

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

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

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

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

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

Carlos Muñoz Lopez, **alcalde del municipio de Bello**

Autores

Equipo de trabajo

Profesionales, técnicos y auxiliares de la E.S.E. Bellosalud y de la Secretaría de Salud del municipio de Bello.

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

Profesionales de la Institución Universitaria Esumer

Interventoría AMVA

Raúl Cano Jaramillo, Profesional Contador

Coordinación de la publicación

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

Centro de Investigaciones y Prospectiva Institución Universitaria Esumer

Diseño Gráfico

Centro de Investigaciones y Prospectiva Institución Universitaria Esumer

Impresión

LIBRO ARTE

Primera edición

Junio de 2015, Medellín

Nota de derechos reservados

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

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

PRESENTACIÓN

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

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

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

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

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

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

HERNÁN DARÍO ELEJALDE LÓPEZ
Director

ÍNDICE

CAPÍTULO 1: CARACTERIZACIÓN	9
1. GENERALIDADES DEL TERRITORIO	11
2. DESARROLLO ECONOMICO	12
3. PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2012-2015 “BELLO CIUDAD EDUCADA Y COMPETITIVA”	14
4. ORGANIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD	15
4.1. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA	15
4.2. RECURSOS FINANCIEROS	16
4.3. CONTRATACION CON LA ESE (PIC-POBLACION NO ASEGURADA)	16
4.4. ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD	17
4.5. PARTICIPACION SOCIAL	18
5. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS	19
6. FECUNDIDAD	21
7. AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)	22
8. ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN	24
8.1. MORBILIDAD	24
8.2. CAMBIOS EN LA MORTALIDAD	26
8.3. COBERTURAS EN VACUNACIÓN	27
8.4. PRINCIPALES EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	28
9. DIAGNÓSTICO DE RED EN SALUD DEL MUNICIPIO	29
10. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) BELLOSALUD	30
10.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA	30
10.2. CAPACIDAD INSTALADA	31
10.3. RECURSOS HUMANOS	31
10.4. PORTAFOLIO DE SERVICIOS	33
11. INDICADORES	36
11.1. INDICADORES DE CALIDAD	36
11.2. INDICADORES DE PRODUCCIÓN	40
11.3. ÍNDICADORES FINANCIEROS	45
12. CONCLUSIONES	48
13. RECOMENDACIONES	50

CAPÍTULO 2: DOCUMENTACIÓN	51
1. INTRODUCCION	53
2. JUSTIFICACIÓN	55
3. OBJETIVOS	56
3.1. OBJETIVO GENERAL	56
3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS	56
4. METODOLOGÍA	57
5. CONTEXTO	58
5.1. RESEÑA HISTORICA DEL MUNICIPIO DE BELLO	59
5.2. GEOGRAFÍA	60
5.2.1. Descripción física:	60
5.2.2. Límites del municipio:	60
5.2.3. Ecología	61
5.2.4. Hidrografía	61
5.2.5. Economía	61
5.2.6. Orografía	61
5.3. VÍAS DE COMUNICACIÓN	61
5.4. EDUCACIÓN	61
5.5. SALUD	61
6. MARCO NORMATIVO	63
7. ESTRATEGIA EN EL TERRITORIO	65
7.1. DEFINICIÓN	65
7.2. ALCANCE	65
7.3. RECTORÍA Y PLANEACIÓN	65
7.4. ENFOQUES	66
7.5. ESTRUCTURA PARA EL FUNCIONAMIENTO	
(Equipos Básicos, Funciones)	66
7.6. COBERTURA	68
7.7. POBLACIÓN OBJETO (Criterios de Priorización en el Territorio)	69
7.8. ÁMBITOS DE ACCIÓN (Entornos)	70
7.9. PRIORIDADES (Líneas de Acción)	71
7.10. RUTA DE ATENCIÓN	71
7.11. COMPONENTES	72
7.11.1. Componente Intersectorial e Interinstitucional	72
7.11.2. Componente de Participación Ciudadana	72
7.12. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	73
7.13. RECURSOS: (Financieros, Humanos y Logísticos)	73
7.14. INDICADORES	74
7.14.1. INDICADORES DE IMPACTO	80
8. RESULTADOS (Logros)	82
9. CONCLUSIONES	83
10. RECOMENDACIONES	84
11. GLOSARIO	85

CAPÍTULO 3: SISTEMATIZACIÓN	88
1. PRESENTACIÓN	89
2. METODOLOGÍA: SOBRE LA DOCUMENTACIÓN Y LA SISTEMATIZACIÓN	90
3. OBJETIVOS	95
3.1. General:	95
3.2. Específicos:	95
4. MODELO PROPUESTO - ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA	96
4.1. DIMENSIÓN 1: PROPÓSITO	99
4.1.1. Enfoques	99
4.1.2. Fundamentos	100
4.1.3. Principios	101
4.2. DIMENSIÓN 2: DESARROLLO	102
4.2.1. Objetivos	103
4.2.2. Estrategias/Programas	104
4.3. DIMENSIÓN 3: GESTIÓN	105
4.3.1. Ruta Metodológica	106
4.3.2. Acciones	108
4.3.3. Transversales	109
4.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES	109
4.4.1. Sujetos	110
4.4.2. Organizaciones	111
5. ANÁLISIS DEL MUNICIPIO	114
5.1. DESCRIPCIÓN MODELO EN ESCENA DEL MUNICIPIO DE BELLO	114
5.1.1. Dimensión de Propósito	115
5.1.1.1. Enfoques	115
5.1.1.2. Principios Generales	116
5.1.1.3. Fundamentos	117
5.1.2. Dimensión de Desarrollo	117
5.1.2.1. Objetivos	118
5.1.2.2. Estrategias	119
5.1.3. Dimensión de Gestión	120
5.1.3.1. Ruta Metodológica	121
5.1.3.2. Acciones	122
5.1.3.3. Transversales	123
5.1.4. Dimensión de Actores	124
5.1.4.1. Sujetos	125
5.1.4.2. Organizaciones	125
6. ANÁLISIS DE BRECHAS	126
7. HALLAZGOS GENERALES	132
BIBLIOGRAFÍA	135

LISTA DE GRÁFICOS Y TABLAS

GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentaje de hogares con dos o más Necesidades Básicas Insatisfechas.	12
Gráfico 2. Porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).	13
Gráfico 3. Pirámides poblacionales. Bello. 2005-2013-2020	19
Gráfico 4. Comportamiento de la distribución porcentual de los grupos de edad de 0 a 14 años. Bello. 1985, 1993, 2005, 2013 Y 2020	20
Gráfico 5. Tasa bruta de natalidad.	21
Gráfico 6. Porcentaje de cobertura de aseguramiento al SGSSS	23
Gráfico 7. Distribución porcentual principales causas de consulta externa.	25
Gráfico 8. Distribución porcentual principales causas de consulta urgencias.	25
Gráfico 9. Distribución porcentual principales causas de hospitalización	26
Gráficos varios. Indicadores de calidad	36
Gráficos varios. Indicadores de producción	40
Gráficos varios. Indicadores financieros	45

TABLAS

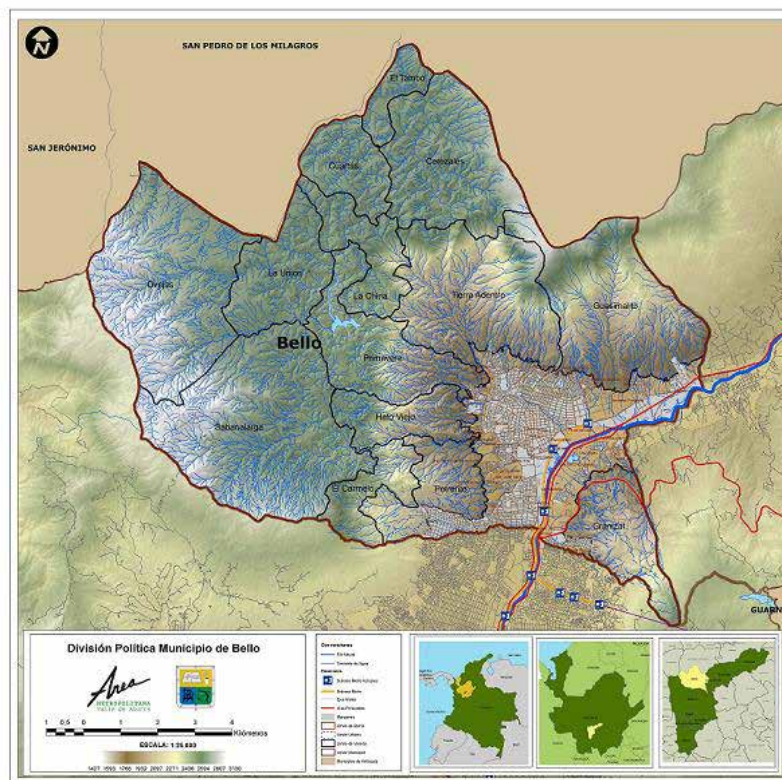
Tabla 1. Recurso Humano. Dirección Local de salud.	15
Tabla 2. Recursos propios para salud	16
Tabla 3. Componentes Estrategia APS.	17
Tabla 4. Cobertura de la seguridad social en salud	22
Tabla 5. Comportamiento morbilidad consulta externa.	24
Tabla 6. Tasa de mortalidad por mil habitantes	26
Tabla 7. Tasa de mortalidad por causa	27
Tabla 8. Comportamiento de las coberturas en vacunación	27
Tabla 9. Principales eventos de interés en salud pública	28
Tabla 10: Red en salud	29
Tabla 11: Plataforma estratégica ESE	30
Tabla 12: Capacidad instalada ESE	31
Tabla 13: Recursos humanos ESE	31

CAPÍTULO 1 CARACTERIZACIÓN

1. GENERALIDADES DEL TERRITORIO

El Municipio de Bello se encuentra localizado en el Valle de Aburrá a 10 kilómetros, al norte de Medellín. Su cabecera municipal está ubicada a 1450 metros sobre el nivel del mar. Limita por el sur con Medellín, por el occidente con San Jerónimo, por el norte con San Pedro y por el oriente con Copacabana, abarcando una extensión aproximada de 145,36 kilómetros cuadrados de los cuales 19,7 Km² son suelo urbano y 122,66 km² son suelo rural. Este valle está totalmente urbanizado en su parte plana, y muy ocupado en sus laderas. La parte plana la cruza el Río Medellín, y a lo largo de sus 70 kilómetros recibe en su recorrido el tributo de 57 quebradas. Topográficamente la parte urbana de la ciudad es un plano inclinado que desciende desde 1.600 a 1.400 metros de altura sobre el nivel del mar. El área urbana de Bello se divide en 11 comunas, estas se dividen a su vez en barrios, sumando un total de 100. En el área rural hay un corregimiento (San Félix) y 15 veredas.

Figura 1. Mapa municipio de Bello.



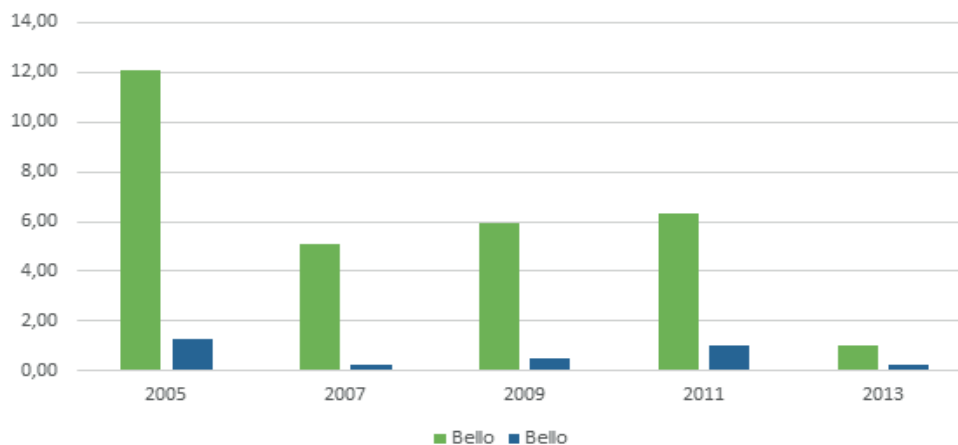
Fuente: Observatorio Metropolitano de información. Área Metropolitana del Valle de Aburrá

2. DESARROLLO ECONÓMICO

Las principales actividades económicas en la zona urbana se relacionan con la industria en donde se destacan principalmente la textil y de concentrados. Otro renglón económico importante es el comercio organizado e informal y la explotación de areneras y canteras. El área rural se dedica a la agricultura y a la ganadería, en menor escala. Tanto la industria como el comercio han sido actividades económicas representativas en el municipio por su trayectoria y participación en el crecimiento económico. En el municipio, más del 80% de las actividades económicas corresponden al comercio y los servicios y en su mayoría se clasifican como MIPYMES, siendo el municipio del Norte del Valle de Aburrá en donde se encuentra asentadas el mayor número de empresas, con un 62.6% del total. Según datos del estatuto tributario, Bello tiene 6.529 empresas; de las cuales 3.870 que representan el 59% se dedican al comercio al por menor y al por mayor, 1.120 establecimientos que equivalen al 17 % son restaurantes y 626 empresas que corresponde al 9% pertenecen a la industria manufacturera, siendo éstas las tres actividades económicas más predominantes del municipio. Sin embargo, la formación y capacitación para el empleo han sido incipientes, razón por la cual no están dando respuesta a la demanda, a las competencias laborales y mano de obra que requieren las empresas asentadas en el territorio.

En el municipio la cantidad de hogares que presenta dos o más necesidades insatisfechas; considerados como población en situación de miseria, presentó un cambio significativo en el período 2005 a 2013 en la zona rural. Según datos de las encuestas de calidad de vida realizadas por el Área Metropolitana, paso de 12,0 en 2005 a 1,0 en 2013. En la zona urbana se mantiene relativamente estable. (Ver gráfico 1).

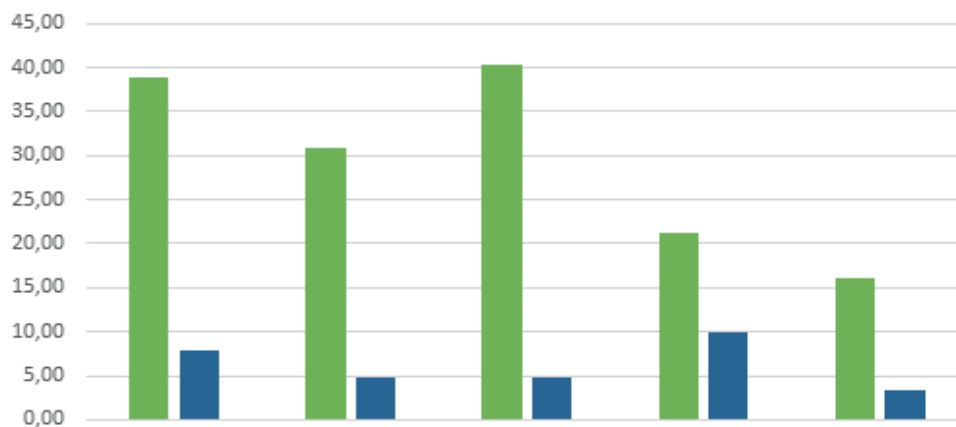
Gráfico 1. Porcentaje de hogares con dos o más NBI. Bello. 2005-2013



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida. Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

En cuanto al porcentaje de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha (pobreza), el municipio; según la última encuesta realizada por el Área Metropolitana en el año 2013, presentó disminución con relación al año 2005, pasando de 39,0% a 16,0% en la zona rural; mientras en la zona urbana disminuye de 7,0% a 3,0% en el mismo período. (Ver gráfico 2).

Gráfico 2. Porcentaje de hogares con NBI. Bello. 2005-2013



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida. Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

Servicios públicos

Según el Observatorio Metropolitano de Información (OMI) las coberturas en servicios públicos domiciliarios para el año 2013 fueron las siguientes:

- Acueducto: Urbano 98,73%, rural 75,65%.
- Alcantarillado: Urbano 96,51%, rural 5,70%.
- Red de gas natural: Urbano 79,12%, rural 6,74%.
- Servicio de energía eléctrica: Urbano 99,9%, rural 100%.

Bello cuenta con un acueducto urbano de EPM y 11 rurales, 4 de estos con planta de tratamiento.

Medios de transporte

Bello cuenta con un sistema de servicio de transporte público muy amplio. El sistema metro en el territorio de Bello tiene las estaciones Madera, Bello y Niquía. Además en el municipio se localizan las oficinas y los talleres del metro. El sistema de buses que existe en la ciudad, es un sistema privado que atiende todos los sectores del municipio e igualmente se cuenta con rutas que comunican a Bello y Medellín. Además, está el Sistema Integrado de Transporte que comunica las estaciones del Metro con las diferentes áreas de la ciudad. Adicionalmente cuenta con servicio de taxis con numerosas empresas que cubren toda el área Metropolitana, incluidos taxis colectivos.

3. PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2012-2015 “BELLO CIUDAD EDUCADA Y COMPETITIVA”

La educación, el emprendimiento, la movilidad, el deporte y la recreación; son los ejes transversales de las estrategias de desarrollo del plan. La educación como elemento dinamizador y garante de la construcción de una ciudad más equitativa y competitiva. Fortalecer la democracia se constituye en elemento clave del Plan, a través de la garantía y fomento de los procesos de participación ciudadana y comunitaria en la planeación y gestión del desarrollo local; así mismo, la promoción de una cultura política y una ciudadanía activa y responsable que intervenga en la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan.

El Plan de Desarrollo se estructura en cuatro líneas estratégicas, cada línea está compuesta por componentes, programas y proyectos que a su vez llevan explícitas sus metas y estrategias para lograr la consecución de los resultados propuestos. Las líneas estratégicas del plan son:

- Línea estratégica 1. Ciudad con Calidad de Vida
- Línea estratégica 2. Ciudad Competitiva y Sostenible
- Línea estratégica 3. Ciudad Espacialmente Planificada, Armónica y Vivible
- Línea estratégica 4. Ciudad con Credibilidad Institucional

Para el componente salud el municipio definió dos programas que serán realizados con enfoque diferencial y por ciclo vital, con sus respectivos proyectos y son:

Aseguramiento en salud

- Garantía del acceso a salud en población pobre no asegurada
- Ampliación, dotación, construcción de infraestructura en salud
- Gestión administrativa y financiera del régimen subsidiado
- Promoción de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)
- Identificación y Selección de nuevos beneficiarios al SISBEN

Salud pública con enfoque de APS

- Prevención y control de enfermedades Crónicas no transmisibles
- Gestión de la salud sexual y reproductiva
- Vigilancia y seguimiento en salud pública
- Salud materno infantil
- Seguridad Alimentaria y Nutricional
- Inspección, vigilancia y control de factores de riesgo ambientales y del consumo
- Salud Mental
- Gestión para el Desarrollo Operativo y Funcional del Plan de Salud Pública
- Plan de Salud Pública para la zona rural

4. ORGANIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD

El municipio cuenta con la dependencia Dirección Local de Salud para cumplir las competencias de Salud. Maneja el tema de la población en situación de discapacidad y seguridad alimentaria. Según los resultados de la evaluación realizada por la Secretaría Departamental de Salud y Protección Social de Antioquia al evaluar la capacidad de gestión municipal en salud del año 2013, la Dirección Local de Salud obtuvo una calificación de 89; disminuyendo su capacidad de gestión en ocho puntos porcentuales respecto del año inmediatamente anterior. En el plan de mejoramiento, debe implementarse: el servicio de atención a la comunidad SAC, mejorar el seguimiento a los saldos de las cuentas maestras del fondo local de salud e implementar acciones para mejorar la liquidación de los contratos que cuenten con sus respectivos soportes y atendiendo los términos previstos en la Ley 1438 de 2011.

4.1. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA

Tabla 1. Recurso Humano. Dirección Local de salud. Municipio de Bello. 2014

AREA	CARGO	PLANTA	CONTRATO	TOTAL
DIRECCIÓN	Secretario	1	0	1
	Auxiliar oficina	3	0	3
	Sub secretario	1	0	1
S.A.C.	Profesional especializada	1	0	1
	Auxiliar oficina	1	0	1
ASEGURAMIENTO	Profesional u.	1	1	2
	Técnicos	1	0	1
	Auxiliar oficina	0	1	1
SALUD PÚBLICA	Directora	1	0	1
	Profesional especializada	3	0	3
	Profesionales universitarios	2	2	4
	Tecnólogos	0	2	2
	Técnicos	1	1	2
	Auxiliar de enfermería	0	2	2
	Auxiliares oficina	1	7	8
I.V.C. (SANENAMIENTO)	Profesional universitario	1	1	2
	Técnicos	0	1	1
	Tecnólogo	3	9	12
	Auxiliares oficina	0	1	1
FONDO LOCAL DE S.	Profesional universitario	1	0	1
	Auxiliar oficina	0	1	1
	Técnicos	1	0	1
TOTALES		24	29	53

Fuente: Dirección Local de Salud. Municipio de Bello.

De la Tabla 1 se deduce que de los 53 funcionarios que tiene la Dirección Local de Salud, el 45,2% es personal vinculado y el 53,8% son funcionarios contratados bajo la modalidad de prestación de servicios; situación que se convierte en un factor determinante en la gestión de la dependencia por: el desgaste administrativo que implica la contratación del personal, el riesgo jurídico para la administración municipal, la pérdida de conocimiento y la continuidad en los programas y proyectos.

4.2. RECURSOS FINANCIEROS

El Fondo local de salud, lo maneja directamente la secretaria de hacienda, tiene conformadas las cuatro cuentas maestras según los lineamientos de resolución 3042 de 2007, 4204 de 2008 y 991 de 2009. Desde la Dirección Local de Salud hacen la ordenación para los pagos según los requisitos de cada cuenta, tienen asignado un contador y una auxiliar contable para el manejo de las cuentas con la ordenación directa del Secretario y la coordinación con la Secretaria de Hacienda; que los retroalimenta permanentemente. El presupuesto para salud básicamente se compone de recursos del SGP Sistema General de Participaciones para aseguramiento, atención de la población no asegurada y salud pública. Los recursos de destinación específica para cumplir las competencias en salud pública y los programas de promoción social son insuficientes, los financian en gran porcentaje con recursos propios. La asignación en recursos propios durante el período 2008-2012 se puede apreciar en la Tabla 2.

Tabla 2: Recursos propios para salud. Municipio de Bello. 2008-2012

DESTINACION DE RECURSOS PROPIOS PARA SALUD					
Año	2008	2009	2010	2011	2012
Salud pública		343.804.613	15.163.219	1.108.656	3.219.294
Cofinanciación del régimen subsidiado	616.083.922	989.027.007	575.158.445	918.106.498	815.347.197
Población no asegurada	230.000.000	1.300.000.000	289.674.754	-	361.977.014
Total	1.513.247.674	3.523.140.593	1.022.737.088	1.151.225.834	1.484.946.434

Fuente: Dirección Local de Salud. Municipio de Bello.

4.3. CONTRATACION CON LA ESE (PIC-POBLACION NO ASEGURADA)

El Plan de intervenciones colectivas para toda la población lo contratan con la Empresa Social del Estado (ESE) Bellosalud, estos contratos incluyen acciones para los siguientes programas:

Atención Primaria en Salud (APS), dando prioridad a 1000 familias de los asentamientos subnormales y del programa familias en acción. El equipo básico para APS lo conforman los perfiles de promotores de vida y enfermera. Además hay un equipo de apoyo conformado por nutricionista, psicólogo, gerontólogo

y técnico de saneamiento. Para el programa de APS no reciben aportes de la gobernación, todo se financia con recursos propios.

En salud pública tienen además contrato con la ESE Bellosalud para desarrollar las acciones de información, educación y comunicación IEC, SSR, salud mental, vacunación y estilos de vida saludables y la parte operativa del sistema de vigilancia epidemiológica en donde tienen 19 unidades notificadoras. Adicionalmente, tienen un contrato con la ESE para la esterilización de caninos y felinos.

4.4. ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Tabla 3: Componentes Estrategia APS. Municipio de Bello.

CRITERIOS	INFORMACIÓN
Población beneficiada (Número de familias de la línea de base y proyección de familias a intervenir a 2015)	Línea base 2011: 112.500 familias aproximadamente 2012: Prueba piloto con 1.000 familias de 3.561 integrantes. Proyección a 2015: 30.000 familias.
Criterios de selección y focalización de las familias y/o beneficiarios a intervenir con la estrategia (familias en acción, Red juntos, otros programas o criterios)	Familias pobres, vulnerables del municipio. En 2012 se eligió sector intervenido por Secretaria de Infraestructura por riesgo de terreno inestable para visitas domiciliarias y se realizaron jornadas en 22 barrios y 2 veredas del municipio con diferentes actividades de salud, aseguramiento con familias beneficiarias del complemento MANA, comunidad en general y el acompañamiento de red Unidos y la ESE Bellosalud.
Ámbitos de acción (hogar, escuela, trabajo, comunidad)	Visitas domiciliarias a la comunidad y familias beneficiarias del complemento MANA en jornadas barriales, charlas educativas en escuelas, hogares infantiles y trabajadores del sector informal.
Composición del equipo básico de atención EBA (perfil de los integrantes)	El equipo básico está compuesto por un profesional como coordinador general, una enfermera coordinadora de campo, con técnicos de salud pública. El equipo de apoyo son los profesionales de los programas de seguridad alimentaria, saneamiento, salud mental, discapacidad, aseguramiento y los servicios de salud de la ESE y la Entidades Prestadoras de Salud (EPS).

CRITERIOS	INFORMACIÓN
Número de familias que en promedio atiende cada equipo básico de atención EBA	Cada técnico de salud pública puede atender 100 familias en 6 meses.
Mecanismo de articulación con la ESE y otras instituciones para referencia y continuidad de los usuarios en la red (Contributivo-subsidiado - otro)	Realizamos remisiones en formato concertado con ESE y EPS.
Componentes (acciones) que realiza la estrategia en el entorno	Visitas domiciliarias donde se realiza ficha para diagnóstico de situación de salud de la DSSSA, con asesoría y educación en todos los temas de salud y medio ambiente, jornadas barriales con actividades de promoción y prevención de salud y medio ambiente. Charlas educativas en instituciones educativas, hogares infantiles y trabajadores de economía informal. Además visitas a establecimientos con promoción de los espacios libres de humo y manejo de residuos sólidos peligrosos en instituciones de salud.
Desarrollo del componente de coordinación intersectorial e interinstitucional.	Reuniones de información y concertación de actividades con entes municipales, departamentales, nacionales, ESE y EPS.
Desarrollo del componente comunitario y de participación ciudadana	Información y concertación con líderes, veedores y entidades comunitarias.
Recursos de inversión para el desarrollo de la estrategia (recursos propios, SGP salud pública)	SGP salud pública y cofinanciación departamental y nacional.

Fuente: Dirección Local de Salud. Municipio de Bello.

4.5. PARTICIPACION SOCIAL

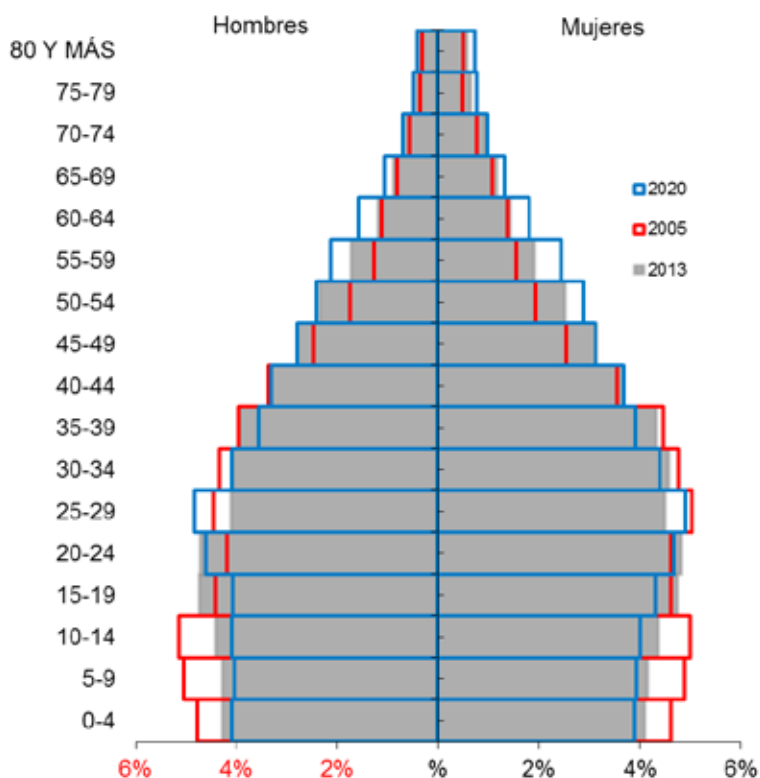
Las organizaciones de base definidas por la Ley, se caracterizan por bajos niveles de participación debido a factores como: Bajas habilidades y competencias para el análisis y deliberación para la construcción de consensos, bajas capacidades organizativas, técnicas, administrativas y sociales, que no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

En el componente salud, de las organizaciones comunitarias estipuladas en la norma según el decreto 1757/1994, y de acuerdo al informe de gestión 2014 se encuentra conformado el Comité de Participación Comunitario en salud COPACOS, el Consejo Municipal de Seguridad Social CMSSS está vigente y funcionando, la asociación de usuarios de la Empresa Social del Estado Bellosalud está conformada y activa y existen veedurías en salud para proyectos específicos. Los procesos de atención y asesoría a la comunidad están establecidos y dan respuesta oportuna a través del Sistema de Atención a la Comunidad, desde la Secretaría de Salud y del Sistema de Información y atención al Usuario, desde la Empresa Social del Estado Bellosalud.

5. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS

De acuerdo a cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), censo del año 2005 proyectado a 2014; Bello cuenta con 455.865 habitantes. El 47,8% son hombres y el 52,2% mujeres, el 96,4% se ubica en la zona urbana y solo un 3,6% en la zona rural. En cuanto al comportamiento frente a la tasa de crecimiento intercensal, Bello presenta el segundo crecimiento poblacional más alto del Valle de Aburra (1, 30), luego de Envigado.

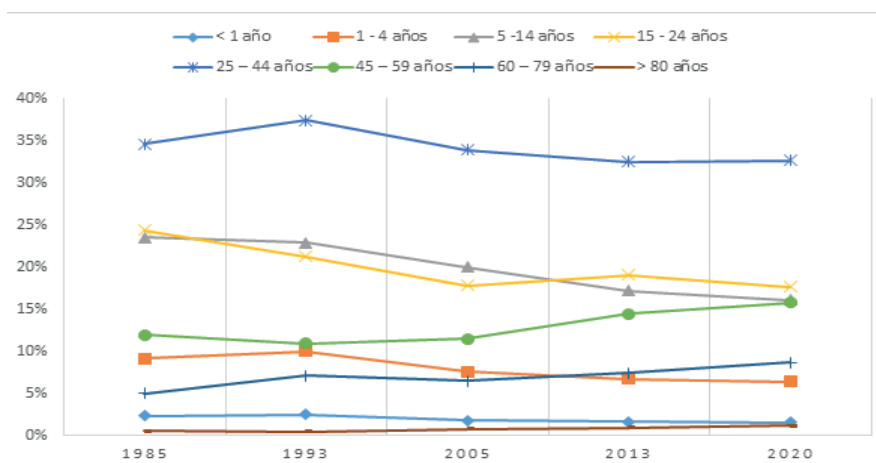
Gráfico 3. Pirámide poblacional del municipio de Bello: 2005, 2013, 2020



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Sistema Integral de Información de la Protección Social y El Ministerio de Salud Protección Social

Como se observa en el Gráfico 3, el municipio de Bello presenta una pirámide poblacional regresiva, viéndose un paulatino envejecimiento de la población, posiblemente debido a las mejores condiciones de vida y de los servicios sanitarios y un mayor control de la natalidad por medio de los programas de planificación familiar y la introducción de métodos modernos temporales y definitivos. Cambio notorio entre el 2005 y el 2013, aunque no se espera que disminuya con igual intensidad de aquí al 2020. Así mismo la población adulta mayor crece tanto en números absolutos como porcentualmente, respecto al total de la población dado los avances y la tecnología en salud y la disminución de las muertes violentas, que también muestran su efecto en la disminución de la "muesca" que mostraba la pirámide en los grupos de 15 a 24 años principalmente en hombres para el año 2005.

Gráfico 4. Comportamiento de la distribución porcentual de los grupos de edad de 0 a 14 años. Bello. 1985, 1993, 2005, 2013 Y 2020



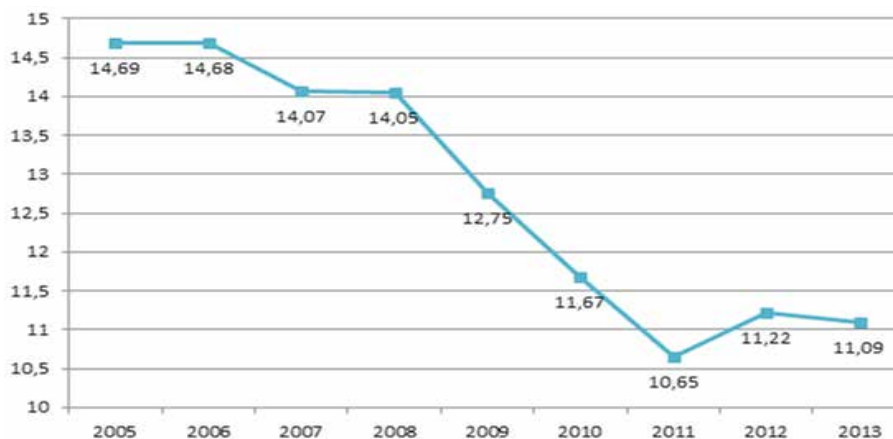
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Sistema Integral de Información de la Protección Social y El Ministerio de Salud Protección Social

En la distribución porcentual, se observan como importantes, los descensos en el crecimiento de los grupos poblacionales de base; menores de cinco, 5 a 9 y 10 a 14 años de más de 0.5% en los últimos cinco años. Para los grupos mayores de 60 años, aunque el crecimiento no es tan notable como en otros municipios, se visualiza un leve incremento en las tendencias. (Ver Gráfico 4).

6. FECUNDIDAD

La tasa de natalidad del municipio en el quinquenio muestra una tendencia hacia la disminución que representa el 24.3%. La tasa de fecundidad general también ha disminuido en los últimos cinco años y ha representado una de las más altas del Valle de Aburrá.

Gráfico 5. Tasa bruta de natalidad. Bello. 2005-2013



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

Como se puede observar en el Gráfico 5, la tasa bruta de natalidad para el municipio de Bello, evidencia un periodo de baja constante entre los años 2005 y 2011, siendo este último el valor más bajo registrado. No obstante, en el 2012 hay un aumento de casi un dígito y una posterior disminución para el 2013.

Es de resaltar, además; que la tasa bruta de natalidad en el municipio se mantiene por debajo de la media nacional, que se encuentra alrededor de los 17 nacimientos por cada mil habitantes.

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

El comportamiento de la cobertura en el SGSSS para el municipio se ha mantenido por encima del 80% después del año 2011. Se muestra una tendencia hacia el incremento en el régimen contributivo a partir del año 2009. Para el año 2011 se visualiza un traslape de cobertura entre el régimen subsidiado y los no afiliados, siendo este último menor que el subsidiado.

Tabla 4: Comportamiento de la cobertura del SGSSS. Bello. 2007-2013

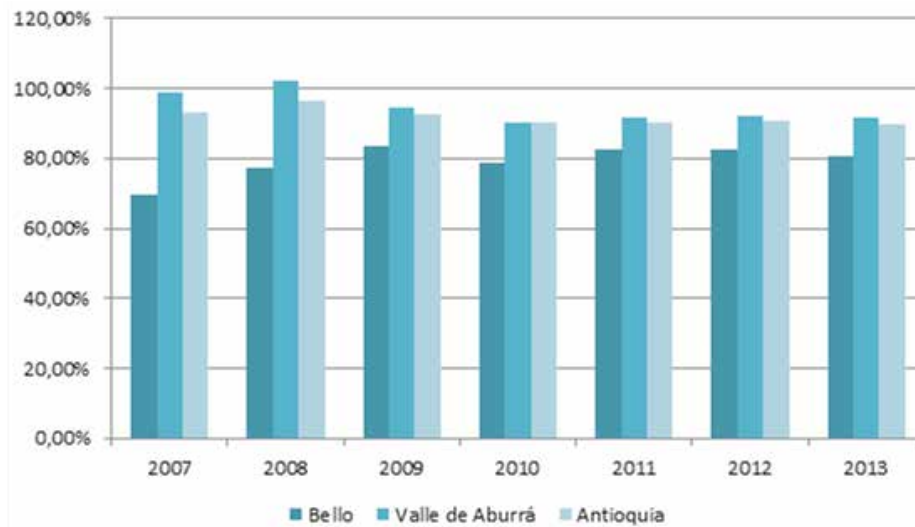
Año	Población	Régimen subsidiado		Régimen contributivo		Porcentaje de cobertura de aseguramiento al SGSSS	Población pendiente por afiliar al SGSSS
		Número de afiliados	Porcentaje de aseguramiento	Número de afiliados	Porcentaje de aseguramiento		
2007	388.460	82.285	21.18%	187.365	48,23%	69.42%	118.810
2008	396.627	100.605	25.37%	206.530	52.07%	77.44%	89.492
2009	404.844	107.106	26.46%	230.210	56.86%	83.32%	67.528
2010	413.107	88.851	21.51%	236.438	57.23%	78.74%	87.818
2011	421.522	95.828	22.73%	252.989	60.02%	82.75%	72.705
2012	430.034	94.723	22.03%	256.477	60.31%	82.34%	78.834
2013	438.577	93.903	21.41%	256.524	59.13%	80.54%	85.354

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

La afiliación a los servicios de salud en el municipio de Bello se encuentra mayoritariamente en el régimen contributivo, iniciando en el 2007 con un 48,23% de la población para llegar hasta un 59,13% en el año 2013, lo que evidencia un aumento significativo. A su vez, el régimen subsidiado mantiene un comportamiento estable oscilando entre el 21% y el 26% de la población. (Ver Tabla 4).

De la misma manera, es importante advertir el aumento considerable del porcentaje de cobertura de aseguramiento, llegando para el año 2013 a un 80,54% de la población bellanita; si bien no es éste el valor más alto alcanzado. (Ver Tabla 4).

**Gráfico 6. Porcentaje de cobertura de aseguramiento al SGSSS.
Bello. 2007-2013. Comparativo**



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

En términos generales, puede decirse que el porcentaje de cobertura de aseguramiento global para el municipio de Bello se encuentra por debajo de los valores correspondientes al Valle de Aburrá y al departamento de Antioquia, los cuales son superiores al 80%, como puede evidenciarse en el Gráfico 6.

8. ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

8.1. MORBILIDAD

Al analizar el perfil de morbilidad del municipio de Bello, se aprecia que más del 98% de las consultas externas se realizan en la población urbana. Las mujeres representan más del 65% de la consulta del municipio y el grupo poblacional de 15 a 44 años alcanza porcentajes de consulta superiores al 45% del total.

Llama la atención la disminución de la frecuencia de consultas de los menores de un año y de los niños de 1 a 4 años; de otro lado el incremento en la frecuencia de consultas de la población mayor de 60 años, que representa un 7% en el total de consultas para los últimos cinco años. (Ver Tabla 5).

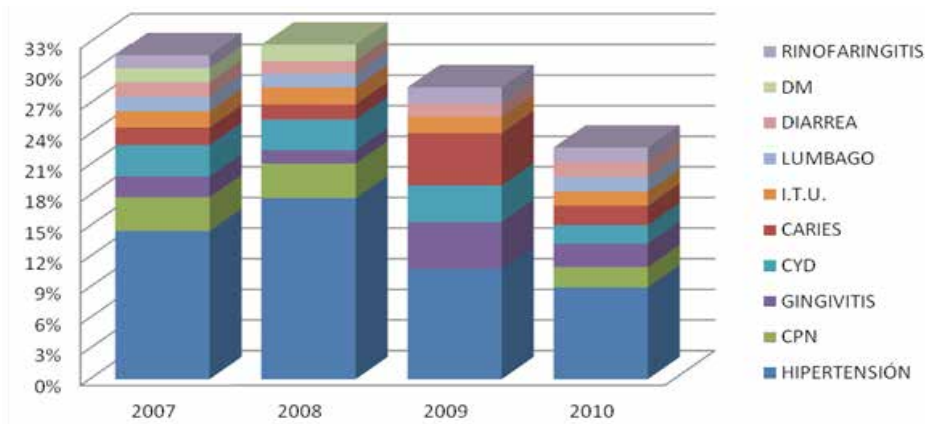
**Tabla 5: Comportamiento morbilidad consulta externa.
Municipio de Bello. 2007-2011**

MORBILIDAD CONSULTADA. CONSULTA EXTERNA. BELLO 2007 -2011					
VARIABLE	AÑO				
	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL	252676	175345	288394	243299	14083
URBANO	99,2%	98,5%	98,6%	98,8%	98,8%
RURAL	0,8%	1,5%	1,4%	1,2%	1,2%
HOMBRES	31,5%	32,7%	35,3%	34,9%	40,7%
MUJERES	68,5%	67,3%	64,7%	65,1%	59,3%
< 1 AÑO	11,1%	11,3%	13,0%	2,1%	2,5%
1 A 4	5,2%	4,5%	7,4%	6,9%	2,8%
5 A 14	5,5%	5,3%	6,3%	9,7%	4,2%
15 A 44	39,6%	31,4%	40,3%	44,5%	47,4%
45 A 59	24,6%	26,7%	23,0%	21,4%	21,9%
> 60	14,0%	20,8%	10,0%	15,3%	21,1%

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

Dentro de las causas de consulta se cuenta la hipertensión arterial como la principal alcanzando porcentajes hasta del 17% del total. Otras causas importantes se relacionan con los programas de prevención de la enfermedad como crecimiento y desarrollo y control prenatal. Es de resaltar que hay dos diagnósticos relacionados con la salud oral dentro del perfil de morbilidad del municipio. (Ver Gráfico 7).

Gráfico 7. Distribución porcentual principales causas de consulta externa. Bello. 2007-2010

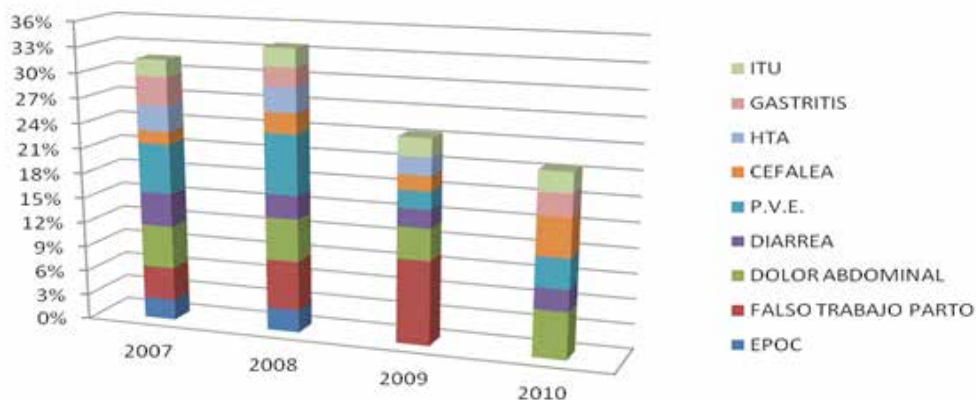


Fuente: Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

En el servicio de urgencias, la distribución porcentual por área de residencia, sexo y grupo poblacional tiene el mismo comportamiento de la consulta externa.

Las principales causas incluyen eventos relacionados con la atención del parto y algunas condiciones crónicas. (Ver Gráfico 8).

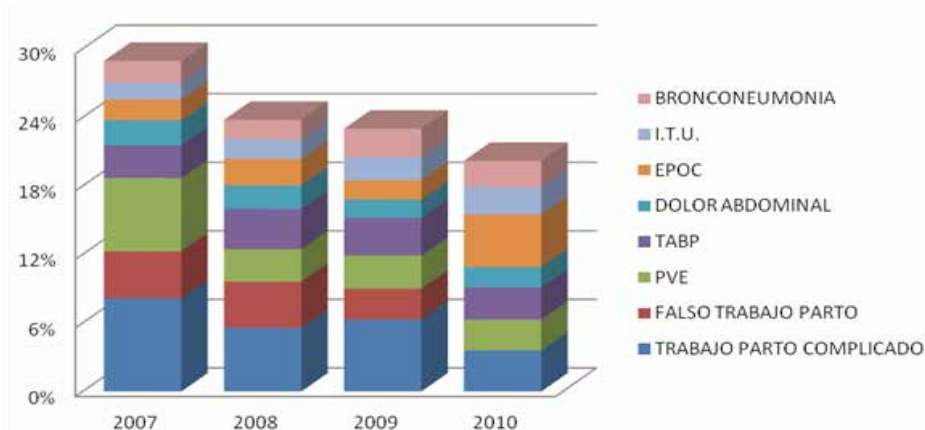
Gráfico 8. Distribución porcentual principales causas de consulta urgencias. Bello. 2007-2011



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

El servicio de hospitalización complementa el perfil de morbilidad del municipio. Se observa que el grupo poblacional de mayores de 60 años ha incrementado la frecuencia de hospitalizaciones en casi dos veces en los últimos cinco años. Las principales causas siguen siendo eventos relacionados con la atención del parto. (Ver Gráfico 9).

Gráfico 9. Distribución porcentual principales causas de hospitalización. Bello. 2007-2011



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

8.2. CAMBIOS EN LA MORTALIDAD

En términos generales; la tasa de mortalidad para el municipio de Bello oscila entre 3,6 y 4,3. Estos valores se encuentran por debajo de los correspondientes a la escala metropolitana y departamental, los cuales varían entre 4,7 y 5,3 para el caso de la primera, y 4,4 y 5,0 en el caso de la segunda. (Ver Tabla 6).

Tabla 6: Comparativo. Tasa de mortalidad por mil habitantes. Bello. 2005-2013

	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	mil habitantes	Casos	mil habitantes	Casos	mil habitantes	Casos	mil habitantes	Casos	mil habitantes	Casos	mil habitantes	Casos	mil habitantes	Casos	mil habitantes	Casos	mil habitantes
Bello	1574	4,2	1637	4,3	1596	4,1	1605	4,0	1627	4,0	17,49	4,2	1583	3,8	1714	4,0	1573	3,6
Valle de Aburrá	16080	4,9	16675	5,0	16621	4,9	17490	5,1	18345	5,2	18921	5,3	17910	5,0	17682	4,9	17241	4,7
Antioquia	27440	4,8	28087	4,9	27892	4,8	28741	4,9	29566	4,9	30388	5,0	28768	4,7	28544	4,6	27624	4,4

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

Así mismo, cabe resaltar el año 2013, puesto que evidenció la menor tasa de mortalidad para el municipio, el Valle de Aburrá y el departamento de Antioquia. (Ver Tabla 6).

Tabla 7: Tasa de mortalidad por causa. Bello. 2005-2013

Tasa por causa de mortalidad	2005	2007	2009	2011	2013
Mortalidad infantil en menores de 1 año	8,18	10,86	7,12	5,32	6,54
Mortalidad infantil en menores de 5 años	1,63	1,95	1,26	1,03	0,98
Mortalidad por cáncer de cuello uterino	3,64	4,98	5,25	5,05	3,97
Mortalidad por cáncer de mama	14,04	9,95	14,81	8,72	11,92
Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	0,00	0,00	0,00	2,78	0,00
Mortalidad por homicidio	42,52	33,99	47,91	20,64	18,92
Mortalidad por infarto agudo de miocardio	50,32	58,19	42,97	45,78	40,59
Mortalidad por suicidio	5,38	4,89	4,94	2,85	5,93
Mortalidad por tuberculosis pulmonar	0,54	1,29	1,48	0,95	0,91
Mortalidad por VIH-SIDA	5,92	4,63	4,94	3,80	3,88

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

Resalta para el municipio de Bello, el infarto agudo de miocardio como la principal causa de mortalidad con valores cercanos a 50. Así mismo, resalta los valores en cero para los años 2005 al 2009 y 2013, en la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. (Ver Tabla 7).

8.3. COBERTURAS EN VACUNACIÓN

En términos generales, se evidencia un aumento gradual en el porcentaje de la cobertura de vacunación del municipio de Bello, pasando del 47,3% en 2007 al 86,8% en 2013, para el caso de la BCG; y alcanzando valores por encima del 95% de cobertura en las demás vacunas. (Ver Tabla 8).

Tabla 8: Comportamiento de las coberturas en vacunación. Bello. 2007-2013

Año	POLIO		DPT		BCG		HEPATITIS B		H.I.B		SRP		FIEBRE AMARILLA	
	3a. Dosis	%	3a. Dosis	%	Dosis Única	%	3a. Dosis	%	3a. Dosis	%	Dosis Única	%	Dosis Única	%
2007	4.809	69,9%	4.815	70,0%	3.256	47,3%	4.818	70,0%	4.814	69,9%	5.061	72,5%	5.176	74,2%
2008	4.915	71,2%	4.898	70,9%	2.748	39,8%	4.945	71,6%	4.960	71,8%	4.824	69,1%	4.439	63,6%
2009	5.285	76,0%	5.289	76,0%	4.760	68,4%	5.171	74,3%	5.273	75,8%	5.661	80,7%	5.732	81,7%
2010	4.781	67,3%	4.814	67,8%	3.570	50,3%	4.746	66,8%	4.798	67,6%	4.773	67,1%	4.020	56,5%
2011	4.627	64,6%	4.622	64,5%	3.462	48,3%	4.639	64,7%	4.618	64,4%	5.091	71,0%	5.489	76,5%
2012	5.096	90,8%	5.068	90,3%	4.785	85,3%	5.060	90,2%	5.078	90,5%	5.113	91,2%	5.269	94,0%
2013	5.334	95,8%	5.326	95,7%	4.829	86,8%	5.320	95,6%	5.320	95,6%	5.411	96,5%	5.375	95,8%

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

8.4. PRINCIPALES EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

En la Tabla 9 se resume el número de casos de algunos eventos de interés en salud pública en los últimos cinco años. Resalta el incremento en el número de intento de suicidio durante el período evaluado y el incremento en la incidencia de VIH y de dengue.

Tabla 9: Principales eventos de interés en salud pública. Municipio de Bello. 2007-2013

COMPORTAMIENTO DEL NÚMERO DE CASOS DE ALGUNOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA. BELLO. 2007 -2013							
EVENTO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
VIH	43	47	67	59	75	78	98
PREVALENCIA VIH	0,086	0,096	0,111	0,123	0,138	0,181	0,223
SIFILIS CONGÉNITA	8	13	9	5	8	11	5
TUBERCULOSIS PULMONAR	114	89	97	146	122	128	135
INTENTO DE SUICIDIO	0	23	115	145	218	175	236
DENGUE	480	44	79	1410	145	163	513

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

9. DIAGNÓSTICO DE RED EN SALUD DEL MUNICIPIO

El municipio de Bello cuenta con una ESE de primer nivel de carácter municipal: La ESE Bello Salud con una población objeto aproximada de 94.150 personas en sus ocho sedes que incluyen un puesto de salud, siete centros de salud y un hospital. Para atender esta población que es la que incluye la versión III del SISBEN, y según la cantidad de recurso humano de la ESE, se encuentra una proporción de un médico general por cada 1.883 personas; mientras que para la atención de odontología se tiene un profesional por cada 6.277 personas.

En la operación de los servicios de salud, en las visitas realizadas a los líderes de la ESE y la Secretaria, ellos manifiestan dificultades por la existencia de varios asentamientos subnormales cercanos a Medellín; en donde mucha población está afiliada al régimen subsidiado de Medellín, pero consulta en Bello, generando problemas para la facturación de los servicios prestados e insatisfacción por parte de los usuarios.

En la Red de prestadores de orden privado en el municipio, según datos del último análisis de la situación de salud realizado por la Dirección Local de Salud del municipio; se encuentra que el 61% de los servicios corresponden a servicios de baja complejidad, el 35% a mediana complejidad y el 4% a alta complejidad. Las instituciones creadas en los últimos años, Clínica EMMSA y Fundación Clínica del Norte; ofrecen servicios de mediana y alta complejidad, como servicios especializados de cardiología, neurología, medicina nuclear, hemodinámica, ortopedia, cirugía plástica y estética y de urología entre otras. (Ver Tabla 10).

Tabla 10: Red en salud. Bello. 2015

ITEM	Total
SALAS DE PARTO	2
CONSULTORIOS DE URGENCIAS	9
MEDICOS ESPECIALISTAS	88
CONSULTORIOS MEDICOS	61
CONSULTORIOS ODONTOLOGICOS (SILLAS)	18
EQUIPOS DE RX	5
QUIROFANOS	7
AMBULANCIAS	0
LABORATORIOS	5
DROGUERIAS	10

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

10. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) BELLOSALUD

El Honorable Concejo de Bello, aprueba mediante el Acuerdo No. 052 del 15 de agosto de 1995 la conformación de la Empresa Social del Estado (ESE) París Acevedo Fontidueño del Municipio de Bello; Para el año 1998 se abrió la sede de Zamora y posteriormente se cerró el Centro de Salud de Acevedo, lo que motivó a la expedición del acuerdo 032 de 2005, mediante el cual se define una nueva razón social con la denominación de ese Hospital Zamora Paris Fontidueño, prestando sus servicios de salud en la sede Zamora y los centros de salud de "Fontidueño" y "Paris"; para el año 2003 amplía la prestación de sus servicios al incorporar la sede "IPS Centro", ubicada en el barrio Manchester, dentro de su estructura organizacional.

Debido a la ineficiencia del sistema municipal de Salud; en cuanto a tener dos Empresas Sociales del Estado de baja Complejidad, compartiendo el mismo mercado y con duplicidad de funciones de su recurso humano; la administración municipal conforma una Comisión con el fin de avanzar en un estudio técnico que le permitiera volver eficiente el sistema; llegando a la conclusión de que la mejor estrategia para ello era la fusión de sus dos empresas existentes. Es así, como nace "BELLOSALUD".

10.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA

Tabla 11: Plataforma Estratégica. ESE Bellosalud. Municipio de Bello. 2014

Misión	SI
Visión	SI
Valores	Si
Objetivos	SI
Política de Calidad	SI
Modelo de Atención	Si

Fuente: Dirección Local de Salud. Municipio de Bello.

La plataforma estratégica cumple con los criterios del Sistema Obligatorio de Calidad. (Ver Tabla 11).

10.2. CAPACIDAD INSTALADA

Tabla 12: Capacidad Instalada. ESE Bellosalud. Municipio de Bello. 2014

Servicios	Cantidad
Camas de hospitalización	19
Camas de observación	26
Consultorios de consulta externa	35
Consultorios en el servicio de urgencias	3
Salas de quirófanos	0
Mesas de partos	2
Número de unidades de odontología	19

Fuente: Sistema Información Hospitalaria (SIHO) y Ministerio de Salud y Protección Social.

10.3. RECURSOS HUMANOS

Tabla 13: Recursos Humanos. ESE Bellosalud. Municipio de Bello. 2014

Tipo	Cargo	Personal	Personal	Total
		Planta	Contrato	
Asistencial	Auxiliar Área de la Salud Droguería	1	6	7
Asistencial	Auxiliar Área de la Salud Bacteriología	2	4	6
Asistencial	Auxiliar Área de la Salud Enfermería	26	30	56
Asistencial	Auxiliar Área de la Salud Odontología	8	5	13
Asistencial	Auxiliar Área de la Salud Vacunación	1	3	4
Asistencial	Bacterióloga	6	2	8
Asistencial	Enfermera	4	4	8
Asistencial	Médico General	21	29	50
Asistencial	Odontólogo	11	4	15
Asistencial	Profesional Universitario Optómetra	1	0	1
Asistencial	Regente de Farmacia	1	6	7
Asistencial	Profesional Universitario Farmacia	1	1	2
Asistencial	Médicos Servicios Social Obligatorio	2	0	2
Asistencial	Nutricionista	1	1	2
Administrativo	Auxiliar Administrativo	17	33	50
Administrativo	Auxiliar Administrativo Contable y Bienes	1	0	1
Administrativo	Auxiliar Administrativo Caja	9	20	29
Administrativo	Auxiliar Administrativo Ayudante de Oficina	1	0	1
Administrativo	Técnico Atención al Usuario	1	0	1

Tipo	Cargo	Personal	Personal	Total
		Planta	Contrato	
Administrativo	Técnico de Nomina	2	0	2
Administrativo	Técnico Operativo Sistemas	1	0	1
Administrativo	Técnico Operativo Estadística	1	1	2
Administrativo	Técnico Operativo Almacén y Documentos	1	0	1
Administrativo	Técnico Gestión Documental	0	1	1
Administrativo	Tecnólogo en Presupuesto	0	1	1
Administrativo	Tecnólogo en Sistemas	0	1	1
Administrativo	Conductor	2	0	2
Administrativo	Asesor - Control Interno	1	0	1
Administrativo	Profesional Universitario Área Contable	1	0	1
Administrativo	Profesional Universitario de Talento Humano y Contratación	1	1	2
Administrativo	Secretaria de Gerencia	1	0	1
Administrativo	Subgerente de Recurso Humano	1	0	1
Administrativo	Subgerente Administrativo	1	1	2
Administrativo	Subgerente de Atención al Usuario	1	0	1
Administrativo	Gerente	1	0	1
Administrativo	Auxiliar de Servicios Generales	4	17	21
Administrativo	Celador	6	0	6
Administrativo	Camillero	4	0	4
Administrativo	Secretaria	1	1	2
	TOTAL PLANTA DE CARGOS	144	164	308

Fuente: Sistema Información Hospitalaria y Ministerio de Salud y Protección Social.

El 32% del personal del hospital se encuentra vinculado mediante contratos de prestación de servicios o a través de terceros. (Ver Tabla 13).

10.4. PORTAFOLIO DE SERVICIOS

HOSPITAL ROSALPI



• Horarios de atención

Lunes a jueves: 7:00 a.m. a 4:00 p.m.
Viernes: 7:00 a.m. a 3:00 p.m.
Sábados: 8:00 a.m. a 12:00 m.

• Información de contacto

Dirección: calle 54 # 56A - 11
Teléfonos: 451 20 30 - 451 23 75

• Servicios de esta sede

Hospitalización
Urgencias 24 horas
Consulta externa

HOSPITAL ZAMORA



• Horarios de atención

Lunes a jueves: 7:00 a.m. a 4:00 p.m.
Viernes: 7:00 a.m. a 3:00 p.m.
Sábados: 8:00 a.m. a 12:00 m.

• Información de contacto

Dirección: carrera 42 # 20E - 91
Teléfono: 465 01 10

• Servicios de esta sede

Urgencias 24 horas
Consulta externa
Toma de muestras
Servicio farmacéutico
Odontología
Electrocardiogramas
Curaciones
Vacunación
Programas de promoción y prevención

CENTRO DE SALUD EL MIRADOR

• Horarios de atención

Lunes a jueves: 7:00 a.m. a 4:00 p.m.

Viernes: 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

• Información de contacto

Dirección: Carrera 49 # 67 - 049

Teléfonos: 452 16 30 – 452 16 11

• Servicios de esta sede

Consulta externa

Toma de muestras

Odontología

Curaciones

Nutrición

Vacunación

Programas de promoción y prevención

CENTRO DE SALUD PARÍS

• Horarios de atención

Lunes a jueves: 7:00 a.m. a 4:00 p.m.

Viernes: 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

Sábados: 8:00 a.m. a 12:00 m.

• Información de contacto

Dirección: Carrera 77 # 20E - 51

Teléfono: 461 65 78

CENTRO DE SALUD PLAYA RICA

• Horarios de atención

Lunes a jueves: 7:00 a.m. a 4:00 p.m.

Viernes: 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

Sábados: 8:00 a.m. a 12:00 m.

• Información de contacto

Dirección: carrera 64 # 61 - 081 (El Vergel)

Teléfonos: 451 66 98 - 451 62 04

CENTRO DE SALUD FONTIDUEÑO

• Horarios de atención

Lunes a jueves: 7:00 a.m. a 4:00 p.m.

Viernes: 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

Sábados: 8:00 a.m. a 12:00 m.

• Información de contacto

Dirección: diagonal 44 # 32 - 112

Teléfono: 485 03 30

CENTRO DE SALUD NIQUÍA

- **Horarios de atención**

Lunes a jueves: 7:00 a.m. a 4:00 p.m.

Viernes: 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

Sábados: 8:00 a.m. a 12:00 m.

- **Información de contacto**

Dirección: diagonal 56 # 43 - 43

Teléfonos: 481 72 91 – 453 60 27

PUESTO DE SALUD SAN FÉLIX

- **Horarios de atención**

Lunes, martes, jueves y viernes: 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Viernes:

- **Información de contacto**

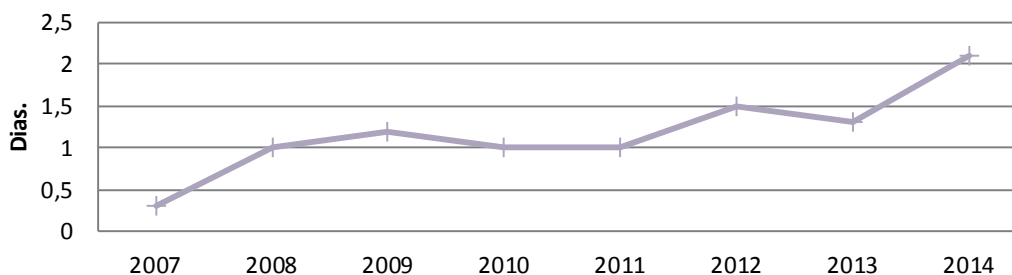
Dirección: zona rural del corregimiento de San Félix, perteneciente al municipio de Bello.

Teléfonos: 388 08 43 – 388 00 95

11. INDICADORES

11.1. INDICADORES DE CALIDAD

Gráfico 10. Comportamiento de la oportunidad en la asignación de cita médica general. ESE Bellosalud. 2007-2014

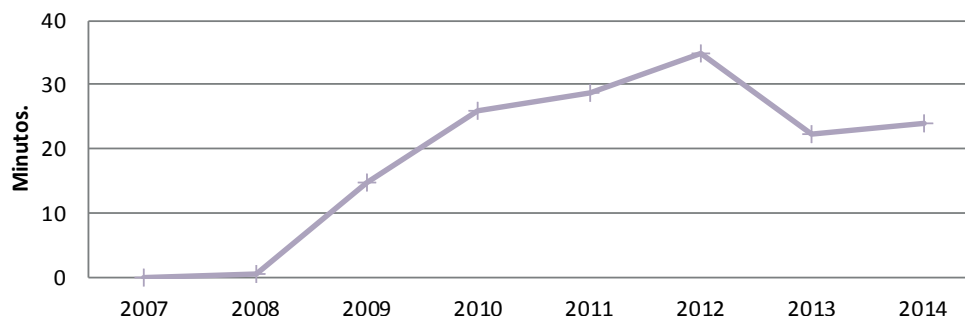


Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria, Ministerio de Salud y Protección Social.

En el Gráfico 10 se observa que la oportunidad en la consulta médica general venía alrededor de un día, muy por debajo del estándar exigido por el gobierno nacional; pero tiende a aumentar desde el año 2012, hasta los dos días. No obstante, este comportamiento muestra una buena oportunidad en la atención por estos profesionales.

11.1. INDICADORES DE CALIDAD

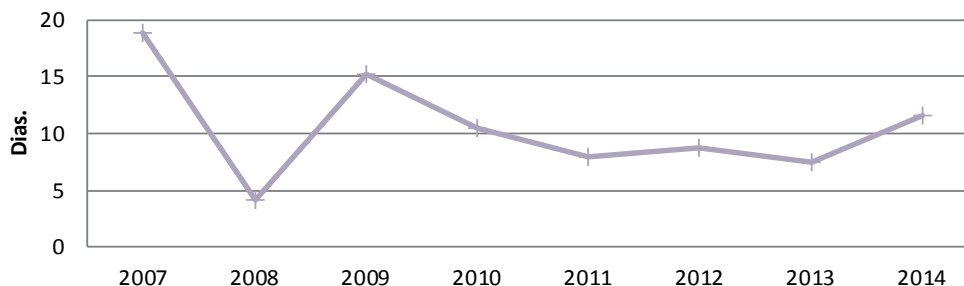
Gráfico 10. Comportamiento de la oportunidad en la asignación de cita médica general. ESE Bellosalud. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) Ministerio de Salud y Protección Social

En el Gráfico 11 se observa un deterioro importante en la oportunidad en la consulta de urgencias hasta el año 2012, pero desde entonces se observa un descenso importante, de alrededor de 12 minutos.

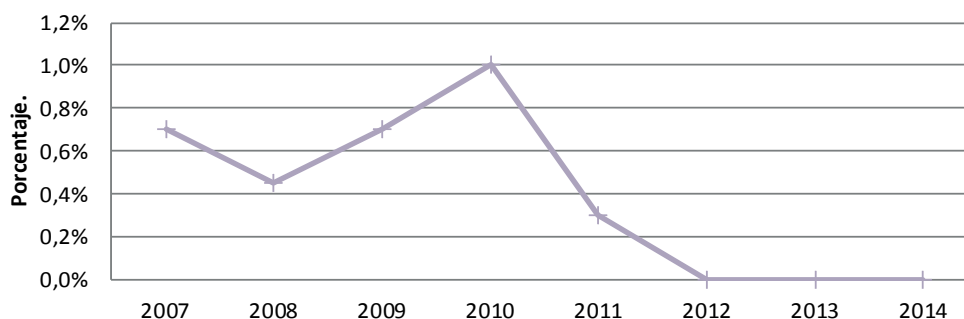
Gráfico 12. Comportamiento de la oportunidad en la asignación de cita odontológica. ESE Bellosalud. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) Ministerio de Salud y Protección Social.

En el Gráfico 12 se observa un mejoramiento sostenido en la oportunidad de la asignación de citas de odontología, sin alcanzarse la meta nacional de máximo cinco días, incluso con un aumento importante del 2013 al 2014.

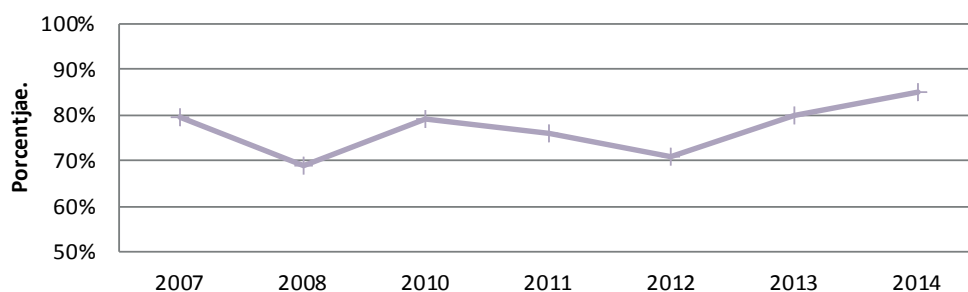
Gráfico 13. Comportamiento de la tasa de reingreso de paciente hospitalizado. ESE Bellosalud. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) Ministerio de Salud y Protección Social.

En el Gráfico 13 se observa que durante los años 2008 al 2010 se presentó un incremento en la tasa de reingreso de pacientes, al pasar de 0.4% al 1.0%, situación que se corrigió desde el año 2011 y que se ha sostenido en los últimos años con casi ningún caso.

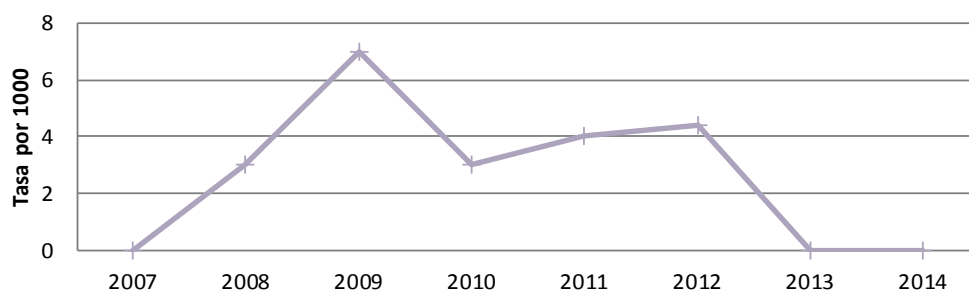
Gráfico 14. Comportamiento de la proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada. ESE Bellosalud. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) Ministerio de Salud y Protección Social.

En el Gráfico 14 se observa que el porcentaje de pacientes con hipertensión controlada ha aumentado en los últimos dos años, alcanzando una cifra de 85%, que es un buen indicador de calidad en el control del programa. Sin embargo debe asociarse a las coberturas del programa y a las complicaciones de los pacientes manejados, para tener una mejor valoración del impacto del programa.

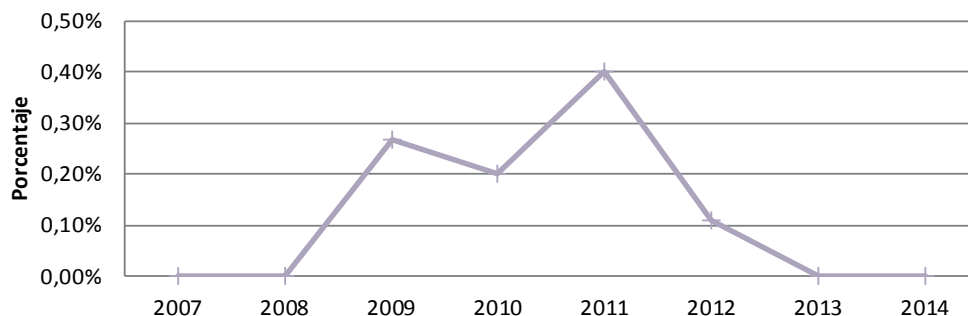
Gráfico 15. Comportamiento de la tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas. ESE Bellosalud. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) Ministerio de Salud y Protección Social.

En el Gráfico 15 se observa que la tasa de mortalidad hospitalaria ha tenido un descenso importante desde el año 2009, con una baja significativa en los últimos dos años. Ello sugiere que el grado de complicación de los pacientes que se hospitalizan no es alto.

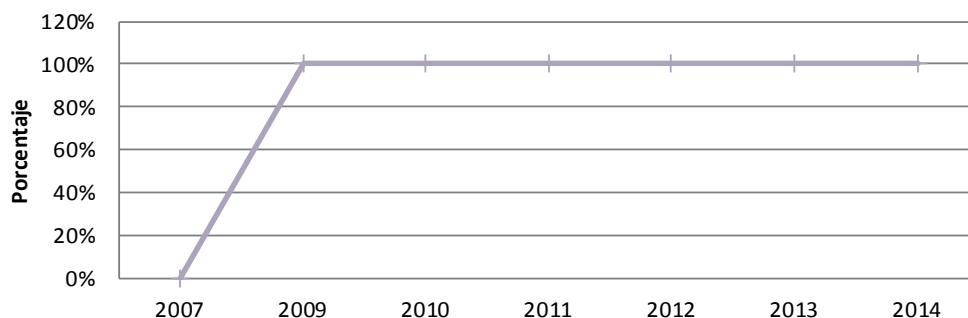
Gráfico 16. Comportamiento de la tasa de infección intrahospitalaria. ESE Bellosalud. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) Ministerio de Salud y Protección Social.

En el Gráfico 16 se observa que la tasa de infección intrahospitalaria es decreciente en los últimos tres años, alcanzando el 0.00% en los años 2013 y 2014. Un indicador que sugiere que las medidas de asepsia y antisepsia en los servicios de hospitalización han sido adecuadas.

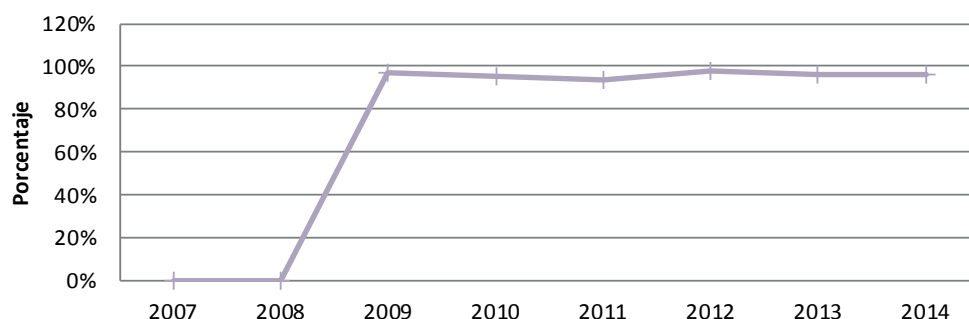
Gráfico 17. Comportamiento de la proporción de vigilancia de eventos adversos. ESE Bellosalud. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) Ministerio de Salud y Protección Social.

En el Gráfico 17 se observa que la vigilancia de los eventos adversos es del ciento por ciento en los últimos seis años; situación que habla muy bien del compromiso de la institución con el paciente y la calidad de los servicios de salud que se prestan en el Hospital.

**Gráfico 18. Comportamiento de la tasa de satisfacción global.
ESE Bellosalud. 2007-2014**

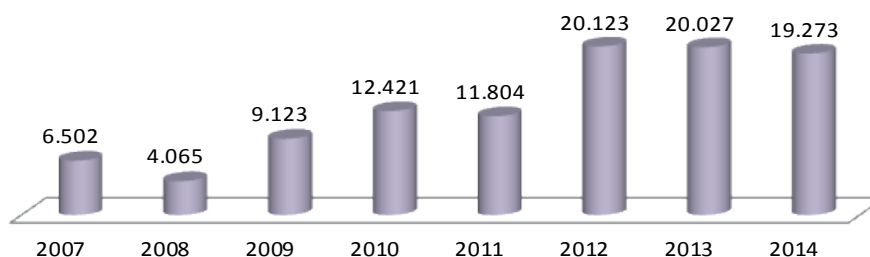


Fuente: Elaboración propia con datos Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) Ministerio de Salud y Protección Social.

En el Gráfico 18 se observa que el porcentaje de satisfacción global se ha mantenido estable en los últimos seis años, cercano al 100%; lo cual habla de una excelente aceptación de los usuarios por los servicios de salud prestados en la institución.

11.2. INDICADORES DE PRODUCCIÓN

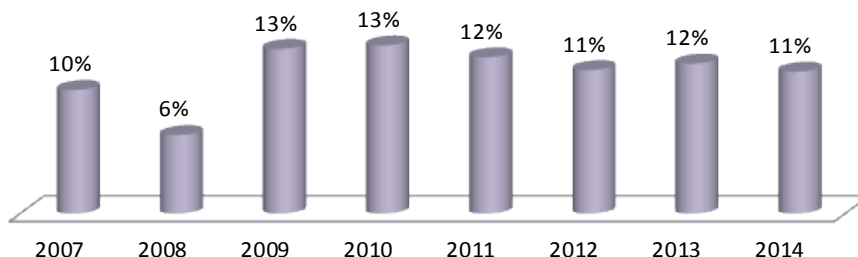
**Gráfico 19. Comportamiento total de controles de enfermería.
ESE Bellosalud. 2007-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) Ministerio de Salud y Protección Social.

En el Gráfico 19 se observa que el número total de controles de enfermería se incrementó de manera muy significativa y sostenida desde el 2012; un crecimiento que se explica con la fusión de todas las ESE del Municipio de Bello en una sola.

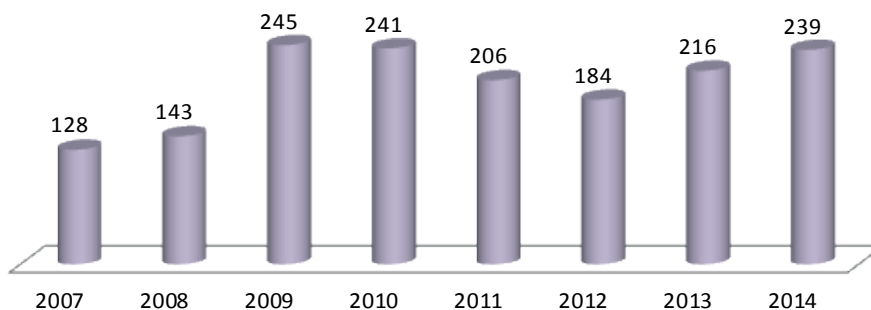
**Gráfico 20. Comportamiento de la cobertura estimada con citología.
ESE Bellosalud. 2007-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) Ministerio de Salud y Protección Social.

En el Gráfico 20 se observa que la cobertura estimada de la citología en la población de mujeres entre los 25 y 69 años de edad es muy baja, con un promedio del 12% en los últimos seis años. Es posible que este indicador se vea afectado por los tipos y cantidades de los contratos firmados con los aseguradores.

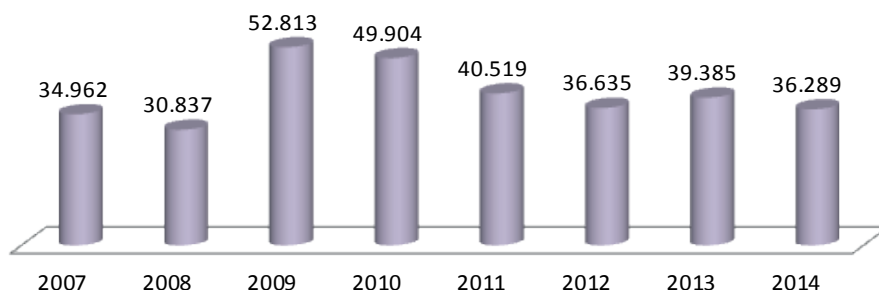
**Gráfico 21. Comportamiento del total de consultas de medicina general.
ESE Bellosalud. 2007-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) Ministerio de Salud y Protección Social.

En el Gráfico 21 se observa un aumento importante desde el año 2009; que se acompañó de una reducción significativa y sostenida en el total de consultas de Medicina General hacia el año 2012, con nueva recuperación en los dos últimos años.

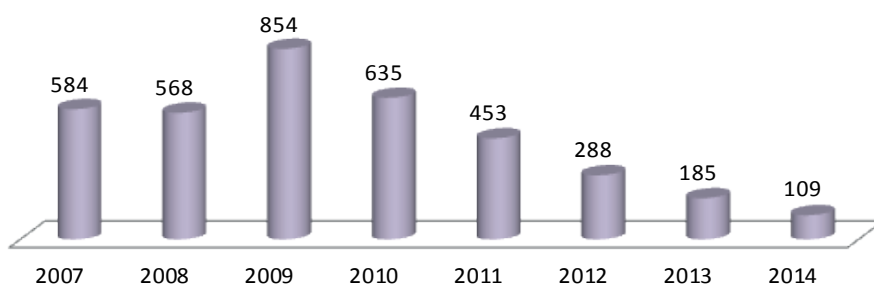
Gráfico 22. Comportamiento del total de consultas de urgencias. ESE Bellosalud. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) Ministerio de Salud y Protección Social.

En el Gráfico 22 se observa un decrecimiento importante en el total de consultas de urgencias por medicina general en los cinco últimos años; reducción del 12% al comparar el 2009 con el 2014, casi igualando las cifras del año 2014 con las del primer año evaluado, el 2007; una situación que sugiere menor utilización del servicio o por aprovechamiento de la consulta externa o por utilización de otros servicios de urgencia ofrecidos en el municipio.

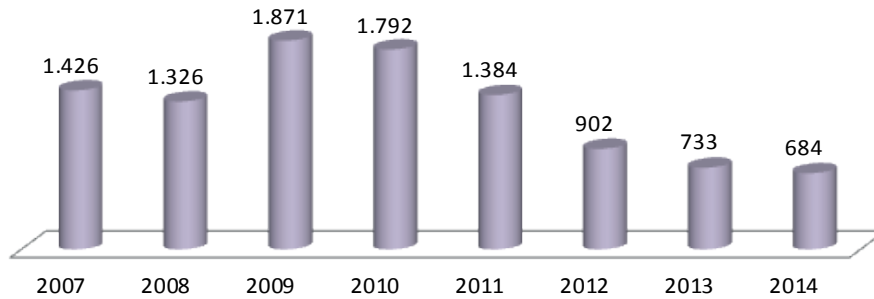
Gráfico 23. Comportamiento del total de partos vaginales. ESE Bellosalud. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) Ministerio de Salud y Protección Social.

En el Gráfico 23 se observa que el número total de partos vaginales bajó de manera importante y sostenida durante los años evaluados; demostrándose con ello reducción de la producción, a pesar de la capacidad instalada. Además de la reducción en la tasa de natalidad. Este descenso se puede deber a los tipos y cantidades de contratación con las aseguradoras y a la oferta adicional del municipio o de Medellín.

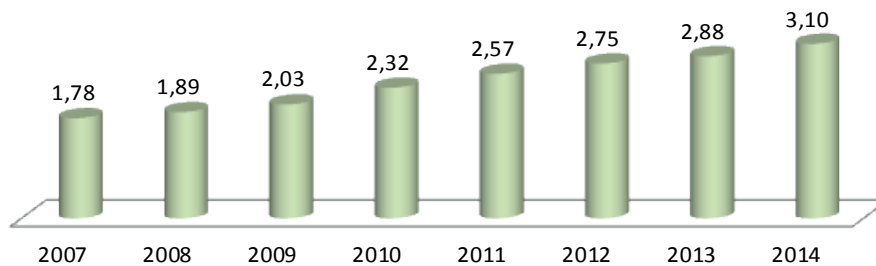
**Gráfico 24. Comportamiento del total de egresos hospitalarios.
ESE Bello Salud. 2007-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) Ministerio de Salud y Protección Social.

En el Gráfico 24 se observa que el total de egresos hospitalarios descendió durante los años evaluados, pero más significativamente desde el año 2012. Una reducción del 63% para el año 2014 comparado con el 2009, a pesar de la capacidad instalada, un fenómeno que habla de la poca utilización del servicio de hospitalización.

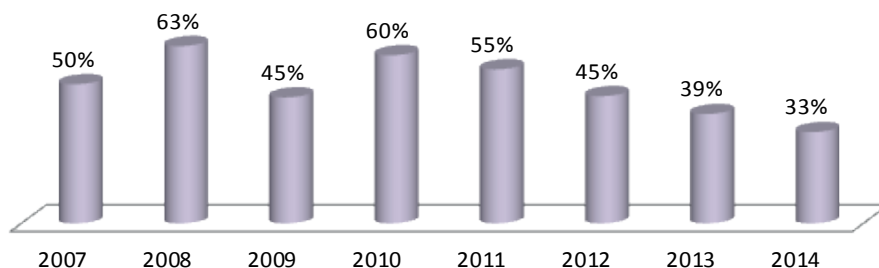
**Gráfico 25. Comportamiento del promedio día de estancia.
ESE Bellosalud. 2007-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) Ministerio de Salud y Protección Social.

En el Gráfico 25 se observa que el promedio día estancia está creciendo de manera sostenida desde el 2007, alcanzando su máximo nivel en el 2014 con 3.10 días de estancia, cifra ajustada al tipo de patologías que se manejan en instituciones de baja complejidad. Se hospitaliza menos, pero dura más.

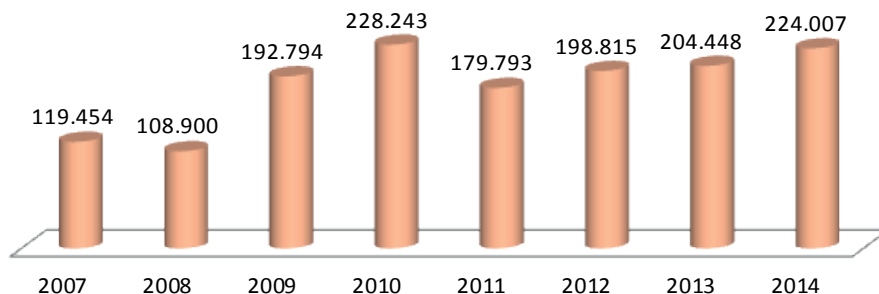
**Gráfico 26. Comportamiento del porcentaje ocupacional.
ESE Bellosalud. 2007-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) Ministerio de Salud y Protección Social.

En el Gráfico 26 se observa que el promedio del porcentaje ocupacional de los últimos cinco años se encuentra alrededor del 46%, un poco más baja que el promedio de las Empresas Sociales del Estado de primer nivel del Valle de Aburrá; sin embargo, es baja y demuestra un bajo nivel de capacidad resolutoria y productiva de la institución y bajo aprovechamiento de la capacidad instalada.

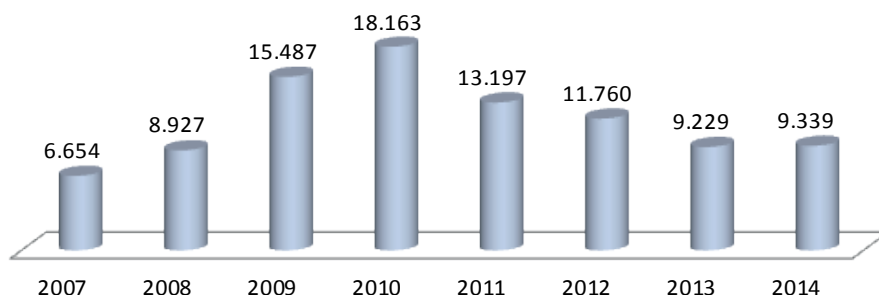
**Gráfico 27. Comportamiento del total de exámenes de laboratorio.
ESE Bellosalud. 2007-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) Ministerio de Salud y Protección Social.

En el Gráfico 27 se observa que el total de exámenes de laboratorio aumentó en un 21% al comparar el 2011 con el 2014, cifras incoherentes con la reducción del porcentaje ocupacional. Este aumento puede estar relacionado con los tipos de contratación que tiene el Hospital con las aseguradoras y con la baja capacidad resolutoria del primer nivel de atención.

Gráfico 28. Comportamiento del total de imágenes diagnósticas. ESE Bellosalud. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) Ministerio de Salud y Protección Social.

En el Gráfico 28 se observa que el total de imágenes diagnósticas se redujo en un 50% al comparar el 2010 con el 2014; cifras coherentes con la reducción del porcentaje ocupacional. Esta reducción puede estar relacionada con los volúmenes y tipos de contratación que tiene el Hospital con las aseguradoras.

11.3. ÍNDICADORES FINANCIEROS

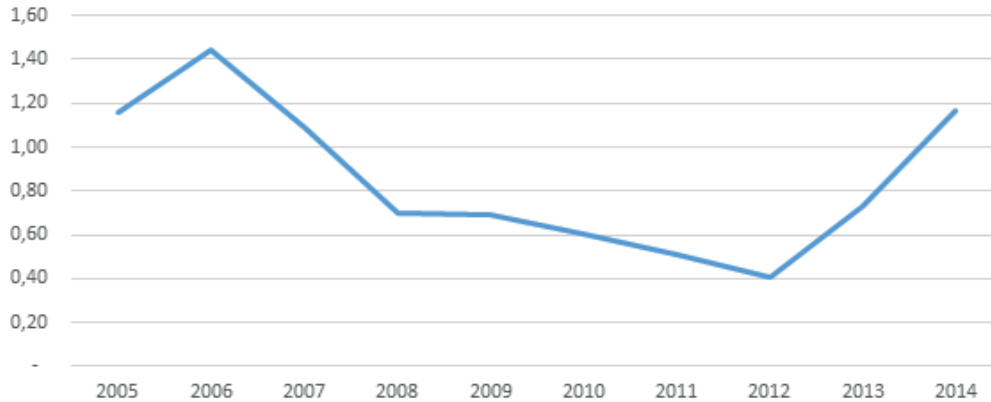
Gráfico 29. Comportamiento del índice de liquidez. ESE Bellosalud. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos de Balances generales. ESE Bellosalud

En el Gráfico 29 se observa que el índice de liquidez se redujo desde el 2006 hasta el año 2012, desde entonces está en aumento. El Hospital cuenta hoy con ciento treinta centavos para hacer frente a cada peso adeudado; situación que refleja una mediana liquidez con mediano riesgo financiero para la institución.

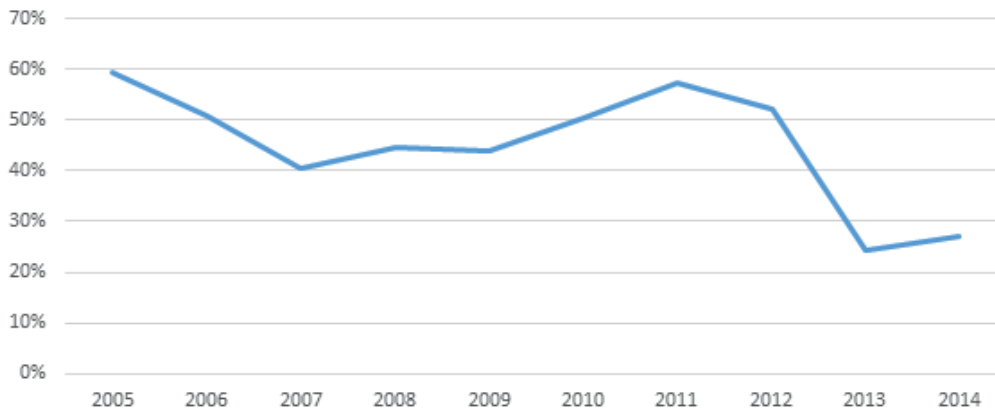
**Gráfico 30. Comportamiento de la prueba ácida.
ESE Bellosalud. 2007-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos de Balances generales. ESE Bellosalud

En el Gráfico 30 se observa que la prueba ácida tiene un comportamiento similar que el índice de liquidez; quiere decir que los niveles de inventarios son adecuados y no agravan la situación de iliquidez de la institución.

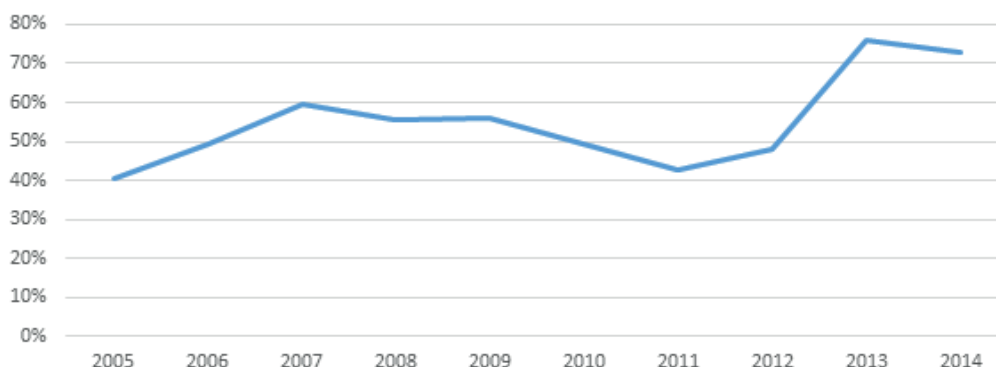
**Gráfico 31. Comportamiento del índice de endeudamiento.
ESE Bellosalud. 2007-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos de Balances generales. ESE Bellosalud

En el Gráfico 31 se observa que el nivel de endeudamiento del hospital tuvo su momento mas critico en el 2011 cuando casi alcanza el 60%; para el año 2014 la situación se corrige hasta llegar casi al 28%. Sin embargo, este porcentaje es de riesgo y significa que la propiedad de la empresa está en manos de terceros en un 28%.

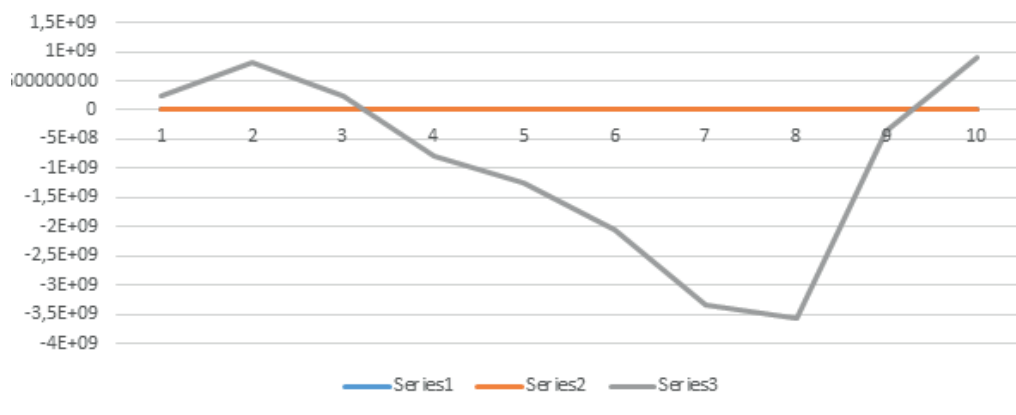
**Gráfico 32. Comportamiento del índice de propiedad.
ESE Bellosalud. 2007-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos de Balances generales. ESE Bellosalud

En el Gráfico 32 se observa que el índice de propiedad es el reflejo del endeudamiento institucional. Hoy la propiedad de la empresa en manos de sus dueños es cercana al 70%, se deben emprender medidas de ajuste financiero y administrativo que permitan corregir esta situación de riesgo.

Gráfico 33. Comportamiento del capital de trabajo. ESE Bellosalud. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos de Balances generales. ESE Bellosalud

Nota: "1" corresponde al año 2005. "10" corresponde al año 2014

En el Gráfico 33 se observa que el capital de trabajo presentó un comportamiento negativo desde el 2008 hasta el año 2012, con una recuperación importante en los dos últimos años. Quiere decir esto, que durante esos años la empresa no contó con los recursos básicos de operación, pero muestra un mejor desempeño en los dos últimos años.

12. CONCLUSIONES

- El municipio de Bello cuenta con la dependencia Dirección Local de Salud para cumplir las competencias de salud, atender a las poblaciones especiales y la seguridad alimentaria.
- La Dirección Local de Salud y la ESE Bellosalud tienen un número bajo de funcionarios vinculados en carrera administrativa y un número importante de funcionarios contratados directamente, mediante la figura de prestación de servicios o a través de terceros que realizan actividades misionales.
- Disminución de los grupos poblacionales menores de 14 años, como consecuencia de la disminución de la fecundidad en la mayoría de mujeres en edad fértil y una tendencia en el incremento de la población mayor de 60 años. Situación que refleja la transición demográfica que están pasando las poblaciones a nivel mundial.
- La cobertura del SGSSS en el municipio es aproximadamente del 80% en los últimos 5 años. Presenta coberturas estables en el régimen contributivo con una tendencia al incremento. La cobertura en el régimen subsidiado y el porcentaje de población no asegurada muestran cifras similares.
- En cuanto al perfil epidemiológico del municipio, en el tema de morbilidad el principal motivo de consulta para la población es la hipertensión, las consultas para programas de crecimiento y desarrollo y control prenatal y los trastornos de los dientes. Sin embargo, se encuentra un porcentaje importante de signos y síntomas mal definidos como causa de consulta; siendo esto un indicador de calidad que es necesario mejorar en la atención médica y en los sistemas de información.
- Se observa un aumento en la frecuencia de consultas por enfermedades crónicas no transmisibles Hipertensión Arterial -HTA, Diabetes Mellitus -DM, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica -EPOC), asociado al incremento de la expectativa de vida y la transición demográfica. De igual manera, en el perfil de mortalidad predominan las muertes por enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares, las muertes por causas externas, entre ellas; las agresiones y sus secuelas y las muertes por enfermedades pulmonares.
- En la plataforma estratégica del Hospital se evidencia formalmente el modelo de atención y la política de calidad, elementos requeridos en el Sistema Obligatorio de Calidad.

- La prestación de servicios de salud de la ESE del primer nivel del municipio está centrada principalmente en la atención de la población afiliada al régimen subsidiado y a la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda (vinculados), es decir que su mercado corresponde aproximadamente al 42% de la población total del municipio.

El portafolio de servicios corresponde al modelo clásico de instituciones de baja complejidad en Colombia; dominan las actividades intramurales con limitaciones en los modelos extramurales, especialmente los relacionados con promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

- Los indicadores de calidad establecidos en las normas se cumplen adecuadamente y en términos generales se puede decir que los servicios de salud prestados en la institución cumplen los criterios de calidad y seguridad del paciente.
- En términos generales se observa una reducción en la producción y en el uso de la capacidad instalada del hospital en los últimos años, se destaca una reducción importante en el número de egresos hospitalarios, partos atendidos y en el porcentaje ocupacional.
- Se presenta una recuperación leve de los principales indicadores financieros de la institución, lo que conlleva a clasificarla aún en Riesgo Medio, de acuerdo con la Resolución 2509 de 2012.

13. RECOMENDACIONES

- Evaluar en la estructura administrativa de la Dirección Local de Salud y la ESE Bellosalud, las necesidades de recurso humano, para cumplir las competencias misionales del sector y realizar la gestión encaminada a la vinculación de los funcionarios que se requieren; con el fin de mejorar la eficiencia de ambas instituciones y disminuir los riesgos jurídicos.
- Mejorar la articulación y la integración del sector salud en el territorio, con estrategias que involucren los actores del sector: EPS, IPS, y profesionales de la salud; con el fin de ejercer la rectoría de salud y fortalecer el componente de asistencia técnica desde la Secretaria hacia los actores.
- Formular planes y programas en salud orientados a dar respuesta a los cambios demográficos y del perfil de morbimortalidad del municipio, para impactar positivamente la calidad de vida y la salud de la población; en especial, fortalecer el trabajo con la Red Metropolitana de Salud.
- Implementar acciones que permitan reorganizar y mejorar los sistemas de información de la ESE y la Dirección Local de Salud, y así disponer de datos oportunos y confiables para la toma de decisiones.
- Gestionar recursos y fortalecer las estrategias para incrementar la cobertura de afiliación en el aseguramiento, tanto en el régimen subsidiado como el contributivo.
- Fortalecer la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), según la reglamentación de la ley 1438 de 2011, para acercar las acciones de salud a la comunidad; con énfasis en promoción y prevención y facilitar la participación social; ajustado a los requerimientos actuales de la comunidad y de la prestación de servicios de salud, al perfil de morbimortalidad de la población y a la transición demográfica. Con el propósito de que sea una estrategia que articule a todos los actores para hacer una adecuada gestión del riesgo en salud y de esta manera mejorar los indicadores.
- Se deben buscar alternativas para mejorar el uso de la capacidad instalada y ajustar el portafolio de servicios a la realidad del mercado, alianzas o trabajo en red con otras instituciones de salud pueden ser una buena alternativa.
- Continuar con los ajustes necesarios para mejorar los actuales indicadores financieros. Implementar algunas de las propuestas anteriores puedan ayudar a cumplir con el ajuste financiero.

CAPÍTULO 2 DOCUMENTACIÓN

La documentación describe el desarrollo de la experiencia de la estrategia de la Atención Primaria en Salud en el Municipio de Bello y puede dar cuenta solo de una mirada institucional. Esta documentación fue una construcción conjunta entre los profesionales, técnicos y auxiliares de la Secretaría de Salud y la Empresa Social del Estado Bellosalud del municipio.

1. INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria en Salud (APS) es una estrategia altamente reconocida por y para el desarrollo de los pueblos, con nuevos valores y principios, donde se valora a las persona como ciudadanos activos para el reconocimiento de sus derechos fundamentales y el cumplimiento de los deberes. La estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APSR) le brinda al recurso humano en salud y a la comunidad en general, la oportunidad de ser partícipes en la búsqueda y el disfrute al máximo de la vida, a través de acciones de Promoción de la Salud y Prevención de los factores de riesgo para la salud desde el desarrollo humano y social. En Colombia el derecho a la salud se elevó a rango constitucional con la Constitución Política en 1991, desde la adopción de la estrategia APS por la OMS en 1978 “Declaración de Ottawa”, con conceptos claves como:

“La salud es un derecho humano fundamental...requiere la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector de la salud [...] el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la aplicación de la atención en salud.” (Declaración Alma Ata 1978)

La definición de APS como “el cuidado esencial de la salud basado en métodos y tecnologías practicas científicamente apropiadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y familias de la comunidad, a través de su participación y a un costo sufragable” (Declaración alma Ata 1978); nos enmarca en el reto continuo de llegar a integrar la comunidad y su autocuidado, con la gestión brindada por la administración municipal y las políticas públicas en salud, que propende el garantizar salud en todos sus ámbitos a la población.

La ley 1438 cita en su capítulo III donde se adopta la estrategia de APS con sus tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. Define la estrategia como:

La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la promoción de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Es por eso que el manejo de la estrategia de APS en el municipio de Bello, debe encaminarse a garantizar la educación en Salud necesaria para formar una cultura del autocuidado y romper las inequidades existentes en el sistema. Teniendo siempre como enfoque los elementos incluidos en la Ley 1438 de 2011, referente a los principios por los que se rige la estrategia:

- Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- Acciones intersectoriales para impactar los determinantes de la salud
- Cultura del autocuidado
- Orientación individual, familiar y comunitaria
- Atención integral, integrada y continua
- Interculturalidad
- Talento humano organizado en equipos multidisciplinares
- Fortalecimiento de la baja complejidad
- Participación activa de la comunidad
- Enfoque territorial

Por lo anterior se hace necesario enfocar la estrategia de APS de la Secretaría de Salud del Municipio de Bello, con miras a mejorar el estado de salud de la población Bellanita, abordando todos los enfoques determinantes de su salud, según las condiciones de vida de cada una de las comunas y los barrios, formando a la comunidad como un gestor de salud comunitario, el cual previamente capacitado y sensibilizado, sirva de apoyo y guía a la comunidad; proporcionando información, orientación y comunicación en temas básicos de salud.

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

En este documento se buscó no solamente describir la metodología y aplicación de la estrategia en el municipio en el tiempo actual, sino también hablar de las propuestas a futuro y la trascendencia en el tiempo desde que se concebía con el programa de Viviendas Saludables para los años 2005 a 2007.

2. JUSTIFICACIÓN

Este documento aporta pautas empleadas para la APS, por medio de la relatoría que paso a paso va consiguiendo construir la estrategia y mejorarla desde su inicio. Al municipio le sirve como referencia para medir el avance de la estrategia en el tiempo y sistematizar procesos de implementación y lecciones aprendidas; es importante para el aprendizaje de intercambio de conocimientos entre los municipios. Además permite identificar logros y limitaciones particulares y comunes avanzando en el fortalecimiento de la estrategia. El no documentar la experiencia puede conllevar a la repetición en el tiempo de errores y falencias, trayendo como resultado el estancamiento e incluso el derrumbe de la estrategia APS en el municipio.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Describir el proceso de planeación, construcción, implementación, desarrollo y seguimiento de la estrategia municipal de Atención Primaria en Salud (APS), que permita el intercambio de información y experiencias, proporcionando datos del proceso de manera oportuna.

3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer un documento para la recopilación de acciones en Atención Primaria en Salud (APS) en el municipio de Bello.
- Conocer la historia de la APS en Bello.
- Determinar los avances y/ cambios a nivel municipal en APS.
- Presentar el plan de mejoramiento para enfrentar las necesidades específicas en salud identificadas.

4. METODOLOGÍA

Una vez obtenida la plantilla con los contenidos que debía llevar el documento, diseñada por el Área Metropolitana para estandarizar el contenido de la información, se procedió a programar una reunión con las personas involucradas en la coordinación o apoyo de la estrategia en la Secretaría de Salud desde el inicio.

Mediante entrevista semi-estructurada se recogió información de los primeros años de inicio de la estrategia, aplicándose a una antigua coordinadora, que hoy día coordina otra área. La información relevante a la Empresa Social del Estado (ESE), se solicitó mediante oficio a la gerencia de la misma; el resto de información de la estrategia estaba en poder del actual equipo coordinador de la estrategia.

Mediante revisión de bases de datos e informes parciales de la estrategia, se recopiló el resto de la información necesaria para crear este documento. Por último, se hizo reunión para dar análisis y la información recopilada y designación de tareas para la elaboración del documento borrador. Posterior a esto, con el acompañamiento de la Institución Universitaria Esumer, contratista del (AMVA), recibimos asesoría para el ajuste del documento.

5. CONTEXTO

En 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS), convocó a sus países miembros -unos 180- para analizar y apoyar la "Declaración de Alma-Ata". Esta declaración contiene planteamientos provocadores, que para algunos son subversivos: Por ejemplo:

La salud es un derecho humano fundamental... requiere la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector de la salud. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención a su salud.

A partir de la evaluación de la estrategia de APS y de la crisis general de los sistemas de salud especialmente en los países pobres, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) se han planteado en diferentes instancias y momentos la renovación de esta estrategia:

La reorientación de los servicios de salud, dice la OPS, sólo se logrará con sistemas de salud basada en la promoción de la salud y en la renovación de la Atención Primaria, los cuales deben: Garantizar servicios de atención primaria como "puerta de entrada" (acceso equitativo a servicios básicos), garantizando cercanía a las gentes, intersectorialidad y participación. Complementarse con diferentes niveles de atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y otros servicios de protección social. Introducir mecanismos de coordinación e integración (sistemas de referencia y contrarreferencia, sistemas de información – planeación, seguimiento y evaluación y mecanismos de financiación y coordinación de la atención.

Desde el año 2005 en el municipio de Bello se iniciaron las primeras acciones en atención primaria en salud con un proyecto llamado viviendas saludables, cuyos lineamientos eran establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en articulación con el SENA y la secretaria de salud, este proyecto se basaba en capacitar por medio de cursos con una duración de 6 meses a las familias beneficiarias en infraestructura para el mejoramiento de viviendas, posteriormente se realizaba un acompañamiento por parte del equipo básico conformado por 2 auxiliares de enfermería del Hospital Rosalpi, contratadas directamente y apoyo del programa de aseguramiento.

En el año 2007, se llevó a cabo otra estrategia similar a la de APS, desarrollada con escuelas saludables, en la que se realizó un diagnóstico en 10 instituciones educativas del municipio las cuales fueron: Alberto Díaz Muñoz sede Sauces, Antonio María Bedoya, Alberto Díaz Muñoz sede Pradera, Institución Antonio Roldan Betancur, Cincuentenario de Fabricato, Institución la Milagrosa, Institución Raquel

Jaramillo, institución Navarra, cuyo diagnóstico arrojó una alta incidencia en consumo de sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar. Se realizaron intervenciones sobre esta problemática con el apoyo de instituciones como CARISMA, psicorientador, docentes, se realizaban capacitaciones dirigidas a los alumnos y padres de familia para el mejoramiento de estas problemáticas.

En el 2006-2007 se realizaron evaluaciones a los Proyectos Educativos Institucionales (PEI), Comité de Calidad de Educación. En el año 2008 se interviene la comunidad de la vereda Potrerito, cuya zona fue seleccionada luego de realizar una matriz de priorización debido a su fácil accesibilidad y la problemática de saneamiento básico, contaba con un equipo de 10 auxiliares de enfermería quienes se encargaban de detectar los riesgos en la vivienda y su entorno, toma de peso, talla, inducción a la demanda a programas de promoción y prevención, los recursos fueron obtenidos con patrocinios de diferentes entidades articulados con escuelas saludables (PEI), fundación Éxito, Cotrafa, Plan Mundial de Alimentos, se utilizaba TVN como medio de comunicación para dar a conocer el proyecto y pautas publicitarias para prevención de quemaduras por pólvora.

En el año 2012 se retoma la atención primaria ya con un concepto de renovada y se lleva a cabo prueba piloto en el sector de parís con un equipo de trabajo de 9 promotores, un profesional especializado y una enfermera jefe, interviniendo 1.000 familias, se realizó una visita para diagnóstico y dos vistas de seguimiento, se intervinieron 181 personas valoradas inicialmente por nutricionistas, se realizaron 48 visitas para asesoría psicológica, 3 jornadas de salud, 18 niños para inclusión al programa MANA. Encontrando la mayor problemática en el consumo de sustancias psicoactivas e higiene en el hogar.

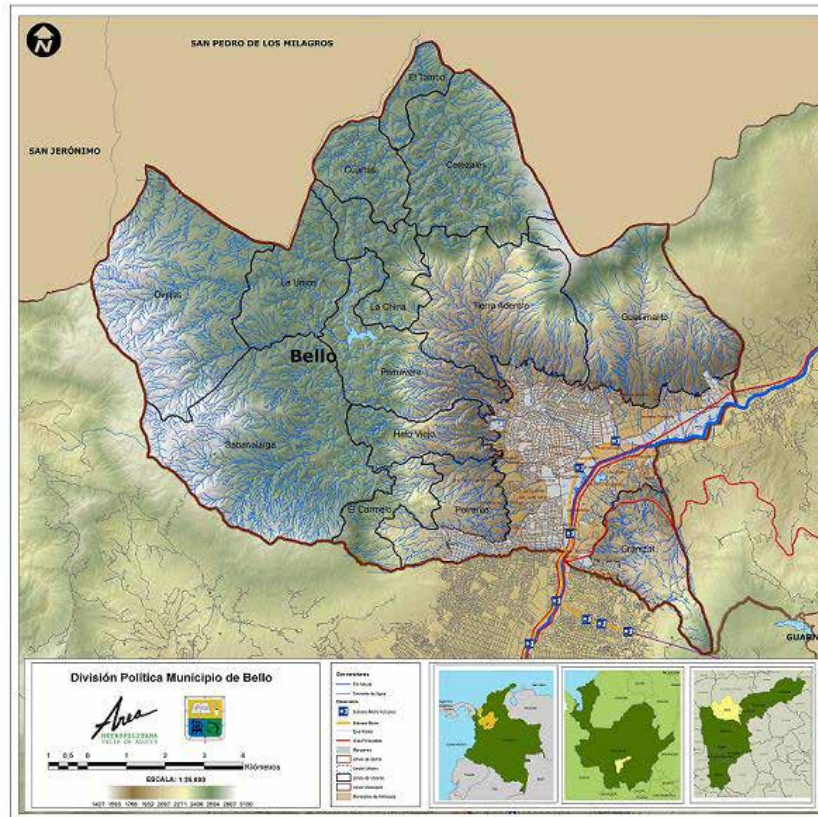
En el año 2013 se intervienen 3.720 nuevas familias en las comunas 5,6 y 7 del municipio. En el año 2014 se intervinieron 2500 enfermos crónicos y su núcleo familiar ubicados en las 12 comunas del municipio

5.1. RESEÑA HISTORICA DEL MUNICIPIO DE BELLO

Bello es un municipio de Colombia, ubicada en el norte del Valle de Aburrá del departamento de Antioquia. Forma parte de la denominada Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA) y está conurbado con la ciudad de Medellín. Limita por el norte con el municipio de San Pedro de los Milagros, por el este con el municipio de Copacabana, por el sur con la ciudad de Medellín y por el oeste con la ciudad de Medellín y el municipio de San Jerónimo. En 1913 Bello contaba ya con 5000 habitantes y un inusitado crecimiento económico, razones suficientes para acceder al título de Municipio, distinción que fue obtenida mediante la Ordenanza 48 del 29 de abril de 1913. Cuenta con 455.865 habitantes según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

5.2. GEOGRAFÍA

Mapa 1. Mapa Político de Bello



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

5.2.1. Descripción física:

Bello es un municipio del norte del Valle de Aburrá. Es un municipio urbanizado en su parte plana y ocupado en sus laderas. Su ubicación es 6°19'55" Norte, 75°33'29' Oeste.

5.2.2. Límites del municipio:

Por el norte limita con el municipio de San Pedro de Los Milagros, por el este con el municipio de Copacabana, por el oeste con Medellín y San Jerónimo, y por el sur, con el municipio de Medellín.

- Extensión total: 149 Km²
- Extensión urbana: 19.7Km²
- Extensión rural: 129.3 Km²
- Altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar): 1450
- Temperatura media: 22°C
- Distancia de referencia: 10

5.2.3. Ecología

Bello es un municipio rodeado de montañas que tienen buena variedad de fauna y flora en sus alrededores. En la flora podemos destacar plantas de cultivo de hortalizas y plantas de montaña como helechos y diferentes clases de árboles. En lo que respecta a la fauna, hay variedad de aves y animales pequeños.

5.2.4. Hidrografía

El río que pasa por el municipio es el río Medellín, tiene quebradas como La Madera, El Hato, La García, La Señorita, Rodas, Niquía, La Iguaná, La Loca, La Seca.

5.2.5. Economía

Agricultura: legumbres, hortalizas, frutas, fríjol.

Ganadería: a menor escala.

Industria: comercio informal y organizado, textiles, explotación de areneras y canteras.

5.2.6. Orografía

La principal elevación es el Cerro Quitasol, otras menores son Alto de las Baldías, Alto Medina, Llano de Ovejas y San Félix. También existe un promontorio llamado La Verruga.

5.3. VÍAS DE COMUNICACIÓN

Terrestres: para llegar a Bello se debe tomar la Autopista Norte hasta llegar a la empresa Soya. También se puede llegar en el medio de transporte masivo el Metro de Medellín.

5.4. EDUCACIÓN

Primaria: el municipio cuenta con 74 instituciones educativas.

Secundaria: el municipio cuenta con 63 instituciones educativas

5.5. SALUD

El municipio cuenta con la Dirección Local de Salud:

• Misión:

Somos el componente de la Administración del Municipio de Bello, encargado de dirigir el Sistema de Seguridad Social en Salud hacia el logro de condiciones de vida favorables para mantener y preservar la salud de todos sus habitantes; mediante el acceso de la población a los servicios básicos de salud, la regulación de la oferta y la demanda de estos servicios con calidad y humanismo y una eficiente gestión de los recursos.

• **Visión:**

La Dirección Local de Salud de Bello será plenamente reconocida en el Sector y ante la ciudadanía como garantía de eficiencia, productividad, eficacia, espíritu de servicio y alto nivel técnico-científico. En el primer decenio del siglo XXI será modelo nacional para la estructuración y desarrollo de las Direcciones Locales de Salud.

• **Objetivos:**

- 1.** Trazar los planes Sectoriales de Salud a mediano y largo plazos de modo que prevean los problemas y permitan abordar las soluciones más eficaces en el menor tiempo posible y con los recursos disponibles.
- 2.** Promover la afiliación de la población a los diferentes regímenes previstos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 3.** Garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud con características de buena calidad y acceso universal para los pobladores del municipio.
- 4.** Garantizar la prestación del Plan de Salud Pública de acuerdo con la normatividad vigente y las prioridades establecidas para el municipio.
- 5.** Promover y estimular la participación de la comunidad en todo el proceso administrativo y operativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 6.** Mantener adecuado nivel de conocimiento de la situación de salud en el municipio
- 7.** Recaudar y administrar los recursos financieros destinados a la salud.
- 8.** Evaluar permanentemente el desarrollo de la gestión propia de la Dirección Local de Salud.

El municipio también cuenta con el Hospital Marco Fidel Suárez y la ESE Bellosalud; esta última fue creada mediante el Decreto 0572 del 17 de diciembre del año 2008, suscrito por el Alcalde Municipal como resultado de un proceso de fusión de las Empresas Sociales del Estado (ESE) Hospital Rosalpi (Creada como tal en 1991) y Hospital Zamora París Fontidueño (Creada con otra razón social en 1998). Dicho Decreto, fue expedido en virtud de las facultades que en tal sentido le fueran otorgadas al señor Alcalde mediante Acuerdo Nro. 039 del año 2007 del Honorable Concejo Municipal.

Como pilares de su Misión se tiene la búsqueda de la calidad, el énfasis en la promoción y la prevención de la salud y el respeto por el ser humano y el medio ambiente todo dentro de un contexto de desarrollo integral de su talento humano.

Su Visión está enfocada en el liderazgo local y regional en la prestación de servicios de baja complejidad con calidad y calidez.

Para la prestación de sus servicios cuenta con un total de nueve sedes estratégicamente ubicadas a todo lo largo y ancho de la geografía municipal, incluyendo el Corregimiento San Félix. En tres de estas sedes (Hospital Rosalpi y Centros de Salud París y Zamora) se cuenta con el servicio de Urgencias las

24 horas del día y en las restantes sedes, el servicio de consulta externa (Médica, odontológica y de enfermería) se presta de Lunes a Jueves de 7:00 AM a 4:00 PM y los Viernes de 7:00 AM a las 3:00 PM. Servicios de consulta externa que igualmente se prestan en las 3 sedes con urgencias.

El Portafolio de Servicios de la ESE Bellosalud incluye: Urgencias y hospitalización, consulta externa médica, odontológica, de enfermería, nutricional y optométrica en sus modalidades de atención a la morbilidad y promoción y prevención, vacunación, farmacia, laboratorio clínico, imagenología y electrocardiografía básica. Caben destacar dentro de las actividades de Promoción y Prevención la charlas educativas, la vacunación, la detección temprana de alteraciones de la gestante y el menor de edad, la toma de citología, la prevención en salud oral, la detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, la planificación familiar y la asistencia profesional del parto y del recién nacido entre muchas otras. Igualmente, es de destacar nuestro compromiso con la Gestión del Riesgo en patologías tan relevantes como la Hipertensión, la Diabetes y el EPOC, contando para ello con el apoyo de la Red Metropolitana de Servicios de Salud del Valle de Aburra (REMES) de la cual somos asociados.

Su recurso humano incluye entre otros un vasto número de médicos generales, odontólogos, enfermeras microbiólogas y que en coordinación con un número suficiente de auxiliares asistenciales y administrativos, desarrollan los procesos clínicos y administrativos necesarios de conformidad con la demanda de una población que tan solo para el régimen subsidiado supera los 95.000 usuarios repartidos entre las EPS Saviasalud y Caprecom.

Finalmente merecen mención algunos indicadores de producción durante el año 2014: 67.271 consultas médicas electivas y 36.289 urgentes, 16.425 exámenes odontológicos, 3.196 consultas de optometría, 9.339 estudios radiológicos, 684 hospitalizaciones con 109 partos y 256.288 pruebas de laboratorio realizadas.

6. MARCO NORMATIVO

Tabla 1 Sinopsis Normativo Estrategia APS

NORMAS SUSTANTIVAS	DESCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA NORMA Y REGLAMENTO
Declaración de Alma Ata Conferencia OMS/UNICEF	La Conferencia Internacional sobre <u>Atención Primaria de Salud</u> de Alma-Ata, realizada en <u>Kazajistán</u> , del 6 al 12 de septiembre de 1978. La conferencia fue organizada por la <u>OMS/OPS</u> y <u>UNICEF</u> , y patrocinado por la entonces <u>URSS</u> . La síntesis de sus intenciones se expresa en la Declaración de Alma -Ata, subrayando la importancia de la <u>atención primaria de salud</u> como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue " Salud para Todos en el año 2000 "	1978

NORMAS SUSTANTIVAS	DESCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA NORMA Y REGLAMENTO
Ley 10 de 1990	Se reorganiza el sistema nacional de salud. Conceptualización de nuevos modelos de atención Adopción de principios de la medicina familiar por todo el equipo de salud.	1990
Constitución Política de Colombia	Fundamentos legales de la República de Colombia	1991
Ley 715	Facilitar el acceso universal a los servicios de salud	1991
Ley 100 de 1993	Crea el Sistema General de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Se inicia la transformación de los consultorios a centros de salud donde la preocupación central es la salud y la persona, dando énfasis a la promoción y prevención como actividad importante dentro del proceso de atención incorporando a la comunidad como entidad participante.	1993
Decreto 3518 de 2006	Vigilancia en Salud Pública.	2006
Decreto 3039 de 2007	Plan Nacional de Salud Pública.	2007
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones". Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia APS permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.	2011
Acuerdo municipal #005 de 2014	"Por medio del cual se adoptan e implementan las políticas públicas que permitan desarrollar las estrategias: red metropolitana de salud, atención primaria en salud renovada APSR y redes de prestación de servicios, en el municipio de Bello".	2014

Fuente: Elaboración propia. Dirección Local de Salud. Bello.

7. ESTRATEGIA EN EL TERRITORIO

7.1. DEFINICIÓN

La APS es una estrategia concebida como un puente importante para impactar el estado de salud de la población Bellanita y mejorar su calidad de vida, teniendo como enfoques fundamentales, los tres componentes enmarcados en la ley 1438, formando a la comunidad como el principal gestor de salud que garantice el autocuidado de sus familias, con el apoyo de un equipo interdisciplinario en salud, contribuyendo a la promoción y prevención de esta y el trabajo mancomunado de todos los entes municipales, que puedan apoyar a satisfacer sus necesidades básicas, como factores determinantes de su condición de salud.

7.2. ALCANCE

En el APS desarrollado en el municipio de Bello se hace un abordaje de las comunidades y las familias en las necesidades y determinantes que se enmarcan en los componentes de vivienda, familia y persona, dentro de la ejecución de las actividades y procedimientos de competencia municipal.

7.3. RECTORÍA Y PLANEACIÓN

La rectoría en el desarrollo de la APS se encuentra en la Secretaría de Salud, en cabeza del secretario de salud municipal, desde donde se hace la planeación de toda la estrategia por un equipo de Salud Pública y la coordinadora de APS

Para la toma de decisiones en cuanto a priorización de zonas o grupos poblacionales a intervenir, se han usado herramientas de priorización, como la del "consenso de expertos" y la "matriz de priorización", con participación de la ESE Bello Salud.

Mediante reuniones anuales y teniendo en cuenta el presupuesto y el recurso humano se decide sobre quienes intervenir en la vigencia. La planeación para la ejecución se hace teniendo en cuenta los recursos económicos con los cuales se hace un convenio inter administrativo con la ESE Bello Salud, quien es el operador de la estrategia, contratando el personal, transporte y demás logística necesaria.

La coordinación, tanto técnica como del sistema de información, se hace desde la Secretaría de Salud, donde a través de reuniones semanales con el personal de campo, se da la programación para las

actividades a realizar y se evalúa los resultados y actividades desarrolladas en la semana anterior para hacer cambios, ajustes y planes de mejoramiento.

Se tiene un coordinador encargado del seguimiento a la consolidación de la información en el sistema diseñado para tal fin, dado que no se ha tenido un medio de captura web. Este seguimiento se hace diario, dado que el personal que digitaliza también se encuentra ubicado en la Secretaría de Salud.

Anualmente se realiza análisis descriptivo de la información por medio de graficas de las variables más representativas para la toma de decisiones y para intervenciones posteriores, de igual forma para presentar informes.

7.4. ENFOQUES

La estrategia concibe tres enfoques los cuales son:

- **Enfoque de Riesgo:** es un método de trabajo en la atención primaria en salud que desde el ámbito personal, familiar y comunitario nos brinda una herramienta para determinar la probabilidad que tienen un individuo o grupo de sufrir en el futuro un daño en su salud, basado en la observación y detección de que población está en mayor riesgo de enfermarse o morir.
- **Enfoque de determinantes de la Salud:** se interviene con el individuo, la familia y la comunidad desde los determinantes de, medio ambiente, estilos de vida, sistema sanitario y biología humana.
- **Enfoque Diferencial:** se realizan intervenciones en salud simples o combinadas dirigidas a la población en general, buscando modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, sexo, etnia, que incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad.

7.5. ESTRUCTURA PARA EL FUNCIONAMIENTO (Equipos Básicos, Funciones)

• **Coordinador:**

En el equipo base, el coordinador ejerce funciones de planeación, administración y control de las actividades de APS y además junto con el asesor, secretario de salud y el coordinador del equipo extramural (Es la prestación de servicios de salud de consulta externa, promoción y prevención, apoyo, diagnóstico y complementación terapéutica de baja complejidad en Infraestructuras físicas no destinadas a la atención en salud, o en unidades móviles).

• **Enfermera profesional:**

- Participar en la formulación, desarrollo y evaluación de los planes de cuidado a familias en alto riesgo y los demás que requieran del criterio de enfermería.
- Planear, coordinar y hacer seguimiento a las actividades desarrolladas por el grupo de promotores en salud.

• **Psicólogo:**

- Cuando sea indicado o necesario, realizar intervenciones de asesorías integrales a los individuos y familias en la vivienda o en los demás espacios comunitarios y en todas las etapas del ciclo vital dentro del plan de atención integral de la familia.
- Participar en la formulación, desarrollo y evaluación de los planes de cuidado a familias en alto riesgo y los demás que requieran del criterio de psicología.
- Contribuir y participar en actividades de educación continuada con y para el equipo básico de acuerdo a sus competencias específicas.

• **Trabajador social:**

- Identificar la oferta de servicios sociales locales que permitan articular a las familias participantes de la estrategia APS con alternativas de desarrollo social que se reflejen en el mejoramiento de las condiciones de vida de los miembros de la familia.
- Integrar las acciones locales de salud, educación, bienestar social, cultura y otros, desde un enfoque de derechos para enfrentar los determinantes de deterioro de la calidad de vida.
- Contribuir y participar en actividades de educación continuada con y para el equipo básico de acuerdo a sus competencias específicas.

• **Nutricionista:**

- Cuando sea indicado o necesario, realizar intervenciones integrales a los individuos y familias en la vivienda o en los demás espacios comunitarios y en todas las etapas del ciclo vital, dándole prioridad a niños con riesgo nutricional y gestantes de bajo peso.

• **Sistema de información GESIS:**

- Diseño e implementación de un aplicativo que consolide la información recopilada por la estrategia en todas sus fases, tratando de garantizar la administración adecuada de la información, para la toma de decisiones.
- Gerencia de la información.
- Apoyo en la toma de decisiones.
- Evaluación del proceso, con miras del mejoramiento continuo de la estrategia.

• **Apoyo administrativo (promotoras)**

- Evaluación de la calidad de la información registrada y consolidación de esta en el sistema de información diseñado para tal fin.

• Promotores de salud:

- Realizar el diagnóstico familiar mediante la visita domiciliaria.

- Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario.

- Informar sobre el portafolio de servicios de la protección social en salud.

- Promover la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para que puedan acceder a los servicios de protección social.

- Hacer seguimiento a los planes de acción familiares.

• **Apoyo profesional de la Secretaría de Salud.**

- Apoyo de los profesionales que se encuentran vinculados en los diferentes programas de la Secretaría de Salud como: salud mental y reproductiva, saneamiento básico, seguridad alimentaria, aseguramiento y epidemiología.

7.6. COBERTURA

Entre los años 2012 -2014 se han intervenido 8500 familias dentro de la estrategia, con un abordaje global y de calidad para las familias en promoción y prevención, con educación en el autocuidado de los determinantes influyentes de la salud. Se prioriza la población cada año de acuerdo a los recursos que se dispongan.

Tabla 2. Indicadores Línea Base 2012. Atención Primaria en Salud. Bello

Número de familias a intervenir en el 2012	Número de familias a intervenir en el cuatrenio 2012-2015	Presupuesto APS 2012-2015	1. Número de Equipos APS	2. % Avance cobertura familias	3. % Avance implementación estrategia APSR	4. % Desarrollo Sistema de Información Software APS	5. % Avance sistematización de experiencias de APS	6. % Avance Proyectos de Acuerdo- otros	7. % Funcionarios objeto capacitados en APS	8. Número de personas de la comunidad capacitadas en APS	9. Número de Iniciativas de Red Lideradas o Apoyadas	10. % Avance Participación Social en Atención primaria en salud.
1000	11000	1. 2012-2015: 2. 2012:146.000.000	1	130	30	30	0	0	12	0	0	0

Fuente: Elaboración propia. Indicadores solicitados por la Red Metropolitana de Salud.

Tabla 3. Indicadores Acumulado años 2012-2014. Atención Primaria en Salud. Bello

Número de familias a intervenir de 2012 a 2014 (Acumulado)	Número de familias a intervenir en el cuatrenio 2012-2015	Presupuesto APS 2013- 2014	1. Número de Equipos APS	2. % Avance cobertura familias	3. % Avance implementación estrategia APSR	4. % Desarrollo Sistema de Información Software APS	5. % Avance sistematización de experiencias de APS	6. % Avance Proyectos de Acuerdo - otros	7. % Funcionarios objeto capacitados en APS	8. Número de personas de la comunidad capacitadas en APS	9. Número de Iniciativas de Red Lideradas o Apoyadas	10. % Avance Participación Social en atención primaria en salud.
8500	11000	En 2013:675.9700.00 En 2014:672.000.000	1	94	75	60	40	100	40	20	1	50

Fuente: Elaboración propia. Indicadores solicitados por la Red Metropolitana de Salud.

Tabla 3. Indicadores Acumulado años 2012-2014. Atención Primaria en Salud. Bello

Número de familias a intervenir en el 2015	Número de familias a intervenir en el cuatrenio 2012-2015	Presupuesto APS 2015	1. Número de Equipos APS	2. % Avance cobertura familias	3. % Avance implementación estrategia APSR	4. % Desarrollo Sistema de Información Software APS	5. % Avance sistematización de experiencias de APS	6. % Avance Proyectos de - Acuerdo otros	7. % Funcionarios objeto capacitados en APS	8. Número de personas de la comunidad capacitadas en APS	9. Número de Iniciativas de Red Lideradas o Apoyadas	10. % Avance Participación Social en Atención primaria en salud.
2500	11000	En 2015:539.200.000	1	100	90	100	100	100	30	50	1	100

Fuente: Elaboración propia. Indicadores solicitados por la Red Metropolitana de Salud.

Las familias que se han intervenido han sido identificadas mediante bases de datos suministradas por SISBEN, planeación y ESE Bellosalud, población general ubicadas en las diferentes comunas del municipio.

7.7. POBLACIÓN OBJETO (Criterios de Priorización en el Territorio)

La población objeto fue seleccionada con elementos de priorización que se muestran en la siguiente tabla, método que dio la selección de las comunas 6, 7, 10 y 11 para el desarrollo de la estrategia APS en el año 2013.

Tabla 5. Matriz de priorización 2013

POBLACIÓN	CRITERIOS								
	Población agrupada y concentrada	Régimen Subsidiado y PPNA	Seguridad y orden público	Organización comunitaria	Intereses de la comunidad	Otros proyectos complementarios en la zona o grupo	IPS Cercana	Capacidad de la IPS	Total
Triangulo comunas 4, 6 y 7 (Mirador, Los Alpes, Ducado, Altos de Niquía, La Selva, Los Ángeles	1	2	2	2	1	2	3	3	16
Pinar- Granizal	2	3	2	1	2	3	1	1	15
La Gabriela, La Camila, 5 Estrellas Pomar	3	3	2	2	2	2	3	3	20
Ni@ños MANA	1	3	2	2	2	3	2	1	16
Recién Nacidos	1	2	2	1	2	2	2	2	14

Para el año 2014 se intervienen en la estrategia 2.520 enfermos crónicos y su núcleo familiar, ubicados en las 12 comunas del municipio de Bello, los datos para localizar estas familias son suministrados por la ESE Bellosalud.

7.8. ÁMBITOS DE ACCIÓN (Entornos)

En el desarrollo de la APS se abarcan los entornos educativo, familiar, institucional y comunitario:

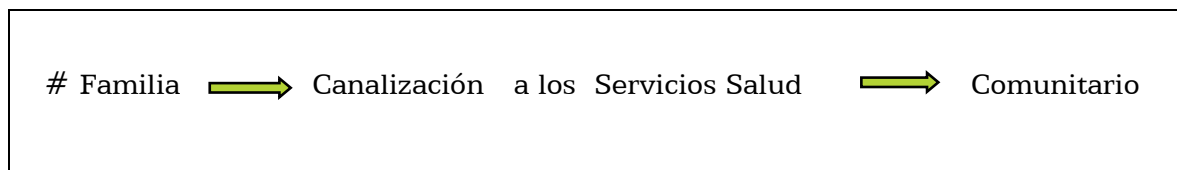
- Comunitario: la acción en salud y participación se centra en los “grupos u organizaciones sociales” interesadas en promover la salud de los barrios de su influencia.
- Familiar: se refiere a la educación y acompañamiento a las familias sobre el autocuidado y manejo de los determinantes de la salud, asesoría en los diferentes programas que ofrece la Secretaría de Salud y los demás entes que se encuentran vinculados a la estrategia.
- Institucional: Corresponde al manejo de los usuarios referidos por la estrategia a los programas de P y P, garantizando la demanda inducida a estos programas.
- Educativo: se dirige a sensibilizar a los educadores en la importancia de la estrategia, con el fin de convertirlos en multiplicadores y gestores del conocimiento sobre las líneas de acción de la estrategia, para que los estudiantes vean la importancia del auto cuidado dentro del ámbito familiar y personal.

7.9. PRIORIDADES (Líneas de Acción)

Las líneas de acción a través de las que se desarrolla la APS en el municipio son dos:

- **Vivienda:** Se realiza un diagnóstico de las condiciones socioeconómicas y de higiene locativas para una intervención oportuna, con las entidades pertinentes; además se brinda educación sobre factores de riesgo y factores protectores.
- **Familia:** Se realiza una visita a cada familia identificada, aplicando un test basado en la historia de la Seccional de Salud de Antioquia. Con la información obtenida a través de este instrumento se clasifica el grado de disfuncionalidad familiar, de donde se definen los aspectos para una posterior intervención psicosocial, con el consentimiento previo de los miembros de la familia.
- **Persona:** por medio de la visita domiciliaria se realiza un dx a cada miembro, identificando los factores protectores y factores de riesgo, se realiza charlas educativas sobre temas de morbilidad, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Medición del riesgo cardiovascular mediante toma de peso, talla, índice de masa corporal, asesoría en el autoexamen de mama, higiene oral, inducción a la demanda a los programas de p y p de acuerdo a la IPS asignada.

7.10. RUTA DE ATENCIÓN



La ruta de atención de la APS se pone en marcha cuando el equipo de promotores de APS visita a la familia (primer contacto), de donde identifican las necesidades que presentan, respecto a su estado de salud y condiciones de vida.

Con la información recopilada se diligencia el formato de fichas, acción que se hace periódicamente para nutrir y tener el sistema de información actualizado. En algunas experiencias de visitas, las promotoras transmiten información sobre educación en salud y convocan a las actividades que se realizan en jornadas de salud comunitarias.

En este proceso de visitas se realiza la inducción a la demanda mediante boletas de remisión. La promotora correspondiente es la encargada de hacer el seguimiento a las remisiones a través de visitas domiciliarias, llamadas telefónicas, y en algunos casos se hace directamente con el funcionario encargado de la información, en la institución correspondiente.

7.11. COMPONENTES

Los componentes a través de los que se desarrolla la APS corresponden lo intersectorial e interinstitucional, la participación comunitaria.

7.11.1. Componente Intersectorial e Interinstitucional

Varios actores están involucrados en la estrategia APS y en la manera como esta se implementa. En primer lugar encontramos a las EPS que hasta el momento, debido a la manera como definen APS y a su sistema organizacional, su asociación al desarrollo de esta estrategia esta mediada por el trabajo que realizan en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El primer actor directo que podemos mencionar son los entes territoriales ya que ellos determinan y hacen cumplir la normatividad nacional y departamental.

Otros actores importantes de la articulación de la estrategia son las ESE (Empresas Sociales del Estado). En ellas se expresa la operatividad de la APS, dado que activan el trabajo en redes integrales de salud para remitir a los individuos a instancias, instituciones o niveles de atención que se necesite.

También se articulan diferentes secretarías de la Administración Municipal y entidades gubernamentales y privadas, brindando espacios de capacitación al equipo de la estrategia y la comunidad, ofreciendo prioridad en temas referentes a las necesidades de familias APSR. Estas articulaciones se realizan por medio de reuniones con funcionarios encargados donde se expone la estrategia y sus alcances.

7.11.2. Componente de Participación Ciudadana

La participación ciudadana es un componente de gran importancia dentro de la estrategia APS, pues permite involucrar a la comunidad dentro del proceso, de tal forma que su papel no sea solo el de responder a servicios planificados por la institución de salud, sino que participe activamente en todo el proceso, desde definir los problemas y necesidades hasta elaborar soluciones y evaluaciones de estas.

Dentro de la estrategia se tienen actividades de acercamiento con líderes, con juntas de acción comunal, grupos de madres comunitarias sacerdotes y otras religiones importantes de la comunidad, lo que ha generado un fortalecimiento constante de este componente, lo que redundo en mayor credibilidad de parte de la comunidad.

Estos actores se integran convocando al resto de la comunidad, replicando información acerca de la estrategia y las actividades a realizar en las zonas, tales como tomas barriales de salud y charlas educativas; además participan en capacitaciones temáticas como seguridad alimentaria, APS y AIEPI (atención integral a enfermedades prevalentes en la infancia)

7.12. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

La Dirección Seccional de Salud cuenta con el sistema de información SIMAP, pero no cumple con las necesidades de funcionalidad que requiere el municipio para la gestión de la información de la estrategia, por tal motivo se tomó la decisión de crear un aplicativo propio a la medida, el cual se está ejecutando según las tres fases: vivienda, familia y persona. El sistema se encuentra elaborado en Access y permite la administración de la información de la estrategia, según la necesidad que se tiene para el municipio.

En este componente se ha concluido que se hace necesario contar con un sistema de información mejor elaborado y que esté en una plataforma web, procurando la gestión de la información en tiempo real, con la utilización de mecanismos portátiles para la captura de la información en el momento de las visitas, permitiendo además georreferenciar la información, el análisis del riesgo, la medición indicadores de gestión, proceso y de impacto.

De igual forma esta herramienta podría posibilitar la generación de un módulo para los entes que están vinculados a la estrategia, con el fin que las remisiones realizadas queden inmediatamente en el módulo de "remisiones" para la observación de las instituciones y entes a quienes les compete y poder medir oportunidad de estos actores.

De manera complementaria al sistema de información, se tiene la divulgación de los contenidos de la estrategia APS a través de diferentes los medios de comunicación: TV Norte quien se encarga de emitir en el canal imágenes, videos y entrevistas durante las jornadas de salud, socializaciones, talleres con el equipo o la comunidad, visitas domiciliarias. Volantes impresos con temas relacionados con la salud y hábitos de vida saludables y el voz a voz de líderes comunitarios que apoyan en la convocatoria a las actividades a realizar en las comunas y divulgación de la estrategia.

7.13. RECURSOS: (Financieros, Humanos y Logísticos)

Para se contó con los siguientes recursos para la ejecución de la estrategia APS:

Año 2012: \$ 60.000.000.

Año 2013: \$ 675.970.000

Año 2014: \$ 672.000.000

Año 2015: \$ 539.200.000

7.14. INDICADORES

A continuación se describen cada uno de los indicadores descriptivos utilizados para generar información en el desarrollo del proceso de APS en el municipio de Bello.

• Vivienda

Variable	Nombre del indicador	Propósito	Unidad de medida	Formula	Presentación
Estado de la vivienda	Proporción de viviendas según estado	Identificar procesos de riesgo relacionados con el estado de las viviendas y priorizar poblaciones que puedan ser incluidas en proyectos de mejoramiento de vivienda	%	No. De viviendas según estado x 100/No. Total de viviendas en la localidad	Tabla de frecuencias
					Gráfico de Barras
Consumo de agua	Proporción de viviendas según calidad del agua que consumen	Describir las características mas frecuentes en la localidad de acuerdo a la calidad y tipo de tratamiento del agua de consumo identificando poblaciones en procesos de riesgo que puedan ser objeto de intervención.	%	No. De viviendas según calidad del agua que consumen x 100/No. Total de viviendas en la localidad	Tabla de frecuencias
					Gráfico de Barras
Disposición final de excretas	Proporción de viviendas según disposición final de excretas	Describir las características mas frecuentes en la localidad de acuerdo a la disposición final de excretas, identificando poblaciones en procesos de riesgo que requieren intervención	%	No. De viviendas según disposición final de excretas x 100/No. Total de viviendas	Tabla de frecuencias
					Gráfico de Barras
Recolección de basuras en la vivienda	Proporción de viviendas según forma de recolección de basuras	Identificar conductas que generen procesos de riesgo en el entorno de la vivienda	%	No. De viviendas según forma de recolección de basuras x 100/No. Total de viviendas	Tabla de frecuencias
					Gráfico de Barras
Disposición Final	Proporción de viviendas según tipo de disposición final de basuras	Identificar áreas y poblaciones con procesos de riesgo del ambiente generados a partir del tipo de disposición de basuras predominante en las áreas	%	No. De viviendas según tipo de disposición final de basuras x 100/No. Total de viviendas	Tabla de frecuencias
					Gráfico de Barras

Fuente: Dirección Local de Salud. Bello

• Familia

Variable	Nombre del indicador	Propósito	Unidad de medida	Formula	Presentación
Población	Proporción de familias según tipo de población	Establecer los grupos de población predominantes en las familias de cada localidad	%	No. De familias por tipo de población x 100/No. Total de	Tabla de frecuencia Gráfico de Barras
Situación de la familia	Proporción de familias según situación en la que se encuentran	Establecer la situación en la que se encuentran las familias de cada localidad para identificar grupos prioritarios de intervención	%	No. De familias por tipo de situación x 100/No. Total de familias	Tabla de Frecuencia Gráfico de Barras
Tipo de Familia	Proporción de viviendas según tipo de familia	Caracterizar las familias por tipo para identificar necesidades de intervención	%	No. De familias según tipo x 100/No. Total de familias	Tabla de Frecuencia Gráfico de Barras
Ciclo vital de la Familia	Proporción de Familias Según Ciclo Vital	Conocer la distribución de las familias según su ciclo vital para establecer acciones de intervención	%	No. De Familias según ciclo vital x 100/No. Total de Familias	Tabla de frecuencia Gráfico de Barras

Fuente: Dirección Local de Salud. Bello

• Aspectos Demográficos

Variable	Nombre del indicador	Propósito	Unidad de medida	Formula	Presentación
Edad - Sexo	Proporción de población según edad y sexo	Determinar la estructura de la población para establecer la magnitud de los grupos prioritarios	%	No. De personas por sexo y grupos de edad x 100/No. Total de personas de ese sexo	Tabla de frecuencia Pirámide Poblacional
	Índice de dependencia	Determinar la magnitud de población económicamente dependiente en cada localidad	%	No. De personas (> 65 años + < 15 años) x 100/No. Personas de 15 a 64 años	Tabla de Frecuencia Gráfico de Barras
	Índice de Masculinidad	Establecer la cantidad de hombres que por cada 100 mujeres existen en cada localidad	%	No. Hombres x 100/No. Mujeres	Tabla de Frecuencia Gráfico de Barras
	Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 49 años	Determinar el promedio de hijos por cada 1000 mujeres de 10 a 49 años	%	No. Niños y niñas menores de un año x 1000/No. Total de mujeres de 10 a 49 años	Tabla de Frecuencia Gráfico de Barras
Actualmente estudiando - Edad	Proporción de población en edad escolar (5-18)	Identificar problemas de cobertura de educación para definir causas e intervenciones	%	No. personas en edad escolar (5-18 años) actualmente estudiando por grupos de edad x 100/ No. Total de personas en cada grupo de edad	Tabla de frecuencia Gráfico de Barras
Estado de escolaridad - Sexo	Proporción de población según estado de	Establecer diferencias en la condición del sexo y las oportunidades de estudio	%	No. De personas por estado de escolaridad y sexo (Masculino o femenino) x 100/No. Total de personas	Tabla de frecuencias Gráfico de Barras

Variable	Nombre del indicador	Propósito	Unidad de medida	Formula	Presentación
Analfabetismo	Proporción de población según tipo de analfabetismo	Identificar grupos poblacionales prioritarios para la planificación de intervenciones	%	No. De personas por tipo de analfabetismo x 100/No. Total de personas	Tabla de frecuencia Gráfico de Barras
Posición ocupacional- Sexo	Proporción de población según posición ocupacional	Establecer un análisis diferencial por oportunidades de trabajo y la condición de sexo para orientar la toma de decisiones	%	No. De personas por posición ocupacional según sexo x 100/No. Total de personas	Tabla de frecuencia Gráfico de Barras
Posición ocupacional Edad	Proporción de población según edad y posición ocupacional	Establecer un análisis diferencial por ciclo vital y posición ocupacional, identificando poblaciones con procesos de riesgo durante su desarrollo	%	No. De personas por grupo de edad según posición ocupacional x 100/No. Total de personas	Tabla de frecuencias Gráfico de Barras

Fuente: Dirección Local de Salud. Bello

• Salud Pública - Evaluación Nutricional

variable	nombre del indicador	propósito	unidad de medida	formula	presentación
Tipo De afiliación	Proporción de población según tipo de afiliación	Establecer la cobertura de aseguramiento en cada localidad para apoyar la toma de decisiones	%	No. Personas por tipo de afiliación x 100/No. Total de personas	Tabla de frecuencia Gráfico de Barras
Tipo de afiliación- Edad	Proporción de población no afiliada según edad	Establecer un análisis diferencial frente a procesos de riesgo originados por la no accesibilidad al SGSSS focalizado por grupos de edad	%	No. De personas no aseguradas en el SGSSS, por grupos de edad x 100/No. Total de personas por grupos de edad	Tabla de Frecuencia Gráfico de Barras
Posición ocupacional- Tipo de afiliación	Proporción de población según posición ocupacional y tipo de afiliación	Identificar grupos de población vinculados a alguna actividad económica que registren situaciones irregulares frente al proceso de afiliación, para orientar acciones de intervención	%	No. Personas por posición ocupacional según tipo de afiliación x 100/No. Total de personas por posición ocupacional	Tabla de frecuencia Gráfico de Barras
Tipo de afiliación - Población	Tipo de población según tipo de afiliación		%	No. Personas por tipo de población según tipo de afiliación x 100/No. Total población por tipo	Tabla de frecuencia Gráfico de Barras
Estado de escolaridad - Sexo	Proporción de población según estado de	Establecer diferencias en la condición del sexo y las oportunidades de estudio	%	No. De personas por estado de escolaridad y sexo (Masculino o femenino) x 100/No. Total de personas	Tabla de frecuencias Gráfico de Barras
Analfabetismo	Proporción de población según tipo de analfabetismo	Identificar grupos poblacionales prioritarios para la planificación de intervenciones	%	No. De personas por tipo de analfabetismo x 100/No. Total de personas	Tabla de frecuencia Gráfico de Barras

variable	nombre del indicador	propósito	unidad de medida	formula	presentación
Posición ocupacional- Sexo	Proporción de población según posición ocupacional	Establecer un análisis diferencial por oportunidades de trabajo y la condición de sexo para orientar la toma de decisiones	%	No. De personas por posición ocupacional según sexo x 100/No. Total de personas	Tabla de frecuencia Gráfico de Barras
Posición ocupacional Edad	Proporción de población según edad y posición ocupacional	Establecer un análisis diferencial por ciclo vital y posición ocupacional, identificando poblaciones con procesos de riesgo durante su desarrollo	%	No. De personas por grupo de edad según posición ocupacional x 100/No. Total de personas	Tabla de frecuencias Gráfico de Barras

Fuente: Dirección Local de Salud. Bello

• Salud Pública- Promoción y Prevención

Variable	Nombre del indicador	Propósito	Unidad de medida	Formula	Presentación
Crecimiento y Desarrollo	Proporción de niños y niñas menores de 10 años que asisten al control de crecimiento y desarrollo	Evaluar e cumplimiento frente a los derechos que la población infantil tiene en los programas de promoción y prevención	%	No. de niños y niñas menores de 10 años que asisten al control de crecimiento y desarrollo x 100/No. Total de niños y niñas	Tabla de frecuencia Gráfico de Barras
Vacunación	Proporción de población con esquema de vacunación completo	Identificar poblaciones susceptibles a riesgos de enfermedades inmunoprevenibles	%	No. De personas con esquema de vacunación completo x 100/No. Total de personas	Tabla de frecuencia Gráfico de Barras
Atención preventiva odontológica	Proporción de población con atención preventiva odontológica	Evaluar el cumplimiento frente a los derechos que la población tiene en los programas de promoción y prevención en salud oral	%	No. De personas con atención preventiva odontológica x 100/No. Total de personas	Tabla de Frecuencia Gráfico de Barras
Planificación familiar- sexo	Proporción de población entre 10 y 49 años con planificación familiar según sexo	Identificar grupos de riesgo para la implementación de acciones que busquen el mejoramiento de la salud sexual, la reducción de la mortalidad materna y perinatal, los embarazos no deseados y abortos en adolescentes y la disminución del impacto de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.	Meses	No. De hombres y mujeres entre 10 y 49 años con planificación familiar x 100/No. Total de personas entre 10 y 49 años por sexo	Tabla de frecuencia Gráfico de Barras
Citología	Proporción de mujeres mayores de 10 años que alguna vez se han realizado la citología	Determinar la prevalencia de uso de la citología para establecer la necesidad de ampliar las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad e impactar en las oportunidades perdidas de los programas de salud	%	No. De mujeres mayores de 10 años que alguna vez se han realizado la citología x 100/No. Total de mujeres mayores de 10 años	Tabla de Frecuencia Gráfico de Barras

Variable	Nombre del indicador	Propósito	Unidad de medida	Formula	Presentación
Se realiza mamografía cada 2 años	Proporción de mujeres mayores de 50 años que se han realizado la mamografía.	Determinar el cumplimiento frente a los derechos que la población femenina tiene en los programas de promoción y prevención	%	No. De mujeres mayores de 50 años que se han realizado la mamografía cada 2 años x 100/No. Total de mujeres mayores de 50 años	Tabla de Frecuencia
					Gráfico de Barras
Se realiza anualmente tamizaje de próstata	Proporción de hombres mayores de 40 años que se realizan anualmente tamizaje de próstata	Determinar el cumplimiento frente a los derechos que la población masculina tiene en los programas de promoción y prevención	%	No. De hombres mayores de 40 años que se han tamizaje anual de próstata x 100/No. Total de hombres mayores de 40 años	Tabla de Frecuencia
					Gráfico de Barras
Consulta de detección temprana de alteraciones del joven - Edad	Proporción de jóvenes de 10-29 años que han asistido a la consulta de detección temprana de alteraciones del joven según edad		%	Nº de jóvenes de 10 a 29 años que han asistido a la consulta de detección temprana de alteraciones del joven por grupos de edad x 100/ Total de jóvenes de 10 a 29 años por grupos de edad	Tabla de Frecuencia
					Gráfico de Barras
Control Prenatal	Proporción de gestantes en control prenatal	Determinar la eficacia de los programas de prevención frente a la Identificación e intervención temprana por el equipo de salud, la mujer y su familia de los riesgos relacionados con el embarazo.	%	No. Gestantes en control prenatal x 100/No. Total de gestantes	Tabla de Frecuencia
					Gráfico de Barras
Lugar de atención del parto	Proporción partos según lugar de atención	Identificar procesos de riesgo para la madre y el recién nacido, relacionados con la atención del parto	%	Nª partos según lugar de atención x 100/Total de partos	Tabla de Frecuencia
					Gráfico de Barras

Fuente: Dirección Local de Salud. Bello

• Salud

Variable	Nombre del indicador	Propósito	Unidad de medida	Formula	Presentación	
EDA en el semestre	Proporción de prevalencia de EDA	Determinar la magnitud de la problemática de EDA en la localidad, identificando grupos de mayor riesgo para programar intervenciones que puedan impactar la situación registrada	%	No. De personas con episodios de EDA en el semestre x 100/No. Total de personas	Tabla de frecuencia Gráfico de Barras	
IRA en el semestre	Proporción de prevalencia de IRA	Determinar la magnitud de la problemática de IRA en la localidad, identificando grupos de mayor riesgo para programar intervenciones que puedan impactar la situación registrada	%	No. De personas con episodios de IRA en el semestre x 100/No. Total de personas	Tabla de frecuencia Gráfico de Barras	
Morbilidad	Proporción de prevalencia de EPOC	Detectar problemas de salud prevalentes en cada localidad priorizando grupos de mayor riesgo por edad y sexo para establecer acciones de intervención encaminadas a mantener hábitos de vida saludables con el fin de prevenir nuevos casos y evitar complicaciones en la población afectada.	%	No. De casos de EPOC detectados x 100/No. Total de personas	Tabla de Frecuencia Gráfico de Barras	
Morbilidad	Proporción de prevalencia de Hipertensión		%	No. De casos de Hipertensión detectados x 100/No. Total de personas	Tabla de Frecuencia Gráfico de Barras	
Morbilidad	Proporción de prevalencia de Diabetes		%	No. De casos de Diabetes detectados x 100/No. Total de personas	Tabla de Frecuencia Gráfico de Barras	
Morbilidad	Proporción de prevalencia de Dislipidemias		%	No. De casos de Dislipidemias detectados x 100/No. Total de personas	Tabla de Frecuencia Gráfico de Barras	
Morbilidad	Proporción de prevalencia de Cáncer		%	No. De casos de Cáncer detectados x 100/No. Total de personas	Tabla de Frecuencia Gráfico de Barras	
Remisión	Proporción de personas remitidas		Determinar la población con necesidades de atención priorizando por grupos de edad, sexo y servicios requeridos	%	No. Personas remitidas x 100/No. Total de personas	Tabla de Frecuencia Gráfico de Barras

Fuente: Dirección Local de Salud. Bello

• Desarrollo Humano

VARIABLE	NOMBRE DEL INDICADOR	PROPOSITO	UNIDAD DE MEDIDA	FORMULA	PRESENTACION
Necesidades - Satisfactores	Proporción De familias que reconocen los satisfactores	Identificar los satisfactores que para cada una de las necesidades axiológicas son reconocidos como válidos al interior de las familias, determinando a su vez, el o los grupos de necesidades que requieren fortalecerse	%	No. Total de familias que reconocen el satisfactor x 100/No. total de familias	Tabla de frecuencia Gráfico de Barras
Funcionalidad Familiar	Proporción de familias según el rango de funcionalidad familiar	Establecer la clasificación de las familias según rangos de funcionalidad familiar para identificar aquellas que requieren intervención	%	No. de familias clasificadas en cada rango x 100/ No. Total de familias	Tabla de frecuencia Gráfico de Barras

Fuente: Dirección Local de Salud. Bello

7.14.1. INDICADORES DE IMPACTO

INDICADOR DE IMPACTO	FORMULA
Tasa de embarazo en adolescentes	$(\text{Número de partos en mujeres de 11 a 19 años en el periodo de estudio} / \text{número de mujeres de 11 a 19 años, en el periodo de estudio}) * 100000$
Tasa de morbilidad por EDA y ERA	$(\text{Número de defunciones en menores de 5 años en el periodo de estudio, debido a EDA/población menor de 5 años a mitad del periodo}) * 1000 \text{ habitantes}$ $\text{Número de defunciones en menores de 5 años en el periodo de estudio, debido a ERA/población menor de 5 años a mitad del periodo, resultado multiplicado por 1000 habitantes}$
Captación de gestantes sin control prenatal vs ingresos institucionales y control prenatal	$(\text{Número de gestantes con control prenatal/gestantes intervenidas por la estrategia de APS re direccionadas a control}) * 100$
Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino (se debe medir a largo tiempo)	$\text{Número de defunciones en mujeres dado por CA de Cuello Uterino} / \text{Población de mujeres a mitad de periodo, resultado multiplicado por 100000 habitantes}$

INDICADOR DE IMPACTO	FORMULA
Índice de infestación	IV: (Nro. de casas positivas / Nro. casas inspeccionadas)*100 IR: (Nro. Recipientes positivos/Numero de Recipientes inspeccionados)*100 IB: (Nro. de Recipientes positivos/100 casas inspeccionadas)
% de Crisis Hipertensivas	(número de crisis hipertensivas) / (total de pacientes con hiper tensión)*100
Cambios estado nutricional por categoría en niños < 6 años	(Número de casos según la categoría de estado nutricional/ total de niños < 6 años en la población estudio)*100
Incremento en niños inmunizados(<6años) según tipo de vacuna	(Número de niños inmunizados según el tipo de vacuna/total de niños <6 años en la población estudio)*100

Fuente: Dirección Local de Salud. Bello

8. RESULTADOS

- Establecer APS-R como acuerdo municipal. 005 de abril de 2014
- Gracias a la estrategia hemos podido aumentar la inducción a la demanda de los servicios de P y P, además de captar población que no se encuentra asegurada al sistema de seguridad social y ayudar a su gestión.
- Generar el registro de documento de identidad personal.
- Se ha logrado dar apoyo psicosocial a 620 familias, que son identificadas por el promotor durante las visitas domiciliarias y que se han encontrado con algún grado de disfuncionalidad.
- Se ha brindado educación nutricional a 360 familias
- Actualmente se pasó de 1.000 familias intervenidas en el 2012 a 7.220 familias en el año 2014, aumentando las coberturas de acción de la estrategia APS en el municipio.
- Apoyo en la Implementación en la instalación del consultorio de la mujer.
- Articulación con las secretarías de: Infraestructura, Emprendimiento, Transporte, Educación, con el fin de ser el puente entre la comunidad y estas dependencias las cuales le aportan sus servicios a esta.
- Aceptación de la comunidad con la estrategia APS-R, se evidencia cada vez que nos abren las puertas de sus hogares permitiendo ser parte de la estrategia, al mismo tiempo por medio de llamadas vía telefónica consultando por la estrategia y solicitando ser parte de ella.
- Articulación con la ESE BelloSalud, ha permitido mayor respuesta en la efectividad de la inducción a los servicios que esta presta, mejoramiento en el trabajo extramural.
- Sensibilización a la comunidad sobre el autocuidado, se observa en las visitas de seguimiento el mejoramiento en las condiciones de la vivienda, personas que han disminuido el consumo del tabaco, familias que ya siembran las matas en tierra o gel para evitar Dengue, entre otros.

9. CONCLUSIONES

- El desarrollo de la estrategia APS tiene mayor impacto en las comunidades si es realizada de manera continua, sin dejar de lado aquellas poblaciones que ya fueron intervenidas, promoviendo y dejando instaladas en ellas la correcta educación del autocuidado.
- Cuando existe una articulación entre los entes competentes del sector municipal y la estrategia APS, se tiene mayor aceptación por la comunidad y por consiguiente, mayores y mejores resultados en su implementación.
- Los sistemas de información diseñados correctamente son parte fundamental para la gestión de la estrategia APS, dado que la oportunidad en la información es vital para la toma de decisiones idóneas y oportunas.

10. RECOMENDACIONES

- Es prioritario que la Administración Municipal se involucre más con la estrategia y la adopte como pilar fundamental para el desarrollo de las comunidades, dentro de sus planes de acción.
- Es importante la formación continuada del personal que trabaja directa o indirectamente en APS, con el fin de lograr mayor claridad conceptual sobre lo que es APS.
- Es necesario que se acompañen los procesos de manera adaptada y socialmente sensible.
- Es recomendable comunicar y aprovechar las experiencias positivas en APS en los diferentes territorios por medio de una mesa de trabajo nacional. • Es preciso fortalecer la APS en el área rural.
- Debe los sectores de salud pública y aseguradoras con el fin de darle cumplimiento al componente de acción intersectorial e intrasectorial.
- Es importante unificar el sistema de recolección y procesamiento de datos en un sistema de información nacional que pueda ser utilizado en tiempo real.

11. GLOSARIO

Acción Comunitaria para la Salud: La acción comunitaria para la salud se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud.

Alianza: Una alianza para la promoción de la salud es una colaboración entre dos o más partes que persiguen una serie de objetivos de promoción de la salud decididos conjuntamente.

Atención Primaria en Salud: El Modelo de APS en el Departamento de Antioquia, se concibe como un modelo de promoción de la salud en el entorno familiar que busca articular acciones de orden inter e intersectoriales en todo el municipio de tal forma que incidan en el bienestar y la calidad de vida de las Familias y en el desarrollo humano y social sostenible, incluyente y territorialmente equilibrado.

Calidad de Vida: La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Colaboración Intersectorial: Relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario.

Condiciones de Vida: Es el modo en que las personas desarrollan su existencia, enmarcadas por particularidades individuales, y por el contexto histórico, político, económico y social en el que les toca vivir.

Conducta de Riesgo: La conducta de riesgo se define como la búsqueda repetida del peligro, en la que la persona pone en juego su vida. Estas conductas, diferentes de las acciones peligrosas o arriesgadas realizadas cuando las circunstancias lo exigen, reflejan una atracción por el riesgo y, en especial, por las sensaciones fuertes relacionadas con el enfrentamiento con el peligro y la muerte.

Comunidad: Una comunidad es un grupo o conjunto de individuos, que comparten elementos en común, tales como un idioma, costumbres, valores, tareas, visión del mundo, edad, ubicación geográfica, estatus social, roles, que es compartida y elaborada entre sus integrantes y socializada. Generalmente, una comunidad se une bajo la necesidad o meta de un objetivo en común, como puede ser el bien común.

Detección Temprana: Es reconocer e intervenir oportunamente los principales riesgos en salud en las diferentes etapas de la vida, incluyendo el embarazo, y también detectar signos y síntomas tempranos de enfermedades prevalentes en la infancia.

Determinantes de la Salud: individual, que interactuando en diferentes niveles de organización determinan el estado de salud de la población.

Educación para la Salud: La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

Epidemiología: La epidemiología es el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud de determinadas poblaciones y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud.

Equidad en Salud: Equidad significa imparcialidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar.

Estado de Salud: Descripción y/o medida de la salud de un individuo o población en un momento concreto en el tiempo, según ciertas normas identificables, habitualmente con referencia a indicadores de salud.

Estilos de Vida (estilos de vida que conducen a la salud): El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

Factor de Riesgo: Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones.

Ganancia de Salud: La ganancia de salud es una forma de expresar las mejoras en los resultados de salud. Se puede utilizar para reflejar las ventajas de una forma de intervención sanitaria frente a otra para conseguir la máxima ganancia de salud.

Indicador de Salud: Característica de un individuo, población o entorno susceptible de medición (directa o indirectamente) y que puede utilizarse para describir uno o más aspectos de la salud de un individuo o población (calidad, cantidad y tiempo).

Inversión para la Salud: La inversión para la salud se refiere a aquellos recursos que se dedican explícitamente a la producción de salud y la ganancia de salud. Éstos pueden ser invertidos por organismos públicos y privados, y por los ciudadanos, a título individual y de grupo.

Prevención de la Enfermedad: La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Promoción de la Salud: La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

Protección Específica: Recomendaciones para el desarrollo de actividades de prevención de la enfermedad en poblaciones específicas y de atención en salud en situaciones especiales como el parto y el control de la fertilidad. Se incluyen los temas de: Guía para la vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones. .

Redes Sociales: Relaciones y vínculos sociales entre las personas que pueden facilitar el acceso o movilización del soporte social a favor de la salud.

Resultados de la promoción de la Salud: Los resultados de la promoción de la salud son cambios producidos en las características y habilidades personales, o en las normas y acciones sociales, en las prácticas organizativas y en las políticas públicas, atribuibles a las actividades de promoción de la salud.

Resultados de la Salud: Un cambio en el estado de salud de un individuo, grupo o población atribuible a una intervención o serie de intervenciones planificadas, independientemente de que la intervención tenga o no por objetivo modificar el estado de salud.

Salud: La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, según la definición presentada por la OMS en su constitución aprobada en 1948.

Salud Mental: La Salud mental “estado mental” es la manera como se reconoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.

Salud Pública: La salud pública es “la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y la promoción de la salud a través de los esfuerzos organizados y decisiones con conocimiento de la sociedad, las organizaciones, públicas y privadas, comunidades e individuos.

CAPÍTULO 3

SISTEMATIZACIÓN

1. PRESENTACIÓN

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

Para el caso de la estrategia APS en el Municipio de Bello se ha encontrado a lo largo de la sistematización una pretensión central y es pasar de un abordaje en los temas de salud asistencial, a un abordaje integral, lo cual implica unas transformaciones en la manera en cómo se aborda la estrategia en el municipio donde el enfoque diferencial y el riesgo, son factores claves en esta transversalización, para ello los temas de educación en salud, las brigadas y otros acciones centrales son necesarias para lograr los objetivos que se buscan.

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

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

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

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

2. METODOLOGÍA: SOBRE LA DOCUMENTACIÓN Y LA SISTEMATIZACIÓN

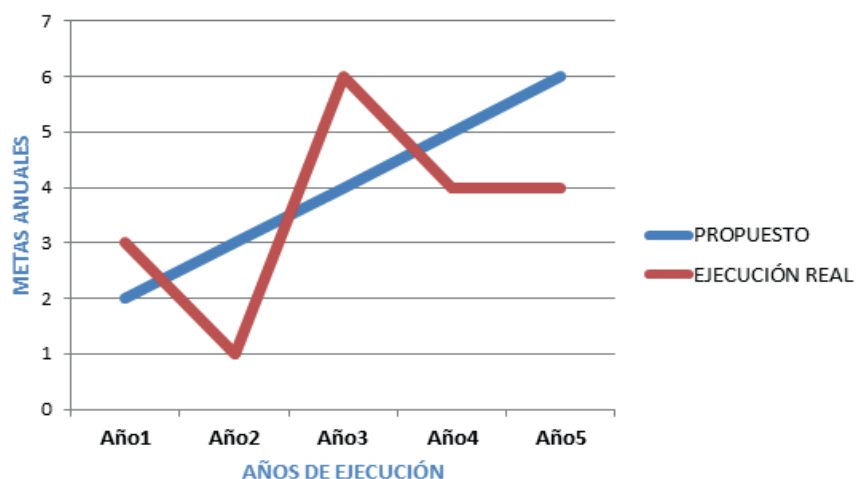
El desarrollo de una estrategia normalmente tiene dos miradas: la que se realiza a partir de los ideales del desarrollo de la estrategia, (la cual normalmente viene dada por las orientaciones de los actores e instituciones proponentes), y la otra mirada, desde los actores que la ejecutan, llevan a cabo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

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

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

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

Grafico 1: Visiones de Desarrollo de la Estrategia



Fuente: Elaboración Propia

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

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

Desde miradas más recientes, hemos de entender la sistematización como:

Una modalidad de conocimiento de carácter colectivo sobre unas prácticas de intervención y acción social, que a partir del reconocimiento e interpretación crítica de los sentidos y lógicas que la constituyen, busca cualificarla y contribuir a la teorización del campo temático en el que se inscribe” (Torres, 1998 pág. 3).

En el marco de lo anterior, nos enfocaremos en la sistematización de la práctica social o más conocida en la metodología de la investigación como: la sistematización social de experiencias, en tanto la metodología facilita el proceso de construcción de conocimiento y dado su enfoque participativo, lo

construye de manera colectiva con los actores involucrados en el proceso.

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

- **Modelo propuesto:**

Precisión conceptual, con el objetivo de hallar elementos transversales en el análisis

- **Modelo en escena:**

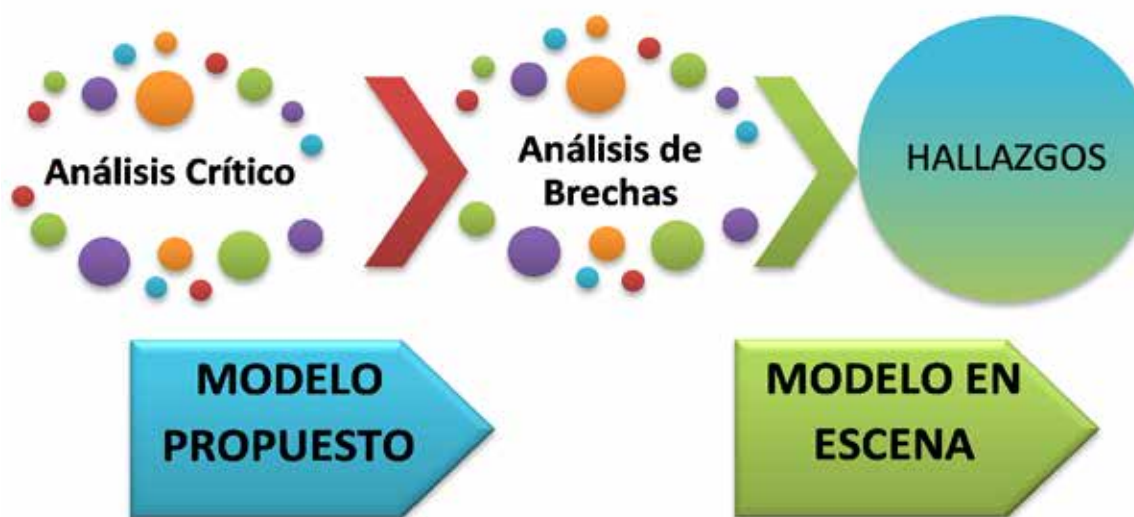
- *Análisis crítico* que permite contrastar la conceptualización con el contexto del programa
- *Análisis de brechas* desde lo conceptualizado o los propósitos del programa con los componentes y la ejecución dada en el proceso.

- **Modelo a proponer:**

Modelación a partir de las conveniencias, contingencias, aciertos, hallazgos, y aprendizajes de los dos modelos anteriores.

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

Figura 1: Modelo De Sistematización



Fuente: Elaboración Propia

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

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

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

Desde un enfoque investigativo, el IRC, define la documentación como:

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

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

En el cuadro a continuación, se presentan las principales diferencias entre un ejercicio de documentación y sistematización:

Cuadro 1: Diferencias entre Sistematización y Documentación

DOCUMENTACIÓN	SISTEMATIZACIÓN	DIFERENCIAS
La documentación da cuenta fiel del desarrollo de la experiencia	La documentación apoya la interpretación del desarrollo de la experiencia	La interpretación de la experiencia
Da cuenta del modelo en escena	Da cuenta del modelo propuesto, en escena y modelo a proponer	Incluye un ámbito más amplio de lo analizado
Los datos estadísticos son importantes	Los datos estadísticos son fundamentales	Los datos estadísticos
La visión de los diferentes actores es opcional, puede dar cuenta solo de una mirada institucional	La visión de los diferentes actores es necesaria para dar cuenta de las diferentes miradas	El papel de los actores
Describe lo ejecutado, da cuenta de una parte del ciclo	Implica un proceso de retroalimentación entre lo planeado y lo ejecutado del ciclo de la experiencia	La retroalimentación del ciclo
Es un apoyo a la gestión colectiva del conocimiento	Se convierte en una herramienta de gestión colectiva de conocimiento	Gestión colectiva del conocimiento

Fuente: Elaboración Propia

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

3. OBJETIVOS

3.1. General:

Comprender la estrategia de la Atención Primaria en Salud Renovada (APSR) en el municipio de Bello, a partir de la experiencia de los actores, poniendo en contraste el modelo propuesto y ejecutado, para brindar orientaciones que sirvan de insumo en la construcción de acciones para su fortalecimiento, en el Área Metropolitana.

3.2. Específicos:

- Identificar los elementos de ejecución de la APSR del municipio de Bello, mediante un proceso de documentación de los procesos y estructuras de intervención
- Reconocer los aspectos centrales de la experiencia de los actores participantes de la ejecución de la APSR en cada municipio.
- Identificar los elementos que acercan y alejan el desarrollo de la APS en el municipios de Bello, respecto a lo propuesto en la normatividad Internacional y Nacional.

4. MODELO PROPUESTO - ANALISIS CRÍTICO DE LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA

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

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

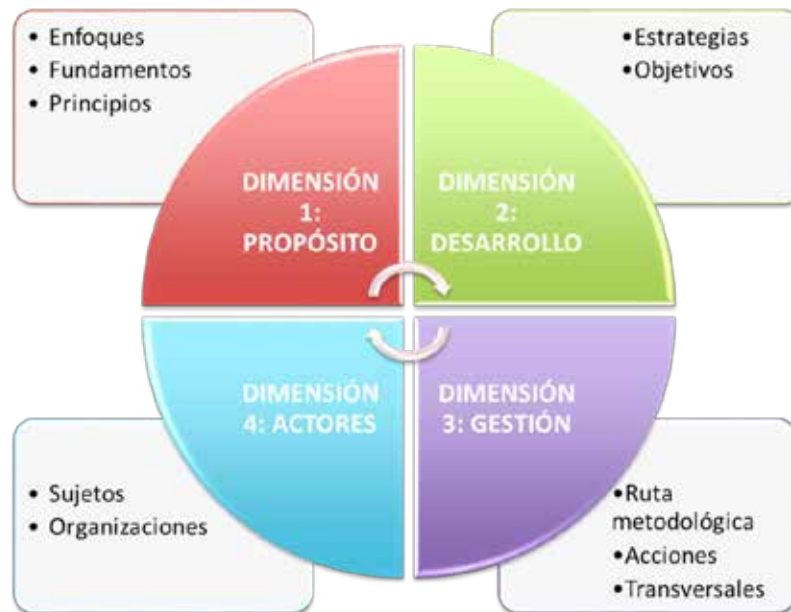
Comprender la APS como una parte, ha llevado a que la estrategia sea abordada desde cuatro dimensiones conceptuales, las cuales permitirán disgregarla (sin perder el fin de la misma), por lo cual, tienen un fin teórico y un fin práctico. Estas cuatro dimensiones, como se ilustra en la figura siguiente,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

- Dimensión de Propósito
- Dimensión de Desarrollo
- Dimensión de Gestión
- Dimensión de Actores

Estas dimensiones y sus respectivas categorías parten de los referentes internacionales, nacionales y locales para la creación y desarrollo de la estrategia APS definidos por:

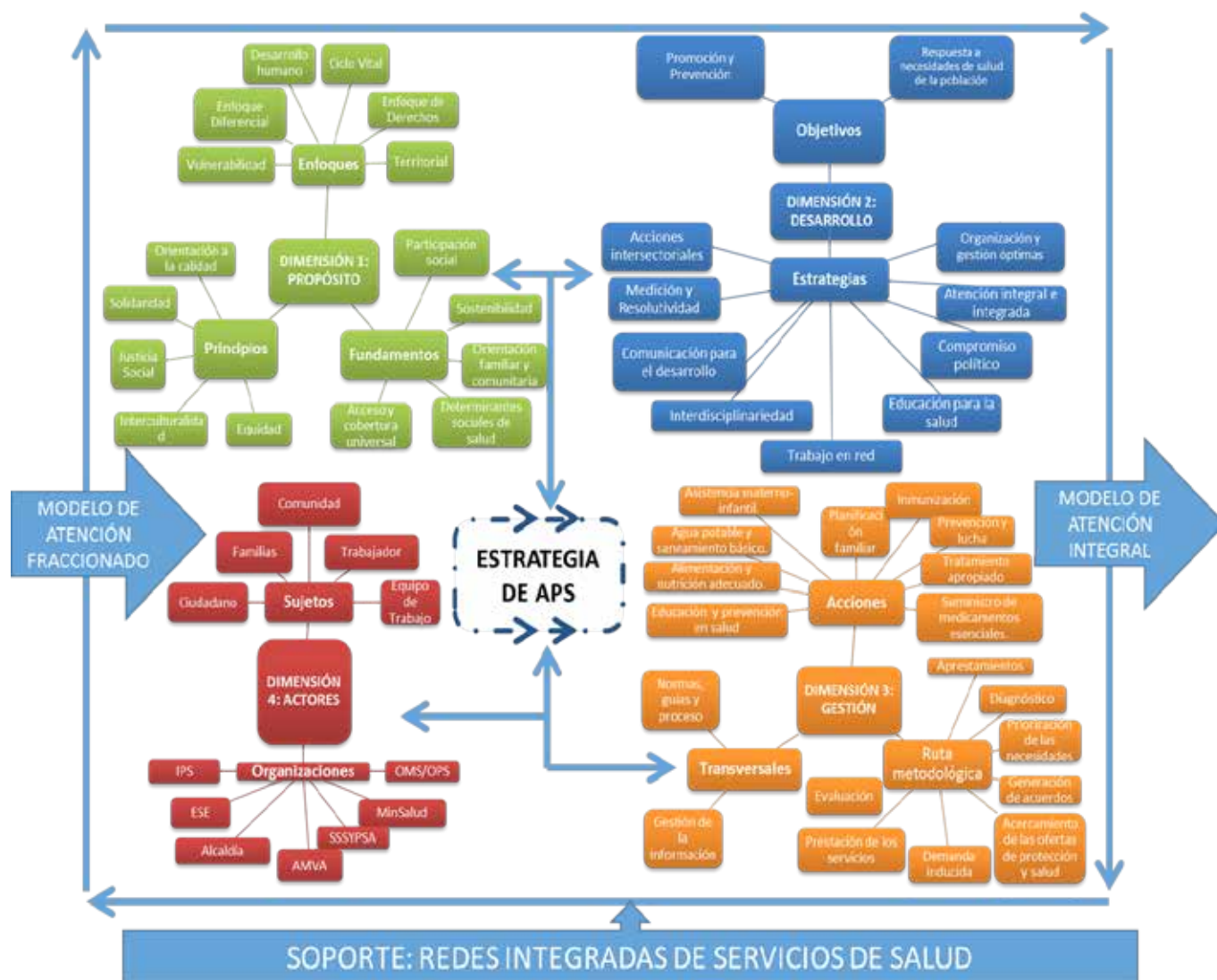
La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS); los cuales reorientaron la estrategia establecida APS hacia la APSR. En cuanto a los referentes nacionales, se tuvo en cuenta lo estipulado en la Ley 100 de 1993, al igual que el Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y la Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Finalmente, a nivel local, se tuvo en cuenta los lineamientos de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSPSA).

Figura 2: Estrategia de Atención Primaria En Salud- APS



Fuente: Elaboración propia

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



Fuente: Elaboración propia

IPS: Institución prestadora de Salud.

ESE: Empresa Social del Estado.

AMVA: Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

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

Minsalud: Ministerio de Salud y Protección Social.

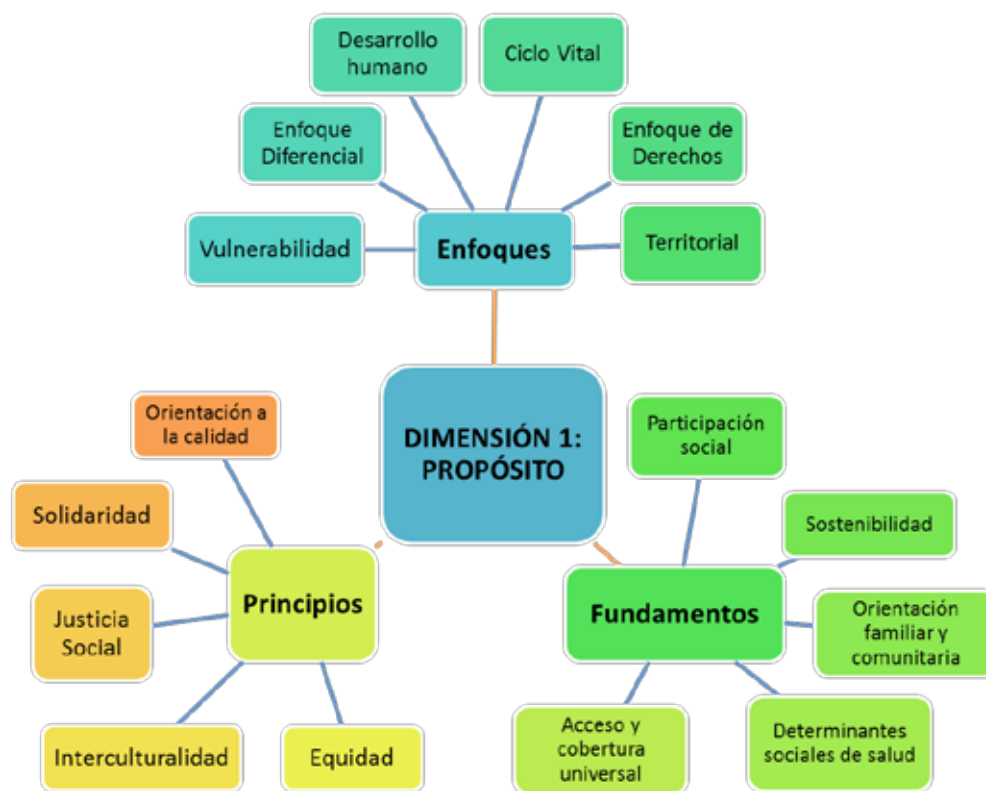
OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

4.1. DIMENSIÓN 1: PROPÓSITO

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

Figura 4: Dimensión 1: Propósito



Fuente: Elaboración propia

4.1.1. Enfoques

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

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

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

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

No obstante, en la aplicación de la estrategia APS, también se tienen en cuenta otros dos elementos fundamentales, como son: el Ciclo Vital y el Enfoque Territorial.

El Ciclo Vital, permite atender a la población según el momento de vida en el cual se encuentre, dado que las necesidades de atención en salud para un niño, son diferentes a las de un adulto o un adulto mayor; por ello es importante tener en cuenta estas diferencias, al momento de atender los determinantes de salud de la población acorde a su ciclo.

Enfoque Territorial, convierte al territorio en un ente vivo, producto de las interacciones sociales, económicas, políticas y culturales; donde el desarrollo parte de un proceso endógeno, cuyos ejes centrales son la movilización del potencial de desarrollo del territorio y la capacidad de la comunidad de liderar los procesos; el fortalecimiento del capital social (organizaciones de base), es fundamental para el logro de los objetivos que se traza la estrategia APS

4.1.2. Fundamentos

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

La orientación familiar y comunitaria, como lo menciona la OPS:

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

El Acceso y la Cobertura Universal, involucran a la totalidad de los pobladores del municipio; implica facilitar la provisión de servicios de salud, cuando las necesidades de la población así lo requieran, sin importar sus condiciones de ciclo vital, estrato socioeconómico, lugar de residencia (urbano-rural), entre otros. Para lo cual, es fundamental abordar cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud, donde ellos no sólo obedecen, únicamente, a aspectos relacionados con la salud, sino que también:

Son las circunstancias (y entornos) en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.” (OMS, 1978).

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

4.1.3. Principios

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

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

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

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

4.2. DIMENSIÓN 2: DESARROLLO

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

Según Tejada:

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

Figura 5: Dimensión 2: Desarrollo



Fuente: Elaboración propia

En esta dimensión, se establecen dos categorías centrales: objetivos, y estrategias/programas; las cuales contienen once (11) subcategorías, generando las pautas para la toma de decisiones centrales del proceso organizativo de la estrategia APS desarrollada en el territorio. A continuación, se hará referencia a cada una de estas categorías y las subcategorías que la componen.

4.2.1. Objetivos

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

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

4.2.2. Estrategias/Programas

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

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

Lo anterior exige del sistema una coordinación entre los actores que llevan a cabo la estrategia: (públicos, privados y comunitarios).

La atención integrada requiere el desarrollo de redes de servicios y de proveedores, sistemas de información y gestión apropiado, incentivo, políticas y procedimientos, así como la capacitación de los proveedores de salud, personal de apoyo y de los administradores (OMS/OPS, 2007:26).

La estrategia APS requiere también de prácticas de Organización y Gestión Óptimas, que permitan la innovación para mejorar constantemente la provisión de atención de forma que sea segura, cumpla las normas de calidad, ofrezca lugares de trabajo satisfactorios para los trabajadores de la salud y dé respuesta a las necesidades de los ciudadanos. Las buenas prácticas de gestión incluyen entre otras: la planificación estratégica, la investigación operativa y la evaluación del desempeño. (OPS, 2007).

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

La estrategia requiere de Acciones Intersectoriales, entendidas como las acciones emprendidas para abordar los principales determinantes de la salud:

Creando sinergias entre el sector de la salud y otros sectores y actores, como las escuelas, los lugares de trabajo, los programas de desarrollo económico y urbano, la mercadotecnia y el desarrollo agrarios, y la provisión de agua y saneamiento, entre otros. (OPS/OMS, 2007:28).

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

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

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

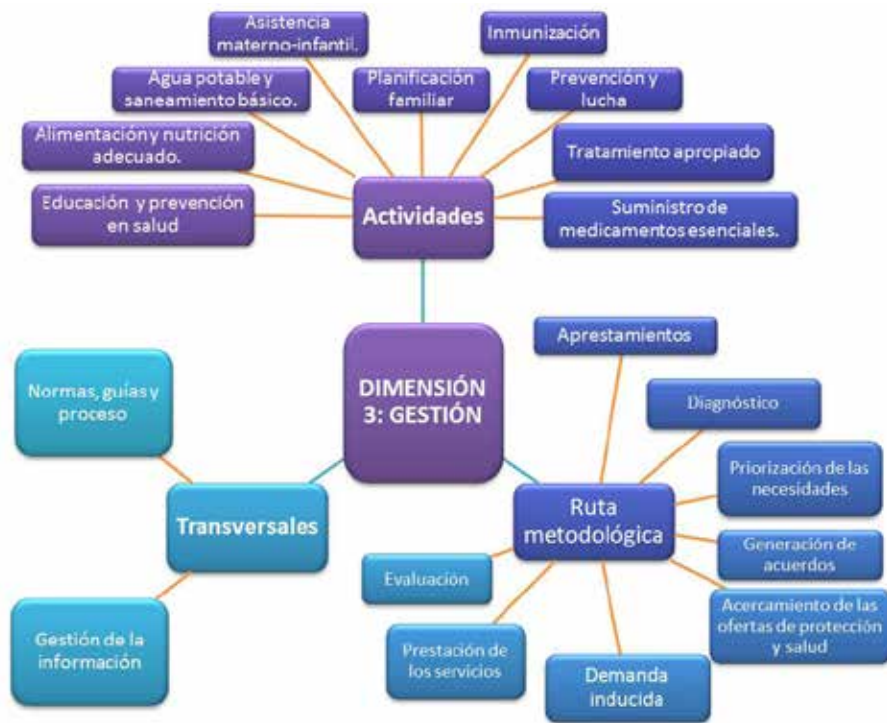
La Medición y Resolutividad de la estrategia APS, son fundamentales como mecanismo de planeación de la estrategia, pues va más allá de las cifras y datos de personal atendido, dando cuenta de lo efectiva y eficaz que es la aplicación de la estrategia en el territorio.

4.3. DIMENSIÓN 3: GESTIÓN

La dimensión de gestión, se refiere a la aplicación de la estrategia en el territorio; es decir, se opera lo planificado para lo que se define la ruta metodológica, las acciones y los componentes o elementos transversales. Además de la ejecución de la estrategia, este proceso implica una revisión consciente y continua de la puesta en marcha de ésta, verificando el cumplimiento de los objetivos planteados.

Es importante tener en cuenta que si bien esta dimensión plantea el paso a paso a seguir, existen en la ejecución de la estrategia, problemáticas y circunstancias coyunturales que requieren ajustes; dado que se pueden dar en la ruta metodológica o en las acciones, que pueden convertirse en cambios circunstanciales o permanentes en la aplicación de la estrategia, por parte de los encargados de llevarla a cabo, sean del orden directivo u operativo.

Figura 6: Dimensión 3: Gestión



Fuente: Elaboración propia

4.3.1. Ruta Metodológica

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.2. Acciones

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

- **Educación y Prevención en Salud:** consiste en dar al individuo y las comunidades, las capacidades necesarias para su autocuidado.
- **Alimentación y Nutrición Adecuada:** permiten al individuo, el desarrollo apropiado de sus actividades físicas y mentales diarias, para un adecuado estado de salud, así como una alimentación y nutrición correcta, que redunde en la disminución de los factores de riesgo en salud.
- **Agua Potable y Saneamiento Básico:** es uno de los factores clave para la prevención y protección de la salud, en razón que evita la aparición de enfermedades endémicas, como: la diarrea y el paludismo, procurando la conservación de la salud pública en el territorio.
- **Asistencia Materno-Infantil:** como expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aún constituye un grave tema de salud pública; la cual a través de intervenciones apropiadas y eficaces, en torno a una maternidad sin riesgo y nacimientos seguros, puede no sólo reducir la mortalidad y morbilidad, sino que se contribuye en la mejor condición de salud, calidad de vida y equidad.
- **Planificación Familiar:** entendida esta como el proceso de planeación de la familia, que permite a todos los miembros, tener las condiciones sociales, psicológicas y económicas, para asumir una paternidad y maternidad responsable.
- **Inmunización de las Principales Enfermedades Infecciosas:** la aplicación del 100% de la población en el esquema de vacunación, permite no sólo resguardar la salud del individuo de aquellas enfermedades prevenibles, sino también, la conservación de la salud pública a nivel familiar y comunitario.
- **Prevención y Lucha:** Enfermedades Endémicas Locales: las enfermedades endémicas, son aquellas enfermedades infecciosas que afectan, de forma permanente o en determinados períodos, una región, y que persiste durante un tiempo determinado, afectando un número importante de personas.
- **Tratamiento Adecuado:** el proporcionar un tratamiento adecuado, no sólo garantiza la mejora a las necesidades de salud del individuo y la comunidad; sino además, la óptima utilización de los recursos del sistema de salud. Este debe ser enfocado al cuidado de la enfermedad, pero muy especialmente, a la realización de otras acciones de promoción y prevención en salud, realizando intervenciones acorde a las necesidades de la población.
- **Suministro de Medicamentos Esenciales:** se refiere a la entrega efectiva de los medicamentos, en el momento oportuno, para el tratamiento de la enfermedad; así como, a que sean de calidad y adecuados para ello.

4.3.3. Transversales

Los transversales son aquellos elementos del modelo que sirven de apoyo a la gestión de la estrategia, la presencia de estos ayuda a que la realización de la misma, se dé acorde a las necesidades de los entornos y la población; así mismo, a que la ejecución de la estrategia, sea más eficiente y efectiva.

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

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

4.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES

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

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

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

Figura 7: Dimensión 4: Actores



Fuente: Elaboración propia

IPS: Institución prestadora de Salud.

ESE: Empresa Social del Estado.

AMVA: Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

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

Minsalud: Ministerio de Salud y Protección Social.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

4.4.1. Sujetos

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

- **Ciudadano:** todas las personas sujetas a derecho, pero también a deberes; partícipes activos de la apuesta de la estrategia, y quienes deben ejercer mayor control sobre su propia salud, siendo esenciales para abordar la raíz de los determinantes sociales de la salud.
- **Familia:** como núcleo central de la sociedad, es esencial para la identificación de los riesgos y la planificación y la intervención del sistema, dado que ellos tienen la capacidad de transmitir los conocimientos y realizar las acciones concretas para transformar sus estilos de vida, en pro de mejores niveles de salud.
- **Comunidad:** es la llamada a convertirse en socia activa en la determinación de prioridades, la gestión, la evaluación y la regulación del sector de la salud.
- **Trabajador:** aquella persona que realiza cualquier actividad económica, sea en las áreas formales o informales de la economía, para de esta forma, derivar su sustento y el de su familia.

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

4.4.2. Organizaciones

Para definir las organizaciones representativas del proceso de APS, se indagó por aquellas que generaban influencia en las orientaciones del Modelo, tanto en el nivel Internacional, Nacional, Departamental y Subregional; de esta manera, se encontró que alguna de ellas daban orientaciones de propósito, otras de orden metodológico y finalmente, otras en términos de acciones operativas, metas e indicadores.

Inicialmente, se debe nombrar en el orden internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS), entidad de orden internacional adscrita a la Organización de Naciones Unidas (ONU); organización que nació en el año de 1948 y se responsabiliza de: *“El Liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política, basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales”*

Es la OMS la que en el año de 1978 hace la declaración de la APS en Alma-Ata; busca promover la Salud Pública y declarar la salud, como un objetivo social sumamente importante; declaración que al día de hoy, sigue teniendo vigencia en términos de que 35 años después, de haber sucedido la declaración, muchos de los propósitos siguen sin cumplirse, aunque han habido avances parciales en algunos temas.

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

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

Uno de los aportes más significativos que ha tenido la OPS con la estrategia de APS, es su postura clara, frente a la necesidad de renovar la estrategia de APS en el Mundo; en general, por los nuevos desafíos y cambios que ha tenido el mundo desde la declaración de 1978 a estos días, sobresale de esta manera, la Declaración Regional-en Montevideo- sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud del año 2005.

En Colombia, la autoridad Nacional en los temas de Salud, es el Ministerio de Salud y Protección Social, con funciones específicas en los temas de Política Pública en materia de Salud, Salud Pública, y Promoción Social en Salud, bajo el Decreto 4107 de 2011. Esta entidad que ha sufrido varias transformaciones en los últimos años, debido a la unión del Ministerio del Trabajo y luego, separación del mismo, es hoy quien se responsabiliza de todos los temas de Salud Pública de interés nacional.

En relación a APS en Colombia, la normatividad vigente ha venido configurando una serie de disposiciones que ha llevado a un terreno propicio para el desarrollo de esta estrategia; sin embargo, podemos nombrar como una de las más significativas, la ley 1438 de 2011; por medio de la cual, se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, donde se destaca el título 2 de esta ley en los temas relacionados con Salud Pública, Promoción y Prevención y APS.

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

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

En el Nivel Departamental, se tiene como un actor central: la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSPSA); entidad adscrita a la Gobernación de Antioquia, creada en el 2008 por el Decreto Departamental 2575; entidad que se encarga de definir las metas e indicadores departamentales en los asuntos relacionados con la Salud de los antioqueños, esta entidad en la actualidad y como orientación del Plan de Desarrollo: "Antioquia la Más Educada" 2012 – 2015; tiene dentro de la línea Estratégica 4: Inclusión Social, cinco (5) componentes; en donde el primero se denomina Condiciones Básicas de Bienestar, el cual refiere a la salud como uno de los elementos más importantes en el desarrollo de la población, de esta manera, este componente desarrolla tres programas, siendo el primero: "Antioquia Sana", programa que tiene como marco de referencia todo lo relacionado con la APSR.

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

Por su parte, la ESE: *“constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las Asambleas Departamentales o Concejos Municipales” (Decreto 1876 de 1994).*

En la ESE, los equipos de promotores responsables del acompañamiento familiar, son los ejecutores de la estrategia en términos del manejo de la información, desarrollo de las actividades y seguimiento de las mismas.

5. ANALISIS DEL MUNICIPIO

En el municipio de Bello, ubicado en el norte del Área Metropolitana, en límites con el municipio de Medellín, la Atención Primaria en Salud (APS) viene desarrollándose desde el año 2005, donde se registran las primeras acciones con la población en un proceso con participación del SENA, denominado Viviendas Saludables, siguiendo los lineamientos establecidos por la Organización Panamericana de Salud. A partir de allí, se han venido cualificando las acciones y ampliando la cobertura de atención, consolidando un modelo de implementación que hoy es la carta de navegación de la municipalidad en esta materia, identificado a partir de cuatro dimensiones: Propósito, Desarrollo, Acciones y Sujetos.

5.1. DESCRIPCIÓN MODELO EN ESCENA DEL MUNICIPIO DE BELLO



Fuente: Elaboración Propia

5.1.1. Dimensión de Propósito

La Atención Primaria en Salud (APS) en el municipio de Bello, es concebida como una estrategia que permite hacer un acercamiento de la salud a los grupos familiares, tanto en el ámbito de la atención como en el conocimiento de los derechos y deberes que tienen las personas con su propia salud y con la de los demás.

La estrategia APS es ejecutada por la ESE Bellosalud de manera articulada con la Secretaría de Salud, además de otras organizaciones públicas y privadas del municipio, con el propósito de alcanzar un abordaje integral de la población más vulnerable del municipio, superando el asistencial de salud que no había mostrado transformaciones significativas en los indicadores de salud.

Figura 9: Dimensión 1 - Propósito



Fuente: Elaboración propia

5.1.1.1. Enfoques

En el trabajo por lograr esta transformación, en la primera dimensión del modelo, denominada “Propósito” que contiene los enfoques, principios y fundamentos; se encuentra que en el municipio de Bello se orienta la estrategia a partir de dos enfoques: el Diferencial y el de Riesgos. El primero de estos procura la orientación de la estrategia a partir del reconocimiento de las condiciones particulares de las familias, desde donde son atendidas priorizando a la población de niños, adultos mayores y madres gestantes, pero manteniendo una cobertura a todos los integrantes de la familia y la comunidad.

Desde el enfoque de riesgos, se reconoce que la salud está condicionada por una serie de factores del entorno, entre los cuales se encuentran determinantes sociales, físicos y económicos enmarcados en la comunidad, la familia y la persona. El reconocimiento de las causas de la enfermedad es uno de los insumos básicos de la estrategia APS en el Municipio de Bello, de donde se derivan las estrategias que se consideran más importantes para mejorar las condiciones de vida generales de la población.

A partir de estos enfoques, se entiende que hay una corresponsabilidad entre la familia y las organizaciones públicas que intervienen los factores determinantes de la salud, por lo que se procura el empoderamiento de sus miembros y de la comunidad en general, a través del reconocimiento de las condiciones de riesgo de su entorno y el compromiso con la transformación de las prácticas desfavorables a la salud, lo que conlleva a la auto-atención de las condiciones básicas mínimas que previenen la enfermedad.

5.1.1.2. Principios Generales

Correspondientemente, los principios generales que dan cuerpo a estos enfoques de la estrategia APS son: la universalidad, desde donde se comprende que la atención a la población en materia de acercamiento de la salud debe darse para toda la población sin distinción de ningún tipo, reconociendo que hay poblaciones que requieren de mayor prioridad que otras, y siendo este a su vez el principio que puede presentar mayor dificultad en su cumplimiento, en razón de los recursos disponibles y los marcos normativos que limitan algunas acciones e intervenciones en el territorio.

La corresponsabilidad, como garante del mejoramiento de las condiciones de salud, en razón que lograr y mantener una buena salud no es producto solamente de los mecanismos de atención del Estado, sino que cada individuo es responsable de mantener unos hábitos que le permitan evitar la enfermedad, así como la de sus semejantes, por lo que conocer los derechos está ligado a conocer los deberes y ponerlos en práctica en todas las situaciones que lo ameriten, además de reconocer los aspectos de riesgo que pueden atenderse con los recursos básicos que se dispongan.

Oportunidad, como un principio de actuación que entiende que la salud es un ámbito de la vida que debe ser atendida desde todos los ámbitos, y donde la posibilidad de acceder a los servicios institucionales es primordial, pero debe ser complementada con el conocimiento de procedimiento básicos de atención y mejoramiento de las condiciones que son de riesgo.

Igualdad y Equidad, para garantizar un proceso que reconoce en las personas sujetos de derechos que tienen necesidades de salud que deben ser atendidas en condiciones dignas.

Eficacia y eficiencia, para el desarrollo de la estrategia APS se parte que los recursos son limitados y deben lograr el mejor resultado posible con calidad en la cobertura, por tanto deben ponerse en marcha estrategias que se guíen por estos principios, para garantizar un acompañamiento y atención de las familias con los mejores resultados posibles.

5.1.1.3. Fundamentos

Como fundamentos de la estrategia APS, se tienen: la disposición política, el plan territorial de salud, el acuerdo municipal que establece la APS como política municipal, los determinantes sociales de la salud, la cultura del autocuidado y los derechos de salud. La disposición política ha sido un fundamento esencial para lograr la puesta en marcha y continuidad del proceso desde sus primeros ejercicios hasta la actualidad, casi diez años después, lo que ha generado credibilidad de la estrategia en las comunidades como dispositivo central para la construcción de confianza entre la Administración y las familias.

Plan territorial de salud basado en APS y acuerdo municipal sobre APS, han permitido posicionar la APS en la agenda pública de salud del municipio de Bello, dándole institucionalidad a la voluntad política que se ha tenido para dar cumplimiento a las disposiciones internacionales y nacionales en la materia. **Los determinantes sociales de salud** permiten comprender que la salud no está reducida a la atención de la enfermedad a través de los sistemas institucionales, sino que las condiciones de vida de las comunidades, las familias y las personas, sus prácticas cotidianas y sus recursos inmediatos son aspectos que pueden ser intervenidos para conducir acciones favorables a la prevención de situaciones de riesgo o su mitigación, así como la atención de situaciones de enfermedad con recursos básicos disponibles en el entorno inmediato, orientando una **cultura del autocuidado** en los individuos y de estos hacia su entorno familiar y comunitario, en donde lo físico-biológico es determinante, relacionado en proporción directa con lo social y cultural; por lo que es necesario que además se conozcan los derechos en salud, para procurar acciones de gestión promovidas desde los individuos mismos, redundando en el fortalecimiento del sistema de atención en salud y fortaleciendo la participación de las comunidades en su propósito.

5.1.2. Dimensión de Desarrollo

Para la puesta en marcha de la estrategia APS en el municipio de Bello, se reconocen objetivos y estrategias que dan la orientación de su alcance en el territorio y permiten reconocer los resultados esperados para la municipalidad con su implementación en el corto y el largo plazo; además se convierten en los factores de decisión de los aspectos operativos para su implementación.

Los objetivos de la estrategia APS en el municipio de Bello son cinco: Disminuir los factores de riesgo, brindar acceso a los servicios de salud, la promoción de salud y la prevención de la enfermedad, la articulación de servicios y la educación en materia de salud y derechos de salud.

Figura 10: Dimensión 2 – Desarrollo



Fuente: Elaboración propia

5.1.2.1. Objetivos

En primer lugar, la disminución de factores de riesgo es un propósito central, dado que parte del hecho que la salud no se trata solo de la atención de la enfermedad, sino que está condicionada por factores físicos, sociales y culturales que ponen en riesgo de enfermedad a los individuos y sus familias, teniendo factores biológicos como es la exposición a múltiples virus y bacterias; y factores sociales y culturales que evidencian comportamientos que pueden conducir a la enfermedad, y que a su vez facilitan la transmisión de enfermedades y la ocurrencia de accidentes. Por tanto, el reconocimiento de las causas de la enfermedad es un punto de partida fundamental para trazar las acciones estratégicas que permitan impactar estas desde diferentes ámbitos, derivando en la mitigación de todas las condiciones identificadas que vulneran y ponen en riesgo a la población.

En articulación con este objetivo, se tiene un segundo, orientado a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, donde se procura la generación de acciones que van más allá de la atención de situaciones de enfermedad, teniendo una prevención primaria para personas no enfermas y secundaria para personas que ya se encuentran enfermas, y que siguiendo un protocolo pueden lograr mejores resultados en sus tratamientos. Este objetivo busca que la estrategia APS, posibilite generar condiciones de salud en las comunidades, las familias y las personas que sean promovidas especialmente por ellas mismas; para lo cual se complementa con un tercer objetivo de educación en salud y en derechos de salud, partiendo del hecho que se debe entregar y buscar que apropie la

información, como un pilar para la transformación de comportamientos que vulneran las personas, en razón que el desconocimiento es generador en muchas ocasiones por omisiones o acciones equivocadas.

Finalmente se busca que en la estrategia APS procure la articulación de servicios, entendiendo que la salud no es cuestión solo de las entidades directamente responsables y encargadas de garantizar el cumplimiento de los derechos de salud, sino que por ser muchos los factores determinantes de la salud, así mismo, es la intervención desde diferentes sectores, lo que podrá asegurar un mayor impacto en la transformación de prácticas asociadas a la condición de vida y por tanto de salud de las personas, sus familias y las comunidades del territorio.

5.1.2.2. Estrategias

Para lograr con éxito estos objetivos, se vienen implementando siete estrategias en la ejecución de APS. Educación para la salud, como pilar fundamental para garantizar los principios de la APS en el municipio, esta estrategia se traza como un camino eficiente para dar a conocer a las comunidades, las familias y los individuos, la información asociada a las condiciones de salud y las prácticas para su promoción y mantenimiento en las mejores condiciones posibles, evitando favorecer todas las situaciones que pongan en riesgo de enfermedad a uno o más integrantes de la familia, y conduciendo a su empoderamiento para garantizar mayor autocuidado en las personas.

Servicios de salud prioritarios, define una intervención y acompañamiento a las comunidades, entendiendo que hay condiciones de mayor prioridad que deben ser cobijados para garantizar el bienestar de las familias y sus integrantes, en donde la identificación de condiciones de mayor riesgo son intervenidas para evitar que el individuo enferme o si ya está enfermo, que pueda tener un proceso de recuperación más exitoso y efectivo. Esta estrategia es acompañada de las acciones intersectoriales, que se trazan como un camino para la atención de diferentes situaciones que están relacionadas con la salud, pero que no dependen solamente de los organismos directamente responsables de ésta, dado que los determinantes sociales de la salud son multidimensionales, obligando a pensar en la APS como un proceso que involucra diferentes sectores para lograr un mayor impacto en la transformación de las condiciones básicas del entorno, inmediato para prevenir la enfermedad y garantizar prácticas de salud óptimas.

Así mismo la resolutivez es una estrategia central que se procura en armonía con las anteriores estrategias, dado que para el municipio de Bello la APS no se queda solo en un nivel preventivo, sino que debe lograr ir más allá en la atención, mediante la gestión de trámites de salud por intermedio de las promotoras, quienes de acuerdo a la situación presentada, buscan establecer la ruta de atención para lograr la intervención y el tratamiento en las mejores condiciones posibles, a lo cual se hace un seguimiento para garantizar que dicho tratamiento sea efectivo desde el comportamiento del paciente. Y aunque se han logrado avances significativos, también es un aspecto en el que se registran diferentes dificultades, dado que no todos los actores centrales de la salud, como son IPS y EPS tienen disposición para integrarse a la estrategia APS.

La atención integral es una quinta estrategia dirigida a realizar un abordaje individual, manteniendo unas garantías colectivas que supera la atención asistencial desarticulada, haciendo consiente al

individuo que la salud no es solo un aspecto biológico, sino que depende de una serie de determinantes sociales que deben ser intervenidos simultáneamente en el entorno de la comunidad, la familia y del individuo mismo, donde sus prácticas sociales e individuales favorecen o desfavorecen una mejor condición de salud que pueda sostenerse en el tiempo.

Como una estrategia focalizada se ha orientado la Intervención de pacientes crónicos en el municipio de Bello, adhiriendo a las orientaciones dadas por la Red Metropolitana de Salud (REMES), siendo un aspecto misional orientado para el AMVA, conducente a lograr transformaciones en aspectos centrales de los indicadores de salud, dado que se focalizan los esfuerzos en un factor, evitando acciones marginales o muy dispersas en el desarrollo de la APS, permitiendo ver una movilización de indicadores a nivel metropolitano, y no solo municipal.

Finalmente se tiene para el municipio una estrategia de participación comunitaria, como una forma en la cual la salud se eleva del individuo y la familia, a un nivel comunitario, comprometiéndolos a los vecinos con el desarrollo de prácticas saludables, haciéndolos consientes que la salud no es solo un asunto individual, sino que cada persona es responsable de su salud y de las demás; de donde sea posible que la misma comunidad identifique y demande las acciones necesarias para mejorar las condiciones de salud de su entorno. Es importante registrar que siendo esta una estrategia central, es aún un camino que debe fortalecerse significativamente en el municipio y de manera continuada en el tiempo, que procure ir pasando progresivamente de una mentalidad individual a una colectiva.

5.1.3. Dimensión de Gestión

Para la puesta en marcha del modelo de ejecución de la estrategia APS en el municipio de Bello, en el marco de esta dimensión denominada "Gestión", se identifican tres aspectos estructurantes: ruta metodológica, acciones y transversales, los cuales se dan de manera articulada en el territorio y constituyen los factores visibles por las comunidades y las instituciones.

Figura 10: Dimensión 2 – Desarrollo



Fuente: Elaboración propia

5.1.3.1. Ruta Metodológica

En primer lugar se encuentra la ruta metodológica, la cual identifica el paso a paso para la ejecución de la estrategia APS. Para el municipio de Bello se parte de una acción de identificación de los usuarios, la cual se da principalmente de dos formas: por un lado se parte de las bases de datos disponibles en la Secretaría de Salud, en donde se identifican las familias que deben ser intervenidas; aunque este es un mecanismo que ha venido presentando inconvenientes en la calidad de los datos, dado que en algunos casos la información no corresponde con los usuarios a los que se refiere, por estar desactualizada; lo que conduce a una segunda metodología que es directa en campo, en donde los promotores de salud hacen un barrido casa a casa, identificando los posibles beneficiarios de la estrategia de acuerdo a sus características y condiciones de vida, siendo éste el responsable de definir, de acuerdo a diferentes criterios, cuáles familias se deben integrar al proceso y cuáles no. A su vez esta segunda forma de identificación nutre la primera, dado que entrega información actualizada a las bases de datos.

Una vez identificadas las familias, se procede a la realización de un diagnóstico, para lo cual es aplicada una ficha de información familiar, donde se da cuenta de aspectos biológicos, así como de aspectos sociales, culturales y económicos. A partir de este diagnóstico, se establecen los factores que deben ser trabajados con cada familia, y más específicamente con cada integrante.

De igual manera, se identifican las gestiones necesarias para atender alguna situación de enfermedad que se padezca en el momento, con lo que se genera un plan de acción del que se derivan acuerdos con cada familia beneficiaria, que consisten en adoptar prácticas de prevención y/o cuidado de situaciones que sean favorables a la salud, haciendo a las familias responsables de su propia condición de salud, sea por la atención o por la búsqueda de los servicios institucionales necesarios para garantizarla; dado que además del diagnóstico se les socializan las ofertas de protección y salud, por parte de las entidades del municipio responsables y encargadas de la atención de situaciones de enfermedad; derivándose, de acuerdo a las condiciones específicas de cada familia, un proceso de demanda inducida que permite la resolutivez a las situaciones detectadas, teniendo que algunas de ellas no están directamente relacionadas con la salud en el campo de lo biológico, pero que si son aspectos que pueden requerirse para la prestación de un servicio, como es la gestión del documento de identidad, el cual es obligatorio para poder acceder a la atención que prestan las instituciones de salud. Esta es una actividad que permite a la población acceder a diferentes tratamientos que en muchas ocasiones no se dan por desinformación, desconfianza o desmotivación de los usuarios. Una vez que ha avanzado en las acciones con diferentes familias, se verifica el cumplimiento de los acuerdos establecidos, de donde se hacen los correctivos necesarios o se refuerzas los aspectos que así lo requieran.

Como actividad final de esta ruta, se realizan evaluaciones internas que dan cuenta de los resultados que se han ido obteniendo con las familias, así como de las dificultades que se han presentado, de donde se derivan las acciones necesarias para garantizar la cobertura y logro de las metas de la estrategia APS en el municipio.

5.1.3.2. Acciones

Para el cumplimiento de esta ruta metodológica, se realizan diferentes acciones que permiten hacer el abordaje de la población beneficiaria de acuerdo a los objetivos trazados para la misma. Con base en el diagnóstico inicial de las familias, que se realiza mediante un levantamiento de la historia de la vivienda y de la familia, se identifican las necesidades de atención y acompañamiento, a partir de las situaciones de mayor riesgo, así como la identificación de la existencia de pacientes crónicos en el núcleo familia y se traza un plan de atención en donde se programa atención médica, odontológica y nutricional, cubriendo aspectos biológicos básicos para garantizar la salud idónea a las condiciones de vida particulares de cada población.

Así mismo estos aspectos de la atención van orientados a la generación de prácticas saludables de autocuidado, donde se le brinda información a los usuarios respecto a las posibilidades que tienen a partir de los recursos disponibles, lo cual es complementado con un proceso de educación y prevención en salud, orientando temas de derechos, atención de situaciones de baja gravedad, utilización de insumos caseros para la prevención de enfermedades, prácticas cotidianas para vivir sano, entre otros aspectos. Dentro de la atención médica se contempla el acompañamiento materno-infantil con el propósito de garantizar las condiciones de salud mental y física de las madres y sus hijos.

Estos servicios de atención, son llevados directamente a las viviendas de las familias y a las comunidades a través de actividades de tomas barriales, las cuales son convocadas mediante articulación con las organizaciones sociales, como son las Juntas de Acción Comunal y líderes comunitarios, quienes

articulan este tipo de acciones, promoviendo la participación comunitaria en el desarrollo de la estrategia APS, reconociendo que este es un aspecto a ser fortalecido en las siguientes vigencias.

En complemento de esta atención, se valoran las condiciones de los individuos y de la familia, derivando la realización de acompañamientos psicosociales donde el promotor considere necesario, respondiendo al criterio de afectación de la salud por la existencia de conflictos individuales o colectivos, dado que se entiende que los determinantes de la salud, no corresponden solo a las condiciones biológicas, sino también a las emocionales determinadas por aspectos de convivencia colectiva al interior de las familias y de estas con otras; así como el trámite de situaciones individuales que requieren de apoyo profesional.

Adicional a la atención psicosocial se desarrollan acciones de educación en promoción de la planificación familiar, dirigida a población sexualmente activa, en procura de reducir los embarazos no deseados, especialmente en población adolescente. Finalmente se desarrollan acciones de sensibilización en la separación de residuos sólidos en las viviendas, como parte de las prácticas saludables de cuidado del entorno y el medio ambiente, que redundan en el bienestar de la población.

5.1.3.3. Transversales

Estas acciones son soportadas en cuatro acciones transversales, que permiten su articulación y fortalecimiento en el territorio: en primer lugar, como pilar del acompañamiento desde la identificación de beneficiarios y durante todo su acompañamiento, se tiene la gestión de la información, la cual se realiza a través de una plantilla de Microsoft Access, con bases de datos creadas en Microsoft Excel, donde se ingresa la información levantada a través de las fichas familiares y de vivienda, diligenciadas manualmente; complementadas con datos de observación participante. Esta acción tiene el propósito, a futuro, de convertir la estrategia APS en una generadora de datos para la municipalidad, de donde pueda derivarse información para la construcción de estrategias de atención pertinentes y relevantes para la población, por lo cual, aunque hoy esta acción presenta debilidades, se ha venido consolidando como un eje central de la APS.

Por lo anterior, se ha generado una segunda acción transversal que tiene como propósito central la identificación de usuarios y a su vez fortalecer la gestión de la información. Esta acción surgió como respuesta a las dificultades presentadas en las bases de datos usadas por la Secretaría de Salud para la ubicación de la población beneficiaria, dado que en algunas ocasiones los datos se presentaban erróneos; situación que llevó a una identificación en campo de los beneficiarios y que en razón de su éxito se ha tornado en una acción permanente que permite incrementar el número de familias atendidas, teniendo la posibilidad de contar permanentemente con información actualizada.

Una tercera acción, que de igual forma es transversal a las dos anteriores, corresponde con el seguimiento a los procesos, desarrollado de manera permanente para verificar el cumplimiento de metas de la estrategia, identificar las acciones de mejoras y diseñar los correctivos necesarios. Finalmente se tiene una acción de rendición de cuentas, la cual se desarrolla mediante cuatro evaluaciones al año con indicadores de proceso, para lo que se invita a usuarios del programa y a

las veedurías establecidas en las comunidades. Esta acción se presenta como un escenario para la generación de confianza de las familias beneficiarias en la estrategia, dado que en su principio fue uno de los temas más difíciles de lograr, pues se veía la estrategia como simplemente una generadora de datos.

5.1.4. Dimensión de Actores

El desarrollo de la estrategia APS en el municipio de Bello, se orienta a partir de diferentes actores, entendidos como quienes ponen en marcha, dinamizan, orientan y condicionan su realización; en otras palabras, son quienes facilitan o dificultan el logro de los propósitos de la estrategia, dado que movilizan recursos e intereses a favor o en contra de la misma. A continuación se identifican los actores reconocidos a través de dos factores o aspectos: sujetos y organizaciones.

Figura 10: Dimensión 2 – Desarrollo



Fuente: Elaboración propia

ESE: Empresa Social del Estado.

U.de.A: Universidad de Antioquia.

SENA: Servicio Nacional de Aprendizaje.

AMVA: Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

5.1.4.1. Sujetos

La persona es el sujeto base de la estrategia, entendido como el individuo que detenta la condición de saludable, enfermo o potencialmente en riesgo, siendo la cara concreta de la acción, esto es, en quien finalmente se verán reflejadas las transformaciones derivadas de la puesta en marcha de la APS.

La familia congrega a los individuos en relaciones de convivencia, además de las de consanguinidad, siendo el escenario primario del comportamiento del individuo, por lo cual se torna en el sujeto colectivo de interés de la APS en el municipio de Bello, toda vez que a través de su intervención se llega al individuo, en razón que este es responsable de su salud y a su vez de la de los demás, especialmente de los integrantes de la familia. No puede concebirse la APS desde lo individual, toda vez que la familia se muestra como la estructura básica en la que se generan riesgos, pero así mismo en la cual se hace más efectivo gestionarlos, teniendo una atención individual con compromiso en lo colectivo.

Un tercer sujeto está constituido por la comunidad en la cual se inscriben las familias, y a su vez los individuos, siendo un sujeto colectivo que representa las condiciones del entorno que deben ser intervenidas desde estrategias más amplias que implican la participación comunitaria como eje central. Este sujeto representa un nivel mayor de la intervención, así como un reto constante para la generación de confianza.

Finalmente se tiene un cuarto sujeto, el equipo de trabajo, encargado de poner en marcha la estrategia APS, caracterizado principalmente por su continuidad en el proceso durante varias vigencias, así como por el sentido de pertenencia con la estrategia y la generación de confianza con las familias y las comunidades. Su papel central es ser el puente que acerque la salud a las personas, contribuyendo a su bienestar general y a la articulación de las organizaciones en torno a la atención de los individuos y sus familias.

5.1.4.2. Organizaciones

En un segundo lugar, se identifican las organizaciones con las cuales logra integrarse la estrategia APS para llevar acciones que mejoren las condiciones de los individuos, las familias y sus entornos; las cuales constituyen un elemento fundamental en el logro de transformaciones proyectadas, dado que cristalizan la idea que la salud no es solo responsabilidad de las organizaciones directamente encargadas de su atención, sino que la salud es producto de determinantes biológicos, físicos y sociales. Estas organizaciones corresponden a públicas y privadas, evidenciando la articulación interorganizacional que se ha ido consolidando en el municipio: Secretarías de la Administración Municipal, Registraduría, Notarías, SENA, ESE Bellosalud, Universidad San Buenaventura, Universidad de Antioquia, Uniminuto, MediCáncer, Roche, Cootrafa y SaviaSalud.

6. ANÁLISIS DE BRECHAS

El análisis de brechas permite comparar analíticamente los objetivos, propósitos y apuestas que se plantearon los formuladores, las instituciones responsables, el Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA), y todos los demás actores que participaron en la formulación del programa y la puesta en marcha de este, donde es central el papel de las E.S.E de cada municipio como entidad ejecutora.

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

CUADRO 6: ANÁLISIS DE BRECHAS

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
DIMENSIÓN 1: PROPÓSITO				
ENFOQUES				
Vulnerabilidad	Alcaldías		<ul style="list-style-type: none"> • Aunque hay una consideración respecto a la priorización de la población de niños, niñas y adultos mayores, la perspectiva desarrollada se orienta a todos los individuos, en una concepción universal de la APS, concibiendo además los derechos como un elemento más de lo operativo. • La consideración de universalidad, proyecta la vulnerabilidad como una característica más que un enfoque, haciendo de este elemento un factor más operativo en campo para priorizar, no tanto para orientar las acciones. • Los enfoques definidos para el desarrollo de la estrategia ven en el individuo, la familia y la comunidad, los escenarios fundamentales de su accionar, donde el territorio se torna en un referente de sus condiciones de vida, más no como una forma de comprender la construcción social del mismo como determinante de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Para el desarrollo de la estrategia APS, se reconoce la importancia de identificar las particularidades de las familias, que propicien un acompañamiento que responda a las necesidades de cada una de ellas, en garantía de sus derechos individuales, con cuidado en lo colectivo. • Se concibe la salud como una condición asociada a múltiples factores, más allá de lo biológico, la cual se comporta dentro de un campo de riesgos que deben ser reconocidos para poder comprender las causas de la enfermedad, permitiendo dirigir acciones para su mitigación, y en la medida de lo posible, a su eliminación; lo que conduce a mejores condiciones de vida y por tanto de salud, mostrando implícito un enfoque de desarrollo humano mediante la transformación de prácticas que impacte necesidades axiológicas y existenciales de los individuos y sus familias.
Enfoque diferencial	Gobernación de Antioquia - Minsalud - Ley 1438	Enfoque diferencial		
Desarrollo humano	Gobernación de Antioquia			
Ciclo vital	Gobernación de Antioquia			
Enfoque de derechos	OPS			
Territorial	Minsalud - Ley 1438			
		Enfoque de riesgos		
FUNDAMENTOS				
Participación social	OPS - Minsalud - Ley 1438		<ul style="list-style-type: none"> • La participación social aparece como un aspecto operativo, y no como base de la estrategia APS, evidenciándose débil en el proceso de gestión de la misma. • La familia y la comunidad representan una concepción de sujeto, más que una base de referencia para el desarrollo de la estrategia; es decir, se concibe como una unidad de intervención, más que como un fundamento de base que sustente la orientación de la estrategia. • Lo político se integra a la fundamentación de la estrategia y su continuidad en el tiempo, de tal forma que la voluntad política expresada en la disposición de recursos, la existencia de una política municipal y del plan territorial de salud basado en APS. Este aspecto como fundamento, supera la condición de ser aporte a la concepción de la política y se proyecta desde la incidencia en la orientación de la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hay una comprensión que la salud no se remite solamente a lo biológico, sino que está relacionada con todas las circunstancias que definen las condiciones de vida de las personas, las familias y sus entornos, por lo que orienta las bases de su comprensión e intervención a partir de los determinantes sociales de la salud.
Sostenibilidad	OPS			
Orientación familiar y comunitaria	OPS			
Determinantes sociales de la salud	Gobernación de Antioquia - Minsalud - Ley 1438, Plan Decenal de Salud Pública.	Determinantes sociales de la salud		
Acceso y cobertura universal	OPS			
		Disposición Política		
		Cultura del Autocuidado		
		Derechos en Salud		
		Plan Territorial de Salud		
		Acuerdo Municipal para APS		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
PRINCIPIOS				
Equidad	OPS	Equidad	<ul style="list-style-type: none"> • La universalidad de la APS se constituye en un principio rector de la misma, esto es, en parte de la esencia de su concepción, orientando su propósito a partir de la inclusión general de la población, aunque se establecen límites a partir del tipo de cobertura en salud, lo cual es uno de los aspectos que limita el cumplimiento total de este principio. • La orientación a la calidad no se presenta como un aspecto esencial de la estrategia APS en el municipio de Bello, sino más bien como un resultado de lo operativo, lo que puede conducir a resultados más técnicos y menos misionales en esta materia, es decir, la calidad más como un resultado que una orientación. • Se establece el principio de corresponsabilidad que integra a los beneficiarios como parte de la estrategia, lo cual establece una diferencia respecto a los demás principios que dan espíritu a la estrategia en tanto está dirigida a los beneficiarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se contempla la equidad como una de las apuestas de la estrategia APS, entendiendo la salud como un derecho, que además de la atención de la enfermedad, se garantiza con la generación de las condiciones de vida idóneas para evitarla. Este es un principio concebido sinérgicamente con la igualdad, en términos de una equidad con igualdad en el acompañamiento y la atención. • Se integran los principios de eficiencia y eficacia, que en el modelo propuesto integran el principio de orientación a la calidad; lo que hace que la estrategia APS esté orientada a la destinación de recursos de manera adecuada.
Interculturalidad	Minsalud - Ley 1438			
Justicia social	OPS			
Solidaridad	OPS			
Orientación a la calidad	OPS			
		Corresponsabilidad		
		Igualdad		
		Universalidad		
		Oportunidad		
		Eficacia		
		Eficiencia		
DIMENSIÓN 2: DESARROLLO				
OBJETIVOS				
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	OPS	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • La estructura de objetivos con una mayor cantidad de proposiciones, evidenciando mayor desagregación misional, conduce a una valoración de logros de forma igualmente fragmentada, propiciando una orientación más operativa y posiblemente menos estratégica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se comprende que la estrategia se dirige a un propósito que reconozca lo objetivo y lo subjetivo en el acompañamiento y tratamiento de los factores asociados a la salud, además que la APS debe lograr resultados en los comportamientos preventivos y no solo en la asistencia a la enfermedad. • Aunque se presenta de manera más desagregada, los objetivos propuestos desde la APS de Bello evidencian una orientación hacia el propósito de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, reconociendo en ello factores de riesgo, educativos, de articulación y acceso a la salud, que son necesarios para brindar un acompañamiento integral a la población. • La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se convierten en un eje que soporta la estrategia metodológica de acompañamiento e intervención con individuos, familias y comunidades, evidenciado la preocupación por lograr un sujeto empoderado, capaz de autocuidado individual y colectivo.
Respuesta a necesidades de salud de la población	OPS			
		Disminuir factores de riesgo		
		Brindar acceso a los servicios de salud		
		Articulación de servicios		
		Educación en salud y derechos		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
Organización y gestión óptimas	OPS		ESTRATEGIAS <ul style="list-style-type: none"> • El compromiso político es considerado una base en la existencia de la APS en el municipio de Bello, más allá que una forma de lograr su realización, lo que le da a este componente un sentido misional en el territorio. • El trabajo en red y la interdisciplinariedad son aspectos que dan lugar al propósito de la estrategia APS en el territorio, lo que indica que en comparación con un modelo propuesto, estos aspectos más de lo operativo, son leídos misionalmente; es decir, no como medios sino como fines. • La evaluación y seguimiento a los procesos desarrollados a la estrategia APS, se conciben como una acción más operativa del proceso de gestión. • Participación comunitaria tiene una concepción de fundamento, es decir que se eleva más a lo misional - orientador, como un sustento de la APS. • La educación para la salud es comprendida en el entorno inmediato de la familia y la comunidad, quedando pendiente la integración de los ambientes educativos y laborales, escenarios de gran importancia en el cuidado de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se proyecta el empoderamiento de los diferentes sujetos a partir de una estrategia educativa en prácticas de salud y derechos de salud, lo que hace participe a estos de la garantía de la transformación de los hábitos comportamentales, superando la idea asistencialista propia de la enfermedad, como ámbito de compresión de la salud. • Se orienta una atención primaria y secundaria, en el marco de una forma de atención a la salud que supera la idea que corresponde solo a los servicios que brinda el sistema institucional de salud, sumando los determinantes sociales de la salud como aspectos que deben ser igualmente trabajados para garantizar condiciones de salud idóneas en la población, a partir de los recursos disponibles en el entorno inmediato y de la capacidad de articulación de los organismos públicos y privados en función de las necesidades de salud. • El desarrollo de la APS se orienta a partir de la entrega de información y conocimientos a los individuos, las familias y las comunidades, para lograr su transformación comportamental en materia de salud; lo que se acompaña de gestión en salud, es decir que integra la prevención y la atención, como dos aspectos indisolubles en la garantía derechos de salud.
Atención integral e integrada	OPS	Abordaje integral		
Compromiso político	OPS			
Educación para la salud	Minsalud - Ley 1438	Educación para la salud		
Trabajo en red	Minsalud - Ley 1438			
Interdisciplinariedad	Minsalud - Ley 1438			
Comunicación en desarrollo	Minsalud - Ley 1438			
Medición y resolutiveidad	Minsalud - Ley 1438	Resolutiveidad		
Acciones intersectoriales	OPS	Acciones intersectoriales		
		Servicios de Salud Prioritarios		
		Intervención pacientes crónicos		
		Participación Comunitaria		
DIMENSIÓN 3: GESTIÓN				
ruta metodológica				
Aprestamiento	SSS PSA - Minsalud	Identificación de usuarios		<ul style="list-style-type: none"> • Se tiene un camino claro para la puesta en marcha de la APS en el municipio, a partir de la identificación y priorización de la atención, sin aplicación de criterios de selección por exclusión. Este camino se corresponde con lo establecido por los organismos y entidades responsables y autoridades en materia de salud, teniendo algunos elementos implícitos que dan cumplimiento a un acompañamiento y atención en salud a la población del municipio, abarcando desde un ámbito educativo, hasta un ámbito de gestión en salud, pasando por aspectos comportamentales y de atención básica; así como de evaluación y seguimiento a los procesos desarrollados, para dar garantía a las condiciones de eficacia y eficiencia que deben cumplirse en la implementación de la APS.
Diagnóstico	SSS PSA - Minsalud	Diagnóstico		
Priorización de necesidades	SSS PSA - Minsalud			
Generación de acuerdos	SSS PSA - Minsalud	Generación de acuerdos		
Acercamiento de las ofertas de protección y salud	SSS PSA - Minsalud	Acercamiento de las ofertas de protección y salud		
Demanda inducida	SSS PSA - Minsalud	Demanda inducida		
Prestación de los servicios	SSS PSA - Minsalud			
Evaluación	SSS PSA - Minsalud	Evaluación Interna		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
ACCIONES				
Prevención y lucha	OMS - OPS - Minsalud - Gobernación		<ul style="list-style-type: none"> Entre los aspectos no abordados por la implementación de la estrategia se contemplan los medicamentos y agua potable y saneamiento básico. Respecto al primero se encuentra que no hay alcance directo, no obstante la gestión en salud realizada por los promotores ante instituciones de salud, aporta a que se cumpla esta acción estratégica de manera indirecta. El segundo aspecto no se aborda directamente, toda vez que en la mayor parte de la población del municipio, estos no son una situación de riesgo considerable en la población urbana y rural cercana, como ocurre de igual forma en los municipios del Valle de Aburrá y otros aledaños que reciben el servicios de las empresas estatales encargadas de la materia. En particular la estrategia asume acciones de información y articulación de organizaciones como centrales en la operativización de los propósitos o la misma, dado que constituyen medios complementarios, más que actividades puntuales, procurando el fortalecimiento de la ruta metodológica de cara al cumplimiento de los propósitos centrales de la APS en el territorio. 	<ul style="list-style-type: none"> Se implementan acciones que permiten cumplir con los propósitos de la estrategia APS de acercamiento de la salud a la comunidad, a través de estrategias de educación, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención adecuada en diferentes ámbitos biológicos y sicosociales y cultura del autocuidado, entre otros aspectos, inscribiéndose en los propuesto por el modelo establecido por las organizaciones de Salud a nivel internacional, nacional y local.
Tratamiento apropiado	OPS	Atención médica Atención Psicosocial		
Asistencia materno-infantil	OMS - Gobernación de Antioquia SSSPSA - Alcaldías -	Acompañamiento materno-infantil.		
Agua potable y saneamiento básico	OMS			
Alimentación y nutrición adecuadas	OMS - Gobernación de Antioquia SSSPSA - Alcaldías -	Alimentación y nutrición adecuadas		
Educación y prevención en salud	OMS - OPS - Minsalud - Gobernación	Educación y prevención en salud		
Suministro Medicamentos Esenciales	MinSalud			
		Historia de vivienda y familia		
		Articulación con organizaciones sociales		
		Separación de residuos		
TRANSVERSALES				
Normas, guías y procesos	Minsalud - Ley 1438	Seguimiento a procesos	<ul style="list-style-type: none"> Como un mecanismo de generación de confianza y acercamiento con las comunidades, se ha implementado un escenario de rendición de cuentas que permite hacer una gestión de la estrategia APS con transparencia, entregando información a la comunidad organizada y no organizada en veedurías ciudadanas, lo que constituye un pilar de la gestión de la APS y un puente de confianza de la población hacia esta, traduciéndose en credibilidad que aporta a la eficacia de las acciones, dado el reconocimiento de la importancia de las mismas en las condiciones de vida de los individuos y las familias. 	<ul style="list-style-type: none"> Hay una correspondencia en la generación de herramientas, que permiten estandarizar los procedimientos para dar cumplimiento al plan anual definido desde la Secretaría de Salud y la Dirección Local de Salud; estableciendo acciones de mejora para garantizar una adecuada gestión en cumplimiento de los propósitos de la APS en el territorio. La gestión de la información es un pilar fundamental en la garantía del acompañamiento y la atención de la población, en razón que de allí se deriva los datos necesarios para identificar, focalizar, priorizar y hacer seguimiento a cada una de las familias. Aunque esta es una de las acciones a ser fortalecidas en el futuro, es un eje central en la concepción de la estrategia APS en el municipio.
Gestión de la información	Minsalud - Ley 1438	Gestión de la información Identificación de beneficiarios		
		Rendición de cuentas		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
DIMENSIÓN 4: ACTORES				
SUJETOS				
Ciudadano	Minsalud	Persona	<ul style="list-style-type: none"> • El ámbito de la empresa y las condiciones laborales no está contemplado en la implementación estrategia APS, aunque es clara su importancia en la generación de condiciones de salud óptimas en la población. • Se reconoce la comunidad como un sujeto de la estrategia, aunque este es un aspecto que aún es débil y debe fortalecerse a futuro. 	<ul style="list-style-type: none"> • El individuo y la familia son los sujetos centrales en la estrategia APS en el municipio de Bello, allí se concentran las acciones de los promotores a partir del entorno inmediato de estos, quienes no solo se proyectan desde lo técnico, sino que además se acercan como apoyo de las familias en diferentes aspectos, generando confianza y credibilidad de los beneficiarios, lo que deriva en una mayor efectividad de las acciones desarrolladas dado que las familias se empoderan a partir de reconocimiento de la importancia de los comportamientos favorables a la salud, no desde la necesidad sino desde el convencimiento.
Familiar	OPS/OMS/MINSALUD/SSS PSA/ALCALDIAS	Familia		
Comunidad	OPS/OMS/MINSALUD/SSS PSA/ALCALDIAS	Comunidad		
Trabajador	OPS			
Equipo de trabajo	OPS	Equipo de trabajo		
INSTITUCIONES				
Instituciones Prestadoras de Salud	Minsalud		<ul style="list-style-type: none"> • La referencia a los organismos orientadores de APS a nivel internacional, nacional y local corresponde con los lineamientos políticos y normativos, seguidos en la implementación de la estrategia en el territorio, más no como aliados del proceso a partir de la articulación e intercambio de información u otro tipo de recursos • Se integran organismos públicos y privados a la gestión que no están directamente relacionados con el sector de la salud, haciendo un aporte significativo y favorable a las condiciones de salud de individuos, familias y comunidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • El papel de los promotores ha sido fundamental en la articulación de la estrategia con organizaciones públicas y privadas de diferentes sectores, lo que ha llevado a la gestión de los entornos de las familias, a partir de múltiples intervenciones, así como situaciones presentadas con los individuos relacionadas con asuntos directos e indirectos a la salud, que generan condiciones para favorecerla, siendo base y garantía de una cobertura integral.
Empresas Sociales del Estado	Minsalud	ESE Bello Salud		
Alcaldía	Alcaldía	Alcaldía-Secretarías		
AMVA				
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia				
Ministerio de Salud	Minsalud			
OMS/OPS	OMS/OPS			
		Registraduría		
		Notarías municipales		
		SENA		
		Universidad San Buenaventura		
		Universidad de Antioquia		
		Uniminuto		
		MediCáncer		
		Roche		
		Cootrafa		
		EPS Savia Salud		

Fuente: Elaboración propia

7. HALLAZGOS GENERALES

La prevención y la atención como dos aspectos indisolubles en la garantía de los derechos de salud

La implementación de la estrategia APS en el municipio de Bello, tiene una clara orientación a promover la salud y prevenir la enfermedad como un pilar clave en el acercamiento de la salud a las personas y sus familias, teniendo en muchos casos, población que compromete su bienestar por desconfianza, poca iniciativa, falta de información, subvaloración de los riesgos, entre otras razones; haciendo de esta estrategia una oportunidad para cada uno de los sujetos involucrados en el proceso. Para lograr este propósito se desarrollan acciones educativas, de atención básica, asesoría médica, odontológica, nutricional, psicosocial, etc., con lo cual se ha pasado de una comprensión asistencial de la salud, a una comprensión del autocuidado y la corresponsabilidad; viendo la salud como un ámbito de la vida que está integrado al entorno y no solo a los centros de atención.

No obstante lo anterior, se concibe una clara y directa relación entre esta forma de comprender la salud y la atención de las instituciones, desarrollando acciones en un nivel primario (personas no enfermas) y un nivel secundario (personas enfermas); donde el equipo de promotores cumple un papel fundamental en el acercamiento de la información necesaria y la gestión requerida en cada caso particular para acceder a los servicios médicos directos, integrando los tratamientos de allí derivados al seguimiento familiar de compromisos y comportamientos necesarios para que estos sean efectivos. Con esta orientación no solo se está logrando la transformación de los comportamientos y los entornos de individuos y familias, sino que además se está garantizando que los tratamientos médicos sean efectivos, dado que se identificó una gran debilidad en la atención de salud, evidenciando prácticas desfavorables tan simples como no seguir el protocolo de consumo de los medicamentos en un tratamiento, hasta dejar de practicarse exámenes importantes por tener una concepción de lentitud y “tramitología” para acceder a los proceso de consulta y atención especializada.

La gestión de la información como pilar fundamental en el desarrollo de la APS

En el municipio de Bello hay una clara conciencia de la importancia de la información para el desarrollo efectivo de la estrategia APS, en razón del papel que juega en la identificación, abordaje y seguimiento

de los casos individuales y familiares. Es por ello que la gestión de la información, entendida como la producción, administración y divulgación, viene siendo un aspecto focalizado para la construcción y ajuste de instrumentos que permitan cualificar los datos, de cara a convertir el sistema de información de la estrategia en un referente para la Secretaría de Salud y para la Administración Municipal. En la actualidad este proceso de gestión de datos ha pasado por diferentes procesos en los cuales se han generado aprendizajes asociados a las dificultades presentadas; y aunque aún no se tiene una herramienta definitiva, se han logrado plantillas en aplicaciones de Microsoft que han permitido recopilar y administrar la información.

Con base a lo anterior, y siendo este un aspecto central, es claro que habrá que lograr mayores avances en la gestión de aplicativos que procuren mejorar la calidad de los datos, dado que también este es uno de los componentes, que jugando un papel transversal en el desarrollo de APS, presenta mayores dificultades actualmente, dado que tiene como fuente, bases de datos que presentan inexactitud en una proporción de los datos, llevando al equipo de trabajo a realizar actividades directas de recolección de información para la identificación y priorización de beneficiarios, a través de instrumentos físicos que requiere de una mayor dedicación de los promotores.

Voluntad política e institucionalización de la APS

Un aspecto a destacar en la experiencia del municipio de Bello en la aplicación de la estrategia APS es la voluntad política como garante de la institucionalización de ésta, dado que no solo se orienta desde la disponibilidad de presupuesto y recursos humanos mediante la Secretaría de Salud, sino que se ha logrado avanzar en la consolidación de una agenda pública en la materia, integrando la estrategia en el Plan Territorial de Salud en APS y en un acuerdo municipal sancionado recientemente.

De esta manera la voluntad política es una base fundamental para la continuidad de la estrategia, condición de garantía en la transformación de la cultura comportamental que favorece la salud en el territorio, lo que impacta los indicadores epidemiológicos y de salud general de las personas beneficiarias directas e indirectas. Además, esta continuidad impacta en otros aspectos fundamentales como son la credibilidad en la estrategia, superando los miedos y prevenciones de la comunidad frente a otros programas que no logran ofertas claras; así como el papel de los promotores, dado que gracias a la continuidad en su participación logran acercarse a cada familia construyendo relaciones de confianza, posibilitando que más que técnicos puedan ser vistos como apoyos para el individuo, su familia y la comunidad, garantizando que realmente se den acompañamientos que tienen como fin último, acercar la salud a las personas del Municipio, más que cumplir con atenciones puntuales.

Equipo de promotores, base del éxito en la estrategia APS

El equipo de promotores, durante las diferentes vigencias administrativas, ha logrado llevar a las comunidades focalizadas los servicios de salud, así como la información educativa y en derechos de salud, entre otros muchos elementos vinculados a las acciones definidas en los planes anuales de implementación; pero es necesario resaltar que este papel ha logrado trascender el encargo misional

para el que fueron creados los cargos, llegando a un nivel de reconocimiento por parte de las familias, dado que se han tornado para las comunidades en que hacen presencia, en referentes de confianza en la Administración Municipal, lo cual tiene un efecto directo en la eficacia y eficiencia de la estrategia para el Municipio, integrando al perfil profesional, un perfil vocacional en el cual es necesario contar con habilidades no académicas, sino más bien de índole relacional, para lograr hacer parte del equipo APS.

Este aspecto es relevante dado que APS partió de un escenario de profunda desconfianza de la comunidad, teniendo en principio una baja participación y/o cumplimiento de compromisos por parte de las familias, por lo que se esperaba que fuera una intervención transitoria y poco significativa. Sin embargo, esta expectativa se fue transformando hasta un nivel en el cual las familias reconocen el programa como una apuesta por la calidad de vida y la salud, comprometiendo el esfuerzo necesario que implica transformar las prácticas culturales desfavorables a la salud en prácticas que no solo cuidan la salud del individuo sino también la de sus cercanos.

Por esto, si bien la estrategia en sí misma constituye una concepción humana e integral de la salud, es claro que el recurso humano logra traducir esta concepción en acciones, estableciendo un perfil vocacional, además del profesional, que es exigido a los promotores, siendo un aspecto que no queda registrado en los procesos evaluativos en forma directa; pero que debe ser integrado dado que es una variable de alto impacto en el éxito de la APS.

Rendición de cuentas, mecanismo de acercamiento y generación de confianza con la población

Un elemento diferenciador en la estrategia APS del municipio de Bello es la creación y continuidad de un escenario de transparencia política, administrativa y técnica, que involucra directamente a los beneficiarios y sus comunidades, procurando la apropiación y el sentido de pertenencia por la estrategia como fin y medio para mejorar las condiciones de salud; acción que sin lugar a dudas, siendo transversal al proceso, incide directamente en la credibilidad de la comunidad, dado que el tema de salud se ha tomado históricamente como un aspecto fragmentado y dirigido, que no tiene lugar para la participación comunitaria directa, es decir, de beneficiarios; siendo que el escenario más cercano a ello, en el campo de lo institucional, lo constituyen las ligas de usuarios, representadas generalmente por personas con algún nivel de conocimiento en materia de salud. Es por esto que promover un escenario de rendición de cuentas con la comunidad beneficiaria, no solamente logra el propósito de informar claramente sobre la forma y recursos con que se ha desarrollado la estrategia, sino que muestra un elemento innovador para la promoción de la cultura del autocuidado y el compromiso con la salud propia de los de cercanos.

Involucrar a los beneficios a través de un informe de las acciones realizadas es evidencia de la madurez del proceso de APS en el Municipio, producto de casi 10 años de estar inventado continuamente el proceso, lo cual no es significado de improvisación, sino de revaloración constante de los procesos desarrollados para buscar mejorarlos, en razón que se concibe la APS como una estrategia dinámica que se transforma constantemente; por lo cual debe responder sinérgicamente para lograr resultados idóneos, pero sobre todo pertinentes a las condiciones particulares de los sujetos del territorio.

BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, J. (2008). Sistematización de experiencias Proyecto: "Asociación de Medios de Comunicación Ciudadanos y Comunitarios de Medellín - la REDECOM". Medellín: FAONG
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá. (2012). Plan de Gestión 2012- 2015: Pura Vida. Medellín. Recuperado de: [http://www.metropol.gov.co/Planeacion/DocumentosAreaPlanificada/Plan de gesti3n Pura Vida 2012-2015.pdf](http://www.metropol.gov.co/Planeacion/DocumentosAreaPlanificada/Plan%20de%20gesti3n%20Pura%20Vida%202012-2015.pdf)
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá. (2007). Plan Integral de Desarrollo Metropolitano 2008-2020: Hacia la integraci3n regional sostenible. Medellín. Recuperado de: <http://www.metropol.gov.co/busqueda/results.aspx?k=Plan%20Integral%20de%20Desarrollo%20Metropolitano&s=AMVA>
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá. (2014). Observatorio Metropolitano de Informaci3n. Recuperado de: <http://www.metropol.gov.co/observatorio/Paginas/Noticias.aspx>
- Colombia. Presidencia de la Rep3blica. (2004) Decreto 2193. Diario oficial 45604. Bogot3, D.C. 8 de julio 2004. Recuperado de < <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14136>>
- Congreso de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.148. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
- Congreso de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>
- Departamento Administrativo de Planeaci3n Departamental. (2012). Anuario Estadístico de Antioquia -2012. Medellín. Gobernaci3n de Antioquia.
- Direcci3n Seccional y Protecci3n Social de Antioquia. (2010). Lineamientos para la promoci3n de la salud con sentido humano en Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Instituci3n Universitaria Esumer. (2013). Propuesta t3cnica y econ3mica para apoyar la conformaci3n e implementaci3n de la Red Metropolitana de Salud del Valle de Aburr3 periodo 2013 – 2015. Medellín: Instituci3n Universitaria Esumer.
- Jara Holliday, O. (2012). La sistematizaci3n de experiencias, pr3ctica y teor3a para otros mundos posibles. CEAL- Itermon Oxfam. San Jos3: CEP Alforja.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Recuperado de: <http://prestadores.minsalud.gov.co/SIHO/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Gobernación de Antioquia. (2013). Análisis de Situación de Salud: ASIS. Municipio de Bello. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/SitePages/Busqueda.aspx>
- Municipio de Bello. (2012) Plan de Desarrollo Municipal Bello 2012-2015 “Bello Ciudad Educada y Competitiva”. Recuperado de: <http://www.bello.gov.co/index.php/plan-de-desarrollo>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Mundial de la Salud, UNICEF. (1978). Atención Primaria de Salud. Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6-12. Septiembre de 1978, Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud, UNICEF. (1978). Atención Primaria de Salud. Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6-12. Septiembre de 1978. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.
- Pardo, A.; Ángel, M. (2005). Análisis de datos con SPSS 13 Base. McGraw Hill. Madrid.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2014) ¿Qué es el Desarrollo Humano? Recuperado de: <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=i1-----Gs=aGm=aGe=AGc=02008#.U1CE6PI5M1Y>
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española [Dictionary of the Spanish Language] (22nd ed.). Madrid.
- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2014). Recuperado de: www.dssa.gov.co
- Subsecretaría de Salud y ESE Hospital San Vicente Paúl. (2014). Propuesta para documentación, modelo de atención primaria en salud. Barbosa.
- Schoute, T. Documento informativo de alianzas de aprendizaje Nro. 6: Documentación de procesos. IRC Centro Internacional de Agua Potable y Saneamiento. Polonia. 2007
- Tejada, G. (2011). Planeación del Desarrollo Local, una experiencia de participación ciudadana en la Comuna 6 Doce de Octubre. Medellín: Institución Universitaria Esumer y Alcaldía de Medellín.
- Torres, A. La Sistematización de Experiencias Educativas: Reflexiones sobre una práctica reciente. Universidad Pedagógica Nacional. Bogotá. 1998.