universidades, igualmente mirar recursos humanos, comunitarios, que estén disponibles.

Para evaluar esta primera dimensión y consolidar el primer paso del aprestamiento se deberán contestar las siguientes preguntas: (Tabla 2)

Tabla 2.
Elementos a considerar en el desarrollo de la política pública del modelo de atención

	Política pública	si	no	Observaciones
1	¿Existe en el municipio una política pública en APS o modelo de atención en salud?			
2	¿La política pública incluye los recursos necesarios para su ejecución?			
3	¿La política pública permite la participación comunitaria?			
4	¿La política pública se concreta en planes programas y proyectos?			
5	¿El COMPOS se ha utilizado para la concertación de los planes sectoriales?			
6	El CTSSS concerta las acciones de salud en relación al modelo con enfoque de APS			
7	Los planes programas y proyectos están enmarcados en la estrategia APS?			
8	¿La secretaría de salud lidera en la integración de planes, programas y proyectos municipales?			
9	La participación comunitaria tiene acciones de abogacía para la creación de políticas publicas			
10	¿Tiene el municipio una metodología estándar para la ejecución de los diagnósticos de necesidades de la población?			
11	¿El municipio dispone de algún sistema de información que le permita integrar datos?			
12	¿El ASIS permite identificar líneas de base para grupos poblacionales específicos?			
13	¿Los planes programas y proyectos se basan en ASIS concertado con la comunidad?			
14	¿Existe una forma de identificar todos los recursos económicos procedentes de diferentes fuentes?			
15	¿Existe una metodología para asignar recursos de diferentes fuentes a programas y proyectos conjuntos?			
16	¿Los planes programas y proyectos tienen recursos de diferentes fuentes y sectores?			
17	¿La concertación de necesidades se hace con todos los actores incluyendo la comunidad?			
18	Se tienen en cuenta recursos no financieros en la asignación a planes, programas y proyectos			
19	Los programas y proyectos están alineados con políticas y planes de orden local, es decir pensando en la ciudad región			
20	Los programas y proyectos están alineados con políticas y planes de orden nacionales como PDS, CONPES, Plan de erradicación de pobreza entre otros			

Fuente: Construcción propia

Idealmente las respuestas a las anteriores preguntas deberá ser SI, sin embargo, en algunos municipios es posible que la respuesta sea NO porque no se requiera el aspecto específico, lo cual debería explicarse en las observaciones.

Como resultante del aprestamiento, la autoridad sanitaria define la política de atención enmarcada en APS para configurar su modelo, partiendo de las necesidades en salud y prioridades establecidas en términos de planes programas y proyectos. En el proceso de configuración de la política, dispondrá del plan decenal de salud, como herramienta de la salud pública, para organizar el modelo de atención y vincularse con los demás sectores y actores, en coherencia con los acuerdos provistos desde la política.

También recuperará el ASIS como herramienta en la toma de decisiones, el ASIS debe contemplar todo lo relacionado a las condiciones de vida (elementos histórico geográficos, ambientales, demográficos socioculturales y económicos); Nivel de salud con enfoque familiar e individual según curso de vida (Indicadores biopsicosociales de salud de niños menores de cinco años, escolares, adolescentes, adultos jóvenes, adultos intermedios, adultos mayores, funcionalidad familiar, cohesión social, tasas de morbimortalidad, coberturas sociosanitarias); Estructura de servicios sociosanitarios Salud, educación, recreación, asistencia social, empleo, (accesibilidad, oportunidad, calidad, cobertura, aseguramiento, subsidios, protección); Alineación de actores y de intereses enmarcados en el bien colectivo y la participación de todos en sentido de equidad y capacidad resolutive (cada cual aporta lo que puede y sea requerido)

3.2. Hacia el desarrollo la operativización de la propuesta de un Modelo de Atención en salud basado en la estrategia de Atención Primaria para el Valle de Aburrá

La segunda dimensión a contemplar para en el modelo, está en relación a la gestión, es decir a la manera como operará esa estrategia de APS, y como es una estrategia moralmente conveniente por centrarse en personas, los entornos vitales sobre las cuales se harán las intervenciones en salud son el individuo, la familia y la comunidad. Por lo tanto una vez definidos en la fase de anterior las líneas de trabajo concertadas mediante programas o proyectos que obedecen a situaciones de salud y grupos priorizados, la primera tarea es definir cuáles serían las acciones contenidas en dichos programas y proyectos y las metodologías para monitorearlas y evaluarlas. Lo anterior puede sortearse de la siguiente manera, sin pretender que todos los Municipios lleven la misma lógica o desarrollen las mismas acciones.

3.2.1. La participación comunitaria

Se debe desarrollar todo un despliegue de actividades para fomentar la participación social y comunitaria en torno a la provisión de servicios socio sanitarios. En este sentido lo que se trabaja es en procesos que empoderen y movilicen a las comunidades en su propio cuidado, no simplemente trabajando desde ligas de usuarios, veedurías o COPACOS, sino en grupos de ayuda mutua, agentes sociales y de salud de base comunitaria como la constitución de Redes de Apoyo Social, los parches, las tiendas, los costureros en fin, todos aquellos sitios o espacios donde existen clanes comunitarios, para generar enlaces desde la población ante la institucionalidad que sirvan

de puentes para las acciones de diagnóstico e intervención. Esta creación de enlaces comunidad - institucionalidad es fundamental para favorecer la continuidad de los procesos de intervención y agenciamiento en salud; por lo tanto, es necesario que se disponga de personas de la comunidad como integrantes de los equipos de atención.

Para lograr este nivel de agenciamiento, se requiere un trabajo de educación para la salud fuerte que contenga un programa de formación para la movilización social, que contemple una postura amplia de educación, participación, empoderamiento, autonomía, desarrollo social, desarrollo humano y salud.

2.3.2. Gestión territorial

El primer elemento a considerar en la gestión territorial, es que ya establecidas las voluntades entre los distintos sectores, la tarea es levantar la cartografía de la disponibilidad social con la que cuentan los territorios y organizar rutas de atención basadas en enfoque familiar y comunitario, porque metodológicamente entrar a familias y grupos es la mejor manera de acercar al ciudadano con la institucionalidad, pues son los escenarios más cotidianos del desarrollo. Una ruta es la forma como se interviene una situación de salud en un grupo poblacional priorizado y con los recursos sociales existentes; por lo tanto es específica para cada situación y cada municipio.

Dichas rutas deben contener la justificación y pertinencia basada en construcción de líneas base o estudios sobre el asunto a abordar, los objetivos, las actividades, los tiempos, los actores, los responsables, los recursos, las metas y los indicadores de estructura, procesos y resultados con sus respectivos instrumentos de evaluación y monitoreo. Todos estos elementos deben ser los requisitos a contemplar en los estudios previos de contratación que los municipios demandan a los prestadores de servicios sociosanitarios, para así poder dejar evidencia rigurosa sobre los logros o dificultades y facilitar la continuidad.

Por ejemplo se pueden trabajar las rutas con base en los programas ya legitimados con enfoque familiar y comunitario y si no existen, pueden nombrarse con base en los cursos de vida, como el de atención integral a la niñez, infancia y adolescencia, o de adulto mayor y vejez o también, con base en colectivos o poblacionales, como los programas de atención integral a la familia, o programa de atención al habitante de calle, dado el hecho que así nombrados, permiten recoger intereses comunes propios de un momento histórico compartido por las personas y porque permite más universalización, y a la vez de la particularización, es decir privilegia a la persona, permite la gestión del riesgo social y no se detiene simplemente en los eventos o situaciones morbicéntricos o en perspectivas fragmentadas.

Lo anterior implicará dentro de la gestión de las Secretarías de Salud lo siguiente:

- El fortalecimiento del acceso a las personas vía aseguramiento en el caso de salud y de priorización de población vulnerable en los demás servicios sociales, donde se trabajará en caracterización poblacional, direccionamiento a accesibilidad de bienes y servicios mediante SISBEN y concertarán con Empresas administradoras de servicios todas las rutas de atención que posibiliten la mayor integración de servicios en los territorios, evitando la duplicidad de acciones y así favorecer la cobertura universal.

- Se deben alinear las funciones esenciales de la salud pública en torno al desarrollo del modelo, es decir todos los programas, proyectos y personas propias de las secretarías se deben empoderar con acciones de intervención sobre las personas de tal forma que su hacer esté en función de la APS, favoreciendo la integración, interdisciplinariedad y complementariedad.
- Fortalecer la provisión de servicios sociosanitarios, mediante la reorganización de redes integradas de servicios que obedezcan a las necesidades en salud.

La autoridad sanitaria por ser quien contrata la administración de planes de beneficios del régimen subsidiado deberá exigir una garantía a la prestación de servicios acordes con el modelo de APS, especialmente en la baja complejidad, por ello no solo exigirá unos cuidados apropiados sino que apoyará el desarrollo institucional de los prestadores, especialmente para las Empresas Sociales del Estado, para que organicen y dispongan una oferta coherente con las necesidades territoriales y no solo atiendan el plan obligatorio de salud sino también el plan de intervenciones colectivas para lo cual deben diseñar un plan integrado de intervenciones en salud.

Por norma, son las Secretarías Municipales las que definen los contenidos contractuales acorde al plan de desarrollo municipal y la demás normatividad vigente, por lo tanto deberán preocuparse por contratar aquellas organizaciones que le brinden la mayor calidad (cobertura, eficiencia, eficacia, satisfacción, integralidad, continuidad) y capacidad técnica. En este sentido la contratación con otro ente público (como puede ser la ESE) debería estar mediada por calidad y capacidad y no por condiciones de soporte económico. Las ESE pueden ser el mejor contratista para servicios sociosanitarios siempre y cuando desarrollen portafolios integrados, pero en ausencia de esto, es posible contratar otros prestadores.

Sin embargo también es deber de la autoridad sanitaria fortalecer el desarrollo institucional de su operador para favorecer el logro de los alcances del modelo de atención y poder coordinar de manera más fluida los intereses del modelo y la operación del mismo.

3.2.3. La gestión del cuidado

Los prestadores de salud deben disponerse a organizar su atención con base en el modelo de atención en salud del territorio, deben de disponer de una plataforma que organice las guías y protocolos de atención de acuerdo a las acciones de intervención en salud. de manera integrada: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación las cuales deben desarrollar con todos los grupos según ciclo de vida de acuerdo a sus necesidades, al perfil epidemiológico, a las evidencias, todo ello acompañado con una cultura de gestión integral de la calidad (SOGC, PAMEC, Seguridad del paciente, etc.) y con capacidad de flexibilizar la atención hacia los ámbitos cotidianos de las personas, además debe organizarse mediante redes integradas de salud para garantizar integración, integralidad y longitudinalidad en la atención

Las preguntas a responder en cuanto la dimensión gestión son: (Tabla 3)

Tabla 3.
Elementos a considerar en la gestión del modelo de atención

	Gestión	Si	No	Observaciones
21	El modelo de atención en APS-R está alineado con el plan decenal de salud pública			
22	Existe una cartografía social de grupos poblacionales y eventos sociosanitarios y recursos existentes			
23	Existe una metodología definida para la creación de rutas de atención			
24	Consideran acciones en el individuo la familia y la comunidad			
25	las acciones están dirigidas a la atención bio - sico social			
26	Integran actores y recursos			
27	Las rutas contemplan momentos e instrumentos de monitoreo y evaluación			
28	Se tienen acciones de IEC y movilización social en torno a la participación social para el proceso de intervención			
29	Se tiene una estructura de participación social para el proceso de intervención			
30	Se tienen enlaces comunitarios dentro de los equipos de atención			
31	Se tiene una estructura para favorecer la accesibilidad a servicios			
32	Se tiene un trabajo concertado con las administradoras de planes de beneficios en torno a una atención integral e integrada			
33	Se tiene un trabajo concertado con las administradoras de planes de beneficios en torno a una atención integral e integrada			
34	¿Se fortalece la provisión de servicios acorde con las necesidades del territorio y alineado con la estrategia de APS?			
35	Verifica que la atención está alineada con el modelo en APS			
36	Los prestadores incorporan la atención de acuerdo al modelo de APS			
37	¿Existen mecanismos de priorización para la atención en salud de la población?			
38	Las actividades están enfocadas en salud en individuos, familias y comunidad			
39	Las actividades de prestación de servicios están integradas en intervenciones en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación			
40	Las intervenciones están diseñadas por cursos de vida			
41	Las intervenciones integran los posibles planes de beneficio			
42	Las intervenciones consideran las guías y protocolos de acuerdo a la evidencia			
43	Se tiene calculado las necesidades de recurso humano según las intervenciones			
44	El equipo de salud está capacitado en Atención primaria en salud			
45	Se flexibiliza la prestación del servicio con en los diferentes entornos cotidianos de atención			
46	Se definieron rutas de atención por curso de vida			

	Gestión	Si	No	Observaciones
47	Se gestiona el riesgo individual y social			
48	¿Los instrumentos de recolección de información permiten la gestión del riesgo?			
49	¿Los instrumentos para la gestión de información en salud comunitaria se han adecuado para la integración de información con otras fuentes?			
50	Existen metodologías para valorar el riesgo?			
51	¿Existen estrategias de integración de información de la situación de salud?			
52	¿Hay alarmas en el sistema de información que permitan la toma de decisiones oportunamente?			
53	Se organizan redes integradas de servicios sociosanitarios			

Fuente: Construcción propia

3.3. Hacia el logro del propósito del modelo

La tercera dimensión, el propósito, es la razón de ser de la estrategia APS-R 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 evidencian 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, es decir esta dimensión dará cuenta del nivel, estado y estructura de salud de la población y su relación con el grado de desarrollo humano y social del territorio.

Lo anterior implica un proceso permanente de monitoreo y evaluación de la política desde la planeación, implementación y evaluación para mantener una constante cultura del mejoramiento además porque es fundamental analizar el impacto de la política, para ello es necesario:

3.3.1. Generación de conocimiento

Es la estrategia sirve para canalizar las acciones de la política, en tanto que permita los análisis de la realidad, y tendencias para la toma de decisiones, lo que implica, tener una plataforma que integre fuentes de información, primaria y secundarias provenientes de las diferentes sistemas, pues dentro del sector sociosanitario hay gran cantidad de información que requiere la implementación de un método bigdata para procesamiento de grandes volúmenes de información y poder lograr la construcción de perfilamientos.

La información consolidada debe ser de fácil acceso para el usuario, utilizando para ello técnicas y herramientas de visualización que permitan el fácil entendimiento, por ello los observatorios se hacen necesarios como mecanismos para mantener monitoreando todos aquellos indicadores críticos de la salud y desarrollo de las personas, mediante cuadro de mandos, son los observatorios el escenario donde debe propiciarse los espacios para la apropiación social del conocimiento, allí deben converger los esfuerzos de la construcción de conocimiento científico que se haga en la región en torno a la salud bien sea por el ente territorial u otras instituciones como Universidades, empresas u otro tipo de organizaciones.

Las fuentes primarias que se capturen en salud deben en la medida de lo posible estar actualizadas para mejorar la oportunidad, lo ideal es tratar de poner los métodos en tecnologías de fácil consolidación como la nube, combinada con tecnologías de movilidad como los dispositivos móviles.

En los procesos de apropiación social de conocimiento, el trabajo en red como elemento participativo se constituye en una buena estrategia de aprendizaje para las personas y los municipios, además para la transferencia de conocimientos e igualmente la sistematización de buenas prácticas es otro de los elementos constitutivos de la reflexión y de la innovación social.

3.3.2. La efectividad del modelo

Se traduce en la calidad de las acciones a todo nivel. La calidad es un elemento transversalizador en la implementación del modelo, es lo que favorece el hacer bien las cosas y que lo que se haga si cumpla con su propósito, para ello es necesario que se implementen métodos de gestión integral de calidad a todo nivel.

En la gestión territorial, el modelo es efectivo si hay

- La capacidad institucional para desarrollar el marco reglamentario con el fin de proteger la salud y garantizar su cumplimiento.
- La capacidad de generar nuevas políticas dirigidos a mejorar la salud de la población, así como a fomentar el desarrollo de entornos saludables.
- Definición de objetivos en materia de sociosanitaria
- Desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de sociosanitarias
- El desarrollo de competencias para la adopción de decisiones, basadas en pruebas que incorporen su planificación y evaluación, la capacidad de liderazgo y de comunicación eficaz, el desarrollo organizativo y la gestión de los recursos.
- Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de los sistemas de salud en torno a la política de modelo de atención bajo la estrategia de APS.
- Gestión de la cooperación externa en materia sociosanitaria
- La protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema sociosanitario
- La ejecución de todas estas actividades para asegurar el cumplimiento de la política de manera oportuna, correcta, congruente y completa.
- La evaluación actualizada de la situación y las tendencias sociosanitarias del territorio y de sus factores determinantes, con atención especial a la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y en el acceso a los servicios.
- La identificación de las necesidades de salud de la población, incluidas la evaluación de los riesgos de la salud y la demanda de servicios de salud.
- El manejo de las estadísticas vitales y de la situación específica de grupos de especial interés o de mayor riesgo.
- La generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud.
- Construcción de alianzas sectoriales y extrasectoriales.

- Caracterización de la fuerza del recurso humano sociosanitario.
- Mejora de la calidad del recurso humano.
- Formación continua y de postgrado en materia de salud pública.
- Perfeccionamiento de los recursos humanos destinados a la prestación de servicios apropiados a las características socioculturales de los usuarios.
- La identificación de recursos externos al sector que puedan mejorar la promoción de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida.
- El desarrollo de la tecnología, la experiencia y los métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los responsables de la salud pública, incluidos los actores externos, los proveedores, y los ciudadanos.
- La preparación del ASIS y el fortalecimiento de la capacidad de vigilancia a nivel local para generar respuestas rápidas, dirigidas al control de problemas de salud o de riesgos específicos.
- El refuerzo del poder de los ciudadanos para cambiar sus propios modos de vida y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables, de manera que influyan en las decisiones que afecten a su salud y a su acceso a servicios adecuados de salud pública.
- La facilitación de la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, con el fin de mejorar el estado de salud de la población y la promoción de entornos que favorezcan la vida saludable.
- Evaluación del acceso a los servicios sociosanitarios necesarios.
- Conocimientos, aptitudes y mecanismos para acercar a la población los programas y servicios sociosanitarios necesarios.
- Promoción de apoyos y acción para mejorar el acceso a los servicios de sociosanitarios necesarios.

En la gestión del cuidado de los prestadores de servicios sociosanitarios la efectividad está dada por:

- Apoyo a actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación elaboración de normas e intervenciones dirigidas a favorecer comportamientos y ambientes saludables.
- Creación o aplicación de guías y protocolos de atención basados en la mejor evidencia científica y en la mejor evidencia de costo – efectividad, al igual que promover utilización de los métodos científicos para evaluar intervenciones de diverso grado de complejidad en materia de salud.
- Reorientación de los servicios que privilegien la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- La definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios.
- La promoción de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectivo, para ello se tiene el sistema obligatorio de garantía de calidad de atención sociosanitaria.
- Construcción de redes integradas de servicios sociales y de salud.

- La implantación de sistemas de evaluación de la satisfacción de los usuarios y el uso de sus indicadores para mejorar la calidad de los servicios de salud.
- La calidad debe apoyarse de un sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en materia de salud para apoyar la toma de decisiones en salud pública.

3.3.3. El Nivel de salud

Es la resultante de un adecuado o no modelo de atención en salud. El nivel de salud se construye a partir de las metas de salud de acuerdo al enfoque familiar y comunitario - territorio y del perfil de morbilidad (Knowles, J. 1997 p36).

Lo importante es definir una parrilla de indicadores que les permita medir el avance del modelo en sus 4 elementos esenciales: Calidad de Vida, Nivel de Salud, Efectividad y Gestión del Conocimiento.

Un indicador requiere:

- El nombre, se refiere a la característica de la variable, al atributo del resultado, o al impacto de lo que se quiere comprender.
- El objetivo, se refiere al uso que se le espera dar a la información obtenida.
- Los niveles de referencia, se refieren a los estándares de comprensión de nuestros indicadores sobre desarrollo humano y salud es decir, sobre los estándares de calidad de vida, nivel de salud, eficacia y generación de conocimiento.
- El dueño del proceso, se refiere a los puntos o actividades del proceso de desarrollo humano y salud, en las cuales debe realizarse la comprensión o medición. Éstos debe estar claramente definida para evitar distorsiones en sus comprensiones. Deben quedar claros, igualmente las características, procedimientos y los métodos.
- La herramienta de recolección: Se refiere a la técnica que se utilizará para la recolección de la información, que para el caso de la construcción de indicadores cuantitativos se utilizará la mejor evidencia existente y para los cualitativos exige las mismas técnicas de la investigación cualitativa.
- Los ámbitos de referencia: hace alusión a los espacios o entornos que tienen que ver con el desarrollo humano, la salud y el cuidado
- La frecuencia, se refiere a la periodicidad con que debe realizarse las observaciones, de tal manera que permita una toma de decisión oportuna.

De acuerdo al enfoque familiar y comunitario, el nivel de salud de las personas, familias y comunidades algunos atributos o condiciones susceptibles de ser medidos son:

Tabla 4.
Elementos de la dimensión propósito y tipos de indicadores.

Elementos de la Dimensión Propósito	Tipos de Indicadores	
<ul style="list-style-type: none"> • Tipologías Familiares • Ciclos Vitales Familiares • Grupos de Apoyo Social de la Familia • Nivel Socioeconómico • Ingresos Familiares • Tenencia de la Vivienda • Características de la Vivienda • Desplazamiento • Acceso a Bienes y Servicios • Equipamientos Sociales • Organización Social • Aseguramiento 	Estructura	Disponibilidad
		Accesibilidad
		Oportunidad
<ul style="list-style-type: none"> • Participación Social • Número De Atenciones • Costo Atención • Recurso Humano capacitado • Investigaciones en curso 	Proceso	Uso
		Calidad
		Utilización
		Productividad
<ul style="list-style-type: none"> • Coberturas por ciclos vitales • Perfil Morbimortalidad por Ciclos Vitales • Control de Factores de Riesgo • Conocimientos y prácticas en Salud 	Productos	Eficacia
		Cobertura
		Eficiencia
<ul style="list-style-type: none"> • Cohesión Social (Cooperación, Colaboración, Coordinación) • Adaptación y Funcionalidad Familiar • Años de Vida Saludable • Estado Nutricional Grupos Prioritarios • Muerte Materna y Perinatal • Gini • Embarazo Adolescente • Violencias 	Impactos	Paciente Sano / Controlado
		Equidad En Salud
		Avisa / Avad

Fuente: Construcción propia

Muchos de estos indicadores ya están previamente establecidos y no se requiere de la invención de nuevos. La esencia está en la combinación de los indicadores; por lo tanto, al crear un sistema de medición basado en indicadores implica la alineación de los mismos a las características del modelo y que en conjunto del cuenta de su avance. Las preguntas a responder en cuanto a la dimensión propósito son: (Tabla 5)

Tabla 5.
Elementos a considerar para el alcance de los propósitos el modelo de atención

	Propósito	Si	No	Observaciones
54	Se tiene cobertura y acceso universal a la salud			
55	¿Tienen indicadores de salud familiar definidos?			
56	¿Tienen indicadores de salud comunitaria definidos?			
57	¿Tienen indicadores de salud biosicosocial de niños menores de cinco años?			
58	¿Tienen indicadores de salud biosicosocial de niños escolares?			
59	¿Tiene indicadores de salud biosicosocial de adolescentes?			
60	¿Tienen indicadores de salud biosicosocial de adultos - jóvenes?			
61	¿Tienen indicadores de salud biosicosocial del adulto mayor?			
62	Tienen indicadores con enfoque diferencial: Género, etnia, clase			
63	Se integra información para determinar el perfil de morbimortalidad de la población			
64	Se realiza la integración de información que permita el monitoreo permanente del nivel y estado de salud de la población en términos de desarrollo			
65	Se tiene un observatorio sociosanitario			
66	Se tienen documentadas o sistematizadas las prácticas			
67	Existen investigaciones cualitativas o cuantitativas que soporten la toma de decisiones			
68	¿En la medición se consideran estándares de calidad en la prestación de los servicios?			
69	Hay capital social generado			
70	Hay capital humano generado			
71	Existe procesos de rendición de cuentas			
72	La prestación de los servicios plantean análisis de costo beneficio			

Fuente: Construcción propia

Podemos entonces definir con el siguiente gráfico la ruta de implementación del modelo de atención en salud municipal bajo la estrategia de APS:

Gráfico 6
Ruta para la implementación de la propuesta de Modelo de Atención en salud basado en la estrategia de Atención Primaria para el Valle de Aburrá



Fuente: Construcción propia

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Atención primaria en salud – APS -: Es una estrategia para configurar el modelo de atención en salud bajo el conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo de la vida, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con la atención, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. (Organización Panamericana de la Salud, 2007 p. 8)

Cuidado: Acción de cuidar. (Rae, 2015) preservar, guardar, asistir, poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo, es ocuparse de los individuos y las personas para protegerles del arroje en el mundo es decir pre- ocuparse por esa condición efímera e inestable del curso de vida de los seres humanos (González y Solano, 2007, p. 4).

Desarrollo humano: es un proceso de expansión de las libertades reales que disfrutan las personas, dichas libertades son los elementos constitutivos y a la vez instrumentales, que tienen las personas para desarrollar las potencialidades que les permitan vivir la vida que valoran. (Sen, 2000, p. 19)

Gobernabilidad: Composición de actores estratégicos y sus prácticas, tipo de reglas e instituciones (formales e informales) y su grado de prevalencia, y por el grado de conflicto susceptible de ser procesado bajo las reglas y procedimientos en vigencia. (Mayorga y Córdova, 2007, p. 6).

Gobernanza: Acción y efecto de gobernar, es lo que caracteriza la manera de gobernar y gobernarse (Mayorga y Córdova, 2007, p. 8).

La estrategia de APS no es equivalente a medicina familiar o la asistencia médica ambulatoria; No es sólo el primer nivel de atención; No es Medicina pobre y rudimentaria para pueblos y ciudadanos pobres; No es una estrategia orientada al recorte de gastos basado en tecnologías simples y poco costosas; No es un fondo común para la realización de las acciones de prevención y atención básica y no es un modelo que corre paralelo al modelo de atención biomédico. (Echeverry, O. 2011, p. 8)

La estrategia de la APS contempla tres componentes integrados e interdependientes: la acción intersectorial / transectorial por la salud, la participación social, comunitaria y ciudadana, y los servicios sociosanitarios. (República de Colombia. Ley 1438 de 2011.)

Modelo de atención en salud: Es el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos para generar salud en la población, por lo tanto este modelo supera al sistema de salud, específicamente en su perspectiva de aseguramiento y de simple provisión de servicios sanitarios.

Participación: Proceso social de construcción de poder para resolver los problemas de las personas y las sociedades, capacidad y potencialidad humana para la integración social y la solución de los problemas sociales.

Política: Conjunto de acciones racionales y coherentemente organizadas para transformar situaciones sociales, en un encuentro de actores políticos con un sentido de horizonte común y colectivo que asumen responsabilidades y toma de decisiones políticas, es un ejercicio permanente de poder para garantizar la garantía de derechos, de ahí la imperante necesidad de la participación y movilización son los elementos estructurantes de la política (Alcaldía de Bogotá, 2011 p.2).

Salud: Conjunto de capacidades biopsicosociales de un individuo para realizar sus proyectos de vidas, es un derecho fundamental. (Organización Panamericana de la Salud. (2007) p 3

Anexo 1

La lista de chequeo que a continuación se muestra, es una herramienta que puede dar pistas para evaluar el estado sobre el cual se encuentra la implementación del modelo de salud bajo una estrategia de APS – R en los municipios, el objetivo de esta propuesta es poder tener una línea de base sobre la construcción del modelo en términos de sus dimensiones política, gestión y propósito.

RED METROPOLITANA DE SALUD

Herramienta para evaluación de la implementación del de la Propuesta de Modelo de Atención en Salud Basado en la Estrategia de Atención Primaria para el Valle de Aburrá

	Política pública	Si	No	Observaciones
1	¿Existe en el municipio una política pública en APS o modelo de atención en salud?			
2	¿La política pública incluye los recursos necesarios para su ejecución?			
3	¿La política pública permite la participación comunitaria?			
4	¿La política pública se concreta en planes programas y proyectos?			
5	¿El COMPOS se ha utilizado para la concertación de los planes sectoriales?			
6	¿El CTSSS concerta las acciones de salud en relación al modelo con enfoque de APS			
7	¿Los planes programas y proyectos están enmarcados en la estrategia APS?			
8	¿La secretaría de salud lidera en la integración de planes, programas y proyectos municipales?			
9	¿La participación comunitaria tiene acciones de abogacía para la creación de políticas públicas?			
10	¿Tiene el municipio una metodología estándar para la ejecución de los diagnósticos de necesidades de la población?			
11	¿El municipio dispone de algún sistema de información que le permita integrar datos?			
12	¿El ASIS permite identificar líneas de base para grupos poblacionales específicos?			
13	¿Los planes programas y proyectos se basan en ASIS concertado con la comunidad?			
14	¿Existe una forma de identificar todos los recursos económicos procedentes de diferentes fuentes?			
15	¿Existe una metodología para asignar recursos de diferentes fuentes a programas y proyectos conjuntos?			
16	¿Los planes programas y proyectos tienen recursos de diferentes fuentes y sectores?			
17	¿La concertación de necesidades se hace con todos los actores incluyendo la comunidad?			

		Si	No	Observaciones
18	¿Se tienen en cuenta recursos no financieros en la asignación a planes, programas y proyectos?			
19	Los programas y proyectos están alineados con políticas y planes de orden local, es decir pensando en la ciudad región			
20	Los programas y proyectos están alineados con políticas y planes de orden nacionales como PDS, CONPES, Plan de erradicación de pobreza entre otros			
Gestión				
21	El modelo de atención en APS-R está alineado con el plan decenal de salud pública			
22	Existe una cartografía social de grupos poblacionales y eventos sociosanitarios y recursos existentes			
23	Existe una metodología definida para la creación de rutas de atención			
24	Consideran acciones en el individuo la familia y la comunidad			
25	las acciones están dirigidas a la atención bio - sico social			
26	Integran actores y recursos			
27	Las rutas contemplan momentos e instrumentos de monitoreo y evaluación			
28	Se tienen acciones de IEC y movilización social en torno a la participación social para el proceso de intervención			
29	Se tiene una estructura de participación social para el proceso de intervención			
30	Se tienen enlaces comunitarios dentro de los equipos de atención			
31	Se tiene una estructura para favorecer la accesibilidad a servicios			
32	Se tiene un trabajo concertado con las administradoras de planes de beneficios en torno a una atención integral e integrada			
33	Se tiene un trabajo concertado con las administradoras de planes de beneficios en torno a una atención integral e integrada			
34	¿Se fortalece la provisión de servicios acorde con las necesidades del territorio y alineado con la estrategia de APS?			
35	Verifica que la atención está aliada con el modelo en APS			
36	Los prestadores incorporan la atención de acuerdo al modelo de APS			
37	¿Existen mecanismos de priorización para la atención en salud de la población?			
38	Las actividades están enfocadas en salud en individuos, familias y comunidad			
39	Las actividades de prestación de servicios están integradas en intervenciones en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación			
40	Las intervenciones están diseñadas por cursos de vida			
41	Las intervenciones integran los posibles planes de beneficio			
42	Las intervenciones consideran las guías y protocolos de acuerdo a la evidencia			
43	Se tiene calculado las necesidades de recurso humano según las intervenciones			
44	El equipo de salud está capacitado en Atención primaria en salud			
45	Se flexibiliza la prestación del servicio con en los diferentes entornos cotidianos de atención			
46	Se definieron rutas de atención por curso de vida			
47	Se gestiona el riesgo individual y social			

		Si	No	Observaciones
48	¿Los instrumentos de recolección de información permiten la gestión del riesgo?			
49	¿Los instrumentos para la gestión de información en salud comunitaria se han adecuado para la integración de información con otras fuentes?			
50	¿Los instrumentos para la gestión de información en salud comunitaria se han adecuado para la integración de información con otras fuentes?			
51	¿Los instrumentos de recolección de información permiten la gestión del riesgo?			
52	¿Existen estrategias de integración de información de la situación de salud?			
53	¿Hay alarmas en el sistema de información que permitan la toma de decisiones oportunamente?			
54	¿Se organizan redes integradas de servicios sociosanitarios?			
Propósito				
55	¿Se tiene cobertura y acceso universal a la salud			
56	¿Tienen indicadores de salud familiar definidos?			
57	¿Tienen indicadores de salud comunitaria definidos?			
58	¿Tienen indicadores de salud biosicosocial de niños menores de cinco años?			
59	¿Tienen indicadores de salud biosicosocial de niños escolares?			
60	¿Tienen indicadores de salud biosicosocial de adolescentes?			
61	¿Tienen indicadores de salud biosicosocial de lo adultos - jóvenes?			
62	¿Tienen indicadores de salud biosicosocial del adulto mayor?			
63	¿Tienen indicadores con enfoque diferencial: Género, etnia, clase			
64	¿Se integra información para determinar el perfil de morbimortalidad de la población?			
65	Se realiza la integración de información que permita el monitoreo permanente del nivel y estado de salud de la población en términos de desarrollo			
66	Se tiene un observatorio sociosanitario			
67	Se tienen documentadas o sistematizadas las prácticas			
68	Existen investigaciones cualitativas o cuantitativas que soporten la toma de decisiones			
69	¿En la medición se consideran estándares de calidad en la prestación de los servicios?			
70	Hay capital social generado			
71	Hay capital humano generado			
72	Existe procesos de rendición de cuentas			
73	La prestación de los servicios plantean análisis de costo beneficio			

Fuente: Construcción propia

Anexo 2

Los acuerdos mínimos para la operación del modelo establecidos por los secretarios de salud del Valle de Aburrá. Area Metropolitana del Valle Aburrá e Institución Universitaria Esumer (2015)

1. Cobertura, Acceso y Ámbitos de Acción.

Los Municipios en conjunto con las ESE deben definir cuál va a ser la población en número de familias que va a cubrir la estrategia, los criterios de selección y de acceso de las familias, y los escenarios en los que va a ser aplicada la estrategia.

2. Prioridades de atención.

Uno de los propósitos de la propuesta piloto, es la identificación, parametrización e intervención del riesgo de grupos poblacionales específicos o de patologías específicas. Los municipios de acuerdo a su perfil de morbimortalidad y necesidades especiales, debe definir aquellos grupos poblacionales de riesgo y aquellas patologías que requieren una intervención especial para evitar complicaciones, favoreciendo de esta forma la prevención primaria y secundaria, como también la población objeto de las acciones de promoción es estilos de vida saludables y detección temprana de factores de riesgo.

3. Primer Contacto y Capacidad Resolutiva.

La Atención Primaria en Salud se considera como la puerta de entrada al sistema de salud para la atención de las necesidades no solo de salud, sino de todos aquellos determinantes que inciden en ella, que le permitan a las familias mejorar sus condiciones de vida. En este sentido, se deben definir las acciones de intervención que van a ser ejecutadas por los equipos básicos de salud relacionadas con las prioridades de atención y los mecanismos de remisión al primer nivel de atención y todas aquellas atenciones u orientaciones que puedan ser brindadas por otras instituciones o sectores, de manera que se transversalicen los procesos.

4. Atención Integral y Continua.

El municipio en conjunto con la ESE, deben definir los mecanismos para garantizar que la atención que se inicia con el modelo de la estrategia de Atención Primaria en Salud, se continúe en el primer nivel de atención y que la oferta de servicios de la ESE municipal, responda a las necesidades en salud de la población beneficiaria. Es así entonces, que se debe contar con un portafolio de servicios para la atención institucional y extramural, dependiendo de la capacidad del municipio, donde a través de la contratación de un equipo interdisciplinario que dé respuesta a la mayoría de las necesidades de las familias en las viviendas propiamente, contribuyendo así a la descongestión de los servicios de la ESE.

5. Orientación Familiar y Comunitaria.

Cada municipio debe plantear en la documentación de su estrategia como aplica el enfoque familiar y comunitario propuesto por la OPS. Así mismo, debe indicar como las intervenciones afectan de forma positiva a cada uno de los miembros de la familia independiente de que las necesidades en salud sean solo individuales. Por lo tanto, debe garantizar que las acciones también contemplan el enfoque familiar y comunitario.

6. Cuidados Apropriados con énfasis en Promoción y Prevención.

Las acciones y/o las intervenciones planteadas para la atención de las necesidades en salud de las familias y la comunidad, deberían tener como fundamento las guías y protocolos de atención basadas en la evidencia y todas aquellas que continúen vigentes en materia de guías de atención como es el caso de la resolución 412/2000, con un énfasis en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que no solo involucre a las familias, sino que puedan extenderse a los integrantes de la comunidad. En este sentido, los municipios en conjunto con las ESE, deben definir aquellas guías de atención que van a ser adoptadas para la intervención y si es del caso, construir las propias que den respuesta a las necesidades identificadas en las familias y comunidades del municipio. Previo a la definición de cuidados, debe hacerse énfasis en la caracterización e identificación de las necesidades de las familias y en este proceso, identificar los riesgos en salud de cada miembro y de la familia como tal, para formular un plan de intervenciones que disminuya los riesgos detectados a través de la estrategia.

7. Recursos Humanos.

Deben definirse los integrantes del equipo básico de atención que se va a encargar no solo del proceso de identificación y caracterización, sino también, de las atenciones y/o intervenciones en salud. Es importante que se definan los perfiles, las capacitaciones y/o entrenamientos previos que deben tener los profesionales y/o técnicos que conforman el equipo. De igual forma, en conjunto con la ESE, el municipio debe definir si aquellos profesionales para intervenciones específicas se contratan directamente por el municipio o si se coordina con la ESE para la prestación del servicio. También es importante, definir los procesos de capacitación permanente del equipo de atención que permita innovación en la estrategia y en las acciones desarrolladas. Otro punto importante, es calcular la capacidad de atención de cada equipo básico empezando por la caracterización hasta las intervenciones planteadas; de esta forma se obtiene el personal requerido con más exactitud y así disminuir costos innecesarios en la estrategia.

8. Sistemas de Información e Indicadores de Resultado.

Se requiere construir un sistema de información que permita sistematizar las diferentes intervenciones y actividades de la estrategia. Este aplicativo de acuerdo a las condiciones y recursos del municipio y de la ESE, podrá ser de desarrollo propio, adoptado de otra organización o adaptado de otra propuesta de acuerdo a las necesidades del municipio. Se deben considerar como componentes básicos de este sistema de información: la caracterización, la identificación y cálculo del riesgo, la valoración específica de algún grupo de riesgo, la formulación de intervenciones, el seguimiento y los resultados. En el ámbito de resultados, se propone la definición de unos indicadores de resultado y de impacto que estén asociados a los cambios en el riesgo y en las conductas de las familias y los integrantes. Así mismo, indicadores que puedan evidenciar cambios en la situación de salud de la comunidad donde la estrategia se viene desarrollando.

9. Marco Político, Legal e Institucional.

Aunque es sabido que la reglamentación de la estrategia no es clara y que la ley 1438 del 2011 y la Resolución 1841 del 2013-Plan Decenal de Salud Pública ofrecen algunos elementos para su implementación y desarrollo, es necesario que en el municipio se cuente con un apoyo y voluntad política suficientes para sostener la estrategia y asignar los recursos necesarios para su continuidad.

Es por esto, que se sugiere la construcción de una política municipal que soporte el desarrollo de la estrategia y que permita viabilizar su permanencia en el tiempo. Política que debe incluir los elementos necesarios para el correcto desempeño y funcionamiento de la Atención Primaria en Salud.

10. Mecanismos de Participación Activa.

Cada municipio debe garantizar un proceso claro y transparente de participación social, donde las familias y comunidades puedan involucrarse de forma activa en los diferentes momentos del desarrollo de la estrategia; así mismo, garantizar la rendición de cuentas frente a la comunidad en términos económicos y de resultados en salud e intersectoriales. El municipio debe plantear y documentar la ruta de participación social dentro de la estrategia.

11. Acciones de Coordinación Intersectorial.

Uno de los enfoques de la Atención Primaria en Salud, es el de determinantes Sociales en Salud, por esta razón es indispensable que el municipio defina los mecanismos de articulación con otros sectores e instituciones municipales para dar respuesta a las necesidades asociadas con otros determinantes sociales. Así mismo, es necesario que el municipio documente la ruta para el acceso a estos servicios.

12. Recursos.

Cada municipio debe destinar los recursos necesarios y suficientes para la implementación y sostenibilidad de la estrategia. También debe de acuerdo a sus capacidades, definir las formas de cooperación entre diferentes instituciones para dar respuesta a las diferentes necesidades identificadas en las familias y la comunidad. No necesariamente, el municipio a través de la secretaria de salud, debe disponer de todos los recursos humanos, técnicos, tecnológicos y financieros para atender a la población por medio de la estrategia; se pueden crear alianzas y convenios que permitan aunar esfuerzos, disminuir costos de operación y maximizar los recursos existentes en el municipio.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcaldía de Bogotá. (2011). Guía para la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas distritales. Recuperado de: www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/adminverblobawa
- Alma-Ata. (1978) Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá e Institución Universitaria Esumer. (2015). *Documentación y sistematización de la atención primaria en los municipios del valle de Aburrá*.
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá e Institución Universitaria Esumer. (2015). Cartilla de consulta de normatividad – Red Metropolitana de Salud. Medellín, Colombia.
- Berciano, M. (1992). Que significa el Dasein en Thémata. *Revista de Filosofía*, 10, 1992 p. 435 – 450.
- Botero D. Capítulo 1 Cuidado de la Vida “Reflexiones filosóficas” En Cátedra Manuel Ancizar-2007 p 16 Recuperado en www.bdigital.unal.edu.co/787/3/316_-_2_Capi_1.pdf
- Campione, D. (2002). Una democracia que se consolida degradándose. Concentración capitalista, vida política y gobernabilidad en Argentina. En: Aportes. (19). Buenos Aires, Argentina.
- Castellanos, P. (1998). Los modelos explicativos del proceso salud–enfermedad: los determinantes sociales. En: Martínez J, Castellanos P, Mermet P. *Salud Pública*. Madrid, España: Mc Graw Hill.
- De la Fuente, J. R. y Tapia, R. (2001). La medición en salud a través de indicadores. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México y Siglo XXI Editores.
- Echeverry, O. (2011). 5to *Foro sobre atención primaria de la salud, APS: una nueva oportunidad*. Cali: Documento memoria Universidad del Valle. Recuperado de: http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/aps_documento_previo_al_foro.pdf
- Gadamer, J. (1996). El estado oculto de la salud. Barcelona, España: Gedisa.
- González, J. y Solano, M. C. (2007). El origen fenomenológico del cuidado y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería. En: Cultura de los cuidados. XI (21). Recuperado de: <http://www.index-f.com/cultura/21pdf/21-19-0909.pdf>
- Knowles, J., Leighton, C. y Stinson, W. (1997). *Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud*. LACRSS. Documento 6. ED. USAID – OPS.

- Mayorga, F. y Córdova, E. (2007). *Gobernabilidad y Gobernanza en América latina*. Working Paper NCCR Norte-Sur IP8, Ginebra. Recuperado de: www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-334.html
- Ministerio de salud, República de Colombia. (2012). *Plan Decenal de salud 2012 – 2015*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- Muños de Rodríguez, L. (2007). Cuidado de la Vida: reflexiones filosóficas. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá, Cundinamarca: Recuperado de: www.bdigital.unal.edu.co/787/3/316_-_2_Capi_1.pdf
- Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- Ojeda, M. y Palermo, M. (2007). ¿Para qué medir? Normas generales para el sistema de información mediante indicadores sobre: competitividad, productividad y calidad en salud. Instituto Universitario ISALUD. Diplomatura en auditoria médica. Trabajo final integrador. Argentina. Recuperado de: https://auditoriamedica.files.wordpress.com/2009/01/normas_generales.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia de Atención Primaria de Salud, Alma Ata, USSR, 6-12 Septiembre 1978. 20 Serie Salud Ginebra; OMS; 1978. 93p. (Salud para Todos, n1) Recuperado en <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud del mundo 2000 recuperado de http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación - Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/final_report/closing_the_gap_how_es.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud, Salud en Las Américas, Determinantes e inequidad en salud 2012 Recuperado de:
- http://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?id=58&option=com_content
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2009). Atención primaria de salud, inclusión y fortalecimiento de los sistemas de salud. 124ª. Reunión del Consejo Ejecutivo EB124. R8, 26 de enero de 2009. Washington DC: OPS/OMS; 2009
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2003). Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Recuperado de: <http://www.amro.who.int/spanish/gov/cd/cd44-r6-s.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial 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). Recuperado de: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primary_Salud_Americas-OPS.pdf
- RAE, *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=PTk5Wk1Go=h>
- República de Colombia Ley 100 de 1993 Recuperado en http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- República de Colombia Ley 1122 de 2007 Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones Recuperado de: <https://healthresearchweb.org/?action=download&file=Ley1122.pdf>
- República de Colombia Ley 1751 estatutaria de salud, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Recuperada de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- República de Colombia, Ley 10 de 1990. Recuperada en: <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/10%252090.doc>
- República de Colombia. Ley 1438 de 2011. Recuperada de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley143819012011.pdf>
- República de Colombia. Constitución de 1991. Recuperado en: <http://www.constitucioncolombia.com/indice.php>
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y Libertad*. Buenos Aires, Argentina: Planeta.
- United Nations Development Program. (2003). P. 27 Human Development Report. New York: Oxford University Press. Recuperado en http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/264/hdr_2003_en_complete.pdf (incompleta)
- Weinstein; L. (1989). *Salud y Autogestión*. Montevideo, Uruguay: Nordan.
- Wilcox, D. (1994). *The Guide to Effective Participation*. Recuperado de: <http://www.partnerships.org.uk>.
- World Health Organization. (2013). *Health and Human Rights*. Recuperado de: <http://www.who.int/hhr/en/>.
- World Health Organization. (2015). *Health and Human Rights*. Recuperado de: <http://www.who.int/hhr/en/>