

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

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

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 Andrés Trujillo González, **alcalde del Municipio de Itagüí**

Autores

Equipo de trabajo

Profesionales, técnicos y auxiliares de la E.S.E. Hospital del Sur y de la Secretaría de Salud del municipio de Itagüí.

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

Profesionales de la Institución Esumer

Interventoría AMVA

Raúl Cano Jaramillo, Profesional Contador

Coordinación de la publicación

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

Centro de Investigaciones y Prospectiva Institución Universitaria Esumer

Diseño Gráfico

Centro de Investigaciones y Prospectiva Institución Universitaria Esumer

Impresión

LIBRO ARTE

Primera edición

Junio de 2015, Medellín

Nota de derechos reservados

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

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

PRESENTACIÓN

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

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

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

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

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

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

HERNÁN DARÍO ELEJALDE LÓPEZ
Director

ÍNDICE

CAPÍTULO 1: CARACTERIZACIÓN	10
1. GENERALIDADES DEL TERRITORIO	11
2. DESARROLLO ECONÓMICO	12
3. PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2012-2015	
“UNIDOS HACEMOS EL CAMBIO”	14
4. ORGANIZACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	16
4.1. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA	16
4.2. RECURSOS FINANCIEROS	18
4.3. CONTRATACIÓN CON LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) (PIC-POBLACIÓN NO ASEGURADA)	19
4.4. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD APS	19
4.5. PARTICIPACIÓN SOCIAL	19
5. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS	20
6. FECUNDIDAD	22
7. AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)	24
8. ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN	26
8.1. MORBILIDAD	26
8.2. CAMBIOS EN LA MORTALIDAD	28
8.3. COBERTURAS EN VACUNACIÓN	30
8.4. PRINCIPALES EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	31
9. DIAGNÓSTICO DE RED EN SALUD DEL MUNICIPIO	32
10. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEL SUR	
“GABRIEL JARAMILLO PIEDRAHITA”	33
10.1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA	33
10.2. CAPACIDAD INSTALADA	34
10.3. RECURSOS HUMANOS	34
10.4. PORTAFOLIO DE SERVICIOS	35
11. INDICADORES	38
11.1. INDICADORES DE CALIDAD	38
11.2. INDICADORES DE PRODUCCIÓN	42
11.3. INDICADORES FINANCIEROS	47
12. CONCLUSIONES	50
13. RECOMENDACIONES	52

CAPÍTULO 2: DOCUMENTACIÓN

53

1. INTRODUCCIÓN	55
2. JUSTIFICACIÓN	57
3. OBJETIVOS	58
3.1. OBJETIVO GENERAL	58
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	58
4. METODOLOGÍA UTILIZADA PARA CONSTRUIR EL DOCUMENTO	59
5. CONTEXTO	60
5.1. MUNICIPIO DE ITAGÜÍ	60
5.1.1. Localización	60
5.1.2. Caracterización Geográfica	61
5.1.3. División Político Administrativo	61
5.1.4. Clima y Altitud	61
5.1.5. Territorios	62
5.2. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO: HOSPITAL DEL SUR “GABRIEL JARAMILLO PIEDRAHITA	62
5.2.1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA	63
5.2.1.1. Misión	63
5.2.1.2. Visión	63
5.2.2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS	63
5.2.3. PORTAFOLIO DE SERVICIOS	63
5.2.4. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD RENOVADA	63
6. MARCO NORMATIVO	65
6.1. EN EL NIVEL NACIONAL	65
6.2. EN EL NIVEL METROPOLITANO	66
6.3. EN EL NIVEL LOCAL	66
7. ESTRATEGIA EN EL TERRITORIO	67
7.1. DEFINICIÓN	68
7.2. ALCANCE	68
7.3. RECTORÍA Y PLANEACIÓN	68
7.4. ENFOQUES	68
7.4.1. Manejo Social del Riesgo	68
7.4.2. Salud Mental	70
7.4.2.1. Aspectos Conceptuales sobre la Salud Mental (Itagüí, 2012).	70
7.4.3. Enfoque actual sobre la atención de la Salud Mental	71
7.4.3.1. Factores de riesgo y protección	71
7.4.3.2. Factores genéricos de riesgo y protección	72
7.4.3.3. Factores de riesgo y protección específicos	72
7.4.3.4. Pertinencia del estudio en Itagüí	72
7.5. Estructura para el funcionamiento: equipos básicos, funciones	75
7.6. Criterios de selección	75
7.7. Cobertura	75
7.8. ÁMBITOS DE ACCIÓN (ENTORNOS)	75

7.8.1. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL ENTORNO FAMILIAR	76
7.8.1.1. Objetivo General	77
7.8.1.2. Acciones	77
7.8.2. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL ENTORNO LABORAL	78
7.8.2.1. Objetivo General	79
7.8.2. 2. Acciones	79
7.8.3. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL ENTORNO COMUNITARIO	79
7.8.3.1. Objetivo General	80
7.8.3.2. Acciones	80
7.8.4. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR	80
7.8.4.1. Objetivo General	80
7.8.4.2. Acciones	81
7.8.5. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL ENTORNO INSTITUCIONAL	81
7.8.5.1. Objetivo General	81
7.8.5.2. Acciones	81
7.9. RUTA DE ATENCIÓN	82
7.9.1. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL ENTORNO FAMILIAR SALUDABLE	82
7.9.1. 1. Metodología	82
Momento 1. Información	82
Momento 2. Análisis	83
Momento 3. Priorización	83
Momento 4. Intervención	83
7.9.2. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL ENTORNO LABORAL SALUDABLE	82
7.9.2. 1. Metodología	83
Momento 1. Diagnóstico	84
Momento 2. Intervención Y Evaluación	84
Momento 3. Seguimiento	85
7.9.3. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL ENTORNO COMUNITARIO SALUDABLE	85
7.9.3.1. Metodología	85
Momento 1. Socialización	85
Momento 2. Diagnóstico Comunitario	86
Momento 3. Grupo Gestor del Riesgo Comunitario	86
Estrategia 4. Brigadas de Salud	87
7.10. COMPONENTES	87
7.10.1. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	87
7.11. RECURSOS (FINANCIEROS, HUMANOS Y LOGÍSTICOS)	97
7.12. INDICADORES	97

CAPÍTULO 3: SISTEMATIZACIÓN	99
1. PRESENTACIÓN	101
2. METODOLOGÍA: SOBRE LA DOCUMENTACIÓN Y LA SISTEMATIZACIÓN	102
3. OBJETIVOS	107
3.1. General:	107
3.2. Específicos:	107
4. MODELO PROPUESTO: ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA	108
4.1. DIMENSIÓN 1: PROPÓSITO	110
4.1.1. Enfoques	111
4.1.2. Fundamentos	112
4.1.3. Principios	113
4.2. DIMENSIÓN 2: DESARROLLO	114
4.2.1. Objetivos	115
4.2.2. Estrategias/Programas	115
4.3. DIMENSIÓN 3: GESTIÓN	117
4.3.1. Ruta Metodológica	117
4.3.2. Acciones	119
4.3.3. Transversales	120
4.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES	120
4.4.1. Sujetos	121
4.4.2. Organizaciones	122
5. ANÁLISIS DEL MUNICIPIO	125
5.1. Descripción Modelo en Escena del Municipio de Itagüí	126
5.1.1. Dimensión de Propósito	127
5.1.1.1. Enfoques	127
5.1.1.2. Principios	128
5.1.1.3. Fundamentos	129
5.1.2. DIMENSIÓN DE DESARROLLO	130
5.1.2.1. Objetivos	131
5.1.2.2. Estrategias / Programas	131
5.1.3. DIMENSIÓN DE GESTIÓN	132
5.1.3.1. Acciones	132
5.1.3.2. Ruta Metodológica	133
5.1.3.3. Transversales	133
5.1.4. DIMENSIÓN DE ACTORES	134
5.4.1.1. Sujetos	135
5.4.1.2. Organizaciones	135
6. ANÁLISIS DE BRECHAS	136
7. HALLAZGOS GENERALES	141
BIBLIOGRAFÍA	145

LISTA DE GRÁFICOS Y TABLAS

GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentaje de hogares con dos o más Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).	12
Gráfico 2. Porcentaje de hogares con NBI.	13
Gráfico 3. Pirámides poblacionales. 2005-2013-2020.	20
Gráfico 4. Comportamiento de la distribución porcentual de los grupos de edad de 0 a 14 años.	21
Gráfico 5. Comportamiento de la distribución porcentual de los grupos de edad de 60 años.	21
Gráfico 6. Tasa bruta de natalidad.	22
Gráfico 7. Porcentaje de cobertura de aseguramiento al SGSSS.	25
Gráfico 8. Distribución porcentual principales causas de consulta externa.	27
Gráfico 9. Distribución porcentual principales causas de consulta urgencias.	27
Gráfico 10. Distribución porcentual principales causas de hospitalización.	28
Gráfico 11. Tasas crudas de mortalidad. Itagüí. 2007-2011	29
Gráficos varios. Indicadores de calidad.	38
Gráficos varios. Indicadores de producción.	42
Gráficos varios. Indicadores financieros.	47

TABLAS

Tabla 1. Recurso Humano. Dirección Local de Salud.	17
Tabla 2. Recursos propios para salud.	18
Tabla 3. Consolidado fecundidad y natalidad.	23
Tabla 4. Cobertura de la seguridad social en salud.	24
Tabla 5. Comportamiento morbilidad consulta externa.	26
Tabla 6. Tasa de mortalidad por mil habitantes.	28
Tabla 7. Tasa de mortalidad por causa.	29
Tabla 8. Comportamiento de las coberturas en vacunación.	31
Tabla 9. Principales eventos de interés en salud pública.	31
Tabla 10. Red en salud.	32
Tabla 11. Plataforma estratégica ESE.	33
Tabla 12. Capacidad instalada ESE.	34
Tabla 13. Recursos humanos.	35

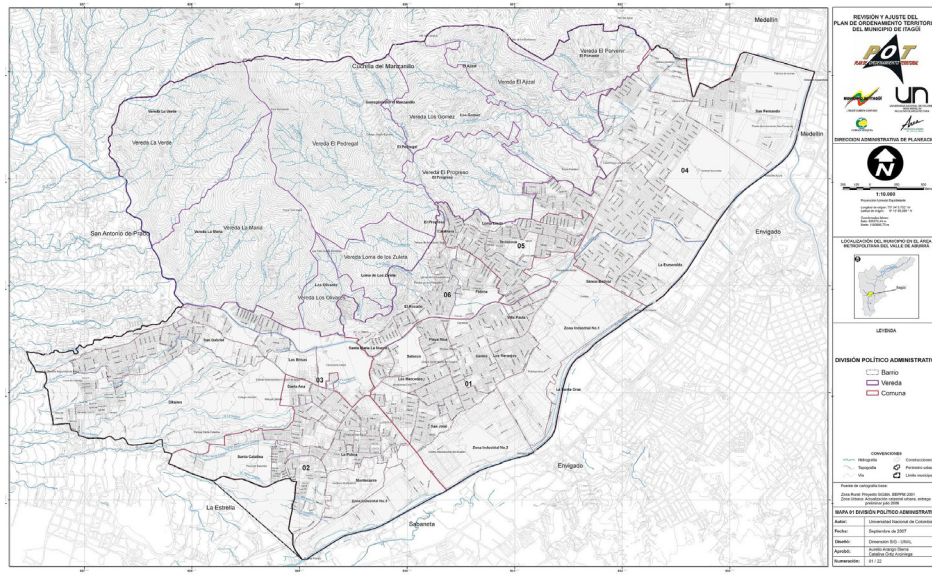
CAPÍTULO 1

CARACTERIZACIÓN

1. GENERALIDADES DEL TERRITORIO

El municipio de Itagüí se encuentra ubicado en el sur occidente del Valle de Aburrá. Limita por el norte con el municipio de Medellín, por el oriente con los municipios de Medellín y Envigado, por el sur con los municipios de Envigado, Sabaneta y La Estrella, y por el occidente, con los municipios de La Estrella y Medellín. En su división político administrativa está conformado en la cabecera municipal por seis comunas y 64 barrios; y en la zona rural, un corregimiento llamado: Manzanillo, constituido por 8 veredas. El municipio se ubica a 11 km de la capital Medellín. Cuenta con una extensión territorial de 21.09 km², correspondiendo 12.17 km² a la zona urbana y 8.91 km² a la zona rural, lo cual lo hace uno de los tres municipios más pequeños del país, con la mayor densidad poblacional, que alcanza los 12.554 habitantes por km²; la mayor parte del territorio está destinado al uso urbano. La altura promedio es de 1.550 metros sobre el nivel del mar y el clima mantiene una temperatura promedio de 21°C. La principal corriente de agua es el río Medellín, que sirve de límite con los municipios de Sabaneta y Envigado. El afluente más importante de este río, en el Municipio, es la quebrada Doña María, que recorre a Itagüí de occidente a oriente.

Figura 1. Mapa Municipio de Itagüí



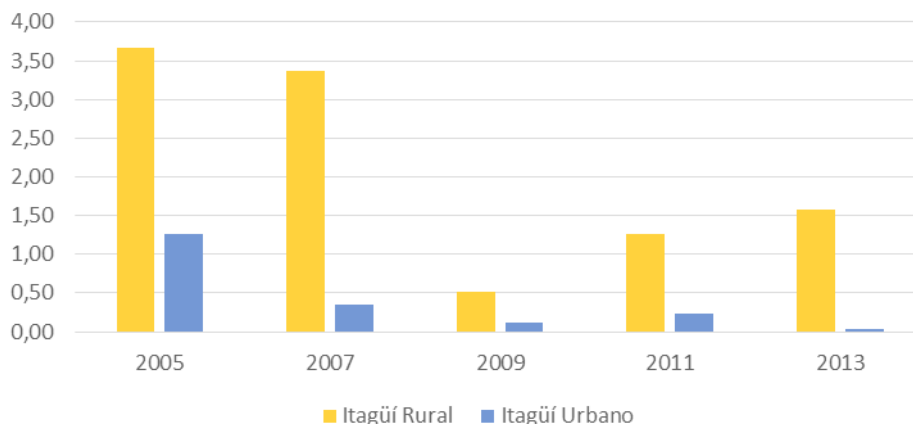
Fuente: Observatorio Metropolitano de Información. Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

2. DESARROLLO ECONÓMICO

El municipio de Itagüí es el más industrializado de Colombia, dentro del rango de las ciudades no capitales de departamento. Aquí se estableció uno de los primeros corredores industriales del país durante la década de los cincuenta, gracias a la exención de impuestos y a la rectificación del río Medellín, que aún a la fecha, es asiento de industrias textiles, químicas y metalúrgicas. Sobresale la actividad textilera y la industria licorera, en torno a la cual, también se ha desarrollado un activo comercio. Además, se han creado centros de negocios como el Centro Nacional de Confección y Moda, la Central Mayorista de Medellín y el Centro Internacional del Mueble. Itagüí cuenta con la sede principal de la Cámara de Comercio del Aburrá Sur, la cual atiende a los municipios del sur del Valle de Aburrá: Caldas, Envigado, La Estrella, Sabaneta y al mismo Itagüí. Según datos de esta entidad, el Municipio de Itagüí para el año 2012, tiene una participación económica del 41,4 % entre los municipios del sur del Valle de Aburrá, siendo la mayor entre estos.

En el municipio la cantidad de hogares que presenta dos o más necesidades insatisfechas, considerado como población en situación de miseria, ha disminuido globalmente en el período evaluado, pero tiende a crecer en el área rural en los últimos años, y ha disminuido en forma importante en el área urbana para los últimos años. (Ver gráfico 1).

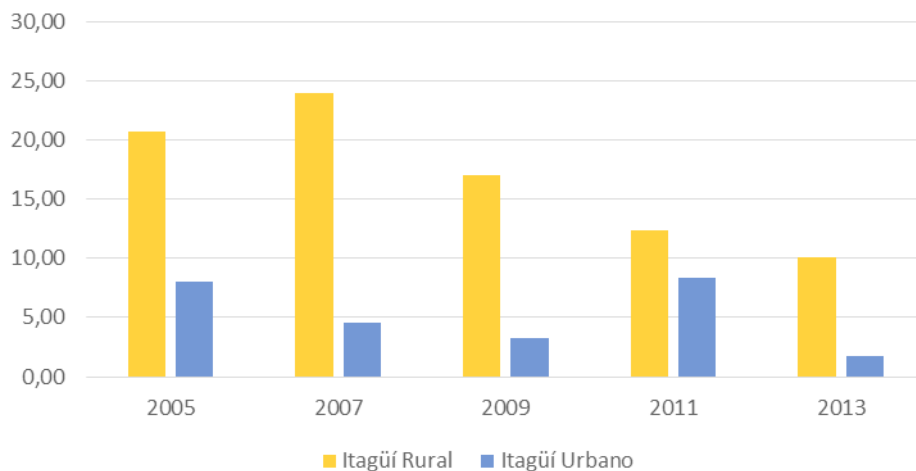
Gráfico 1. Porcentaje de hogares con dos o más NBI. Itagüí. 2005-2013



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

En cuanto al porcentaje de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha (pobreza), el municipio presenta un descenso global para el período evaluado, más prominente en el área urbana. (Ver gráfico 2).

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



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

Accesibilidad- Transporte:

En cuanto a accesibilidad y transporte, el municipio cuenta con estación del Metro de Medellín. Existe en la localidad un sistema privado de buses urbanos que atiende todos los sectores del municipio e igualmente se cuenta con rutas que comunican a Itagüí con la ciudad de Medellín. Adicionalmente, está el “Sistema Integrado de Transporte”, el cual consta de buses que comunican las estaciones del Metro con las diferentes áreas del Municipio. También, numerosas empresas de taxis que cubren toda el área metropolitana, algunas prestan servicios intermunicipales. Es usual además, el servicio de taxi colectivo. El tiempo de desplazamiento desde el municipio de Itagüí al municipio de Medellín, es de aproximadamente 20 minutos.

Servicios públicos:

Las coberturas en servicios públicos del municipio, según datos del Observatorio Metropolitano de información para el año 2013 son:

Acueducto: Urbano 99,93%, zona rural del 94,32%.

Alcantarillado: Urbano 98,82% y zona rural del 75,08%.

Red de gas natural: Urbano 80,89%, rural 5,05%.

Servicio de energía eléctrica: Urbano 99,93 %, rural 99,37%.

Recolección de residuos: 99,5%.

Los estratos que predominan en el municipio son el 1,2 y 3 y los principales servicios de acueducto, alcantarillado y energía son prestados por Empresas Públicas de Medellín.

3. PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2012-2015 “UNIDOS HACEMOS EL CAMBIO”

El Plan de Desarrollo “UNIDOS HACEMOS EL CAMBIO” se desarrolla en líneas estratégicas que agrupan varias áreas de desarrollo, estas a su vez definen los programas y proyectos para lograr las metas y objetivos del Plan.

Línea estratégica 1. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

Línea estratégica 2. ITAGÜÍ, UNA AGENDA SOCIAL PARA LA VIDA

Línea estratégica 3. ITAGÜÍ COMPETITIVA, UNA CIUDAD PARA INVERTIR

Línea estratégica 4. ITAGÜÍ, TERRITORIO MODERNO, AMABLE Y SOSTENIBLE

La línea estratégica 2: ITAGÜÍ, UNA AGENDA SOCIAL PARA LA VIDA tiene como objetivo garantizar el acceso a los derechos y desarrollo de las potencialidades de la comunidad itagüiseña, superando obstáculos y barreras de naturaleza económica, social, política e institucional; con el fin de generar un desarrollo humano sostenible. Esta línea incluye los componentes de educación, cultura, salud y protección social. El propósito del área de desarrollo, Salud y Protección Social “UNIDOS HACEMOS MÁS POR LA SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL”, es impactar la calidad de vida y el bienestar social desde el entorno familiar, promoviendo el acceso y el derecho a una salud con calidad y brindando oportunidades de superación para intervenir las diversas formas de desigualdad social. Esta área incluye los siguientes programas:

Programa: Por una familia protegida y saludable

El objetivo de este programa es desarrollar diversos proyectos que impacten de manera positiva las necesidades básicas insatisfechas en salud y protección social, contribuyendo de esta forma al mejoramiento de las condiciones de vida de las familias y grupos más vulnerables del municipio.

Proyectos:

Aseguramiento en salud: Defendiendo su salud

Busca fortalecer la cobertura universal en salud mediante acciones de protección social dirigida a los grupos más vulnerables del municipio de Itagüí, implementando modelos de atención permanente, que promuevan el autocuidado, la prevención de la enfermedad, a través de estrategias como: médico en su casa, la telemedicina y la implementación de un sistema de información que permita realizar el monitoreo, evaluación en salud, seguimiento y análisis de la información generada en las entidades del sector. Se incorporan los siguientes componentes en este proyecto: prestación y desarrollo de servicios de salud, emergencias y desastres, promoción de factores protectores y prevención en riesgos laborales.

Salud Pública: Promoviendo su salud

Busca desarrollar actividades de prevención de la enfermedad de carácter colectivo, la implementación y el desarrollo de la estrategia Atención Primaria en Salud, APS renovada, implementar el programa de Escuelas y Colegios Saludables, programas de salud mental con énfasis en grupos de alto riesgo y con acciones encaminadas a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas PSA y de trastornos afectivos y de depresión. Con este proyecto también se hará la promoción de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables y se promoverán acciones para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva con énfasis en la prevención del embarazo adolescente y del cáncer de cuello uterino, entre otras.

Plantea la implementación de un modelo preventivo de: “Médico en su Casa”, como propuesta de atención que promoverá la prestación de los servicios en el entorno familiar y comunitario. Así mismo, plantea identificar los riesgos o eventos de enfermedades transmisibles. Se llevará a cabo mediante la implementación de campañas de prevención, vacunación, seguimiento y análisis de casos. Igualmente, contempla la búsqueda activa de brotes y asistencia técnica a instituciones para mejorar el control de los protocolos de vigilancia de eventos adversos epidemiológicos, que contribuyan a prestar un buen servicio en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.

Programa de Protección Social: protegiendo su familia

Busca desarrollar e implementar acciones de atención de niños y niñas con actividades de complementación alimentaria; también, brindar acciones para grupos vulnerables, como adultos mayores, discapacitados, maternas y gestantes, educación en estilos de alimentación saludable, el incremento de subsidios condicionados de familias en acción y asistencia social a las familias en pobreza extrema del municipio.

4. ORGANIZACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

El municipio de Itagüí para el año 2012 trabajó el proyecto de modernización institucional y la dependencia, Dirección Local de Salud, se convierte en la Secretaría de Salud y Protección Social, para cumplir las competencias del sector salud y las competencias de promoción social y la atención de grupos vulnerables. Según los resultados de la evaluación realizada por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, para evaluar la capacidad de gestión municipal en el año 2013, la Secretaría de Salud y Protección Social, obtuvo una calificación de 96, disminuyendo su capacidad de gestión en un punto porcentual respecto del año inmediatamente anterior. En el plan de mejoramiento como resultado de la evaluación, debe implementar acciones para la contratación oportuna del Plan de Intervenciones Colectivas PIC, con la red pública del Municipio, según los lineamientos de la normatividad vigente. Además, debe dar cumplimiento al decreto 1757 de 1994, en cuanto a la conformación del comité de participación comunitaria en salud COPACOS y la operación del mismo y el comité técnico de discapacidad según la ley 1145 de 2007.

4.1. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA

La Secretaría de Salud y Protección Social para cumplir las competencias de salud, cuenta con la siguiente estructura administrativa:

Tabla 1: Recurso Humano. Secretaría de Salud y Protección Social. Municipio de Itagüí.

ÁREA	MODALIDAD VINCULACIÓN		PERFIL DEL CARGO			TOTAL
	DIRECCIÓN (Despacho Secretario)	De planta	Contratos PS	Profesio- nal	Técnico	
Dirección (Despacho Secretario)	3	0	3	0	0	3
Aseguramiento Prestación de servicios	6	5	1	2	3	6
Salud Pública (incluye vigilancia epidemiológica y seguridad alimentaria)	6	0	4	2	0	6
Vigilancia y control- Salud ambiental	9	40	4	5		9
Participación social	1	1	1	1		2
Sistemas de información	2	3	0	1	1	2
Fondo local de salud (si los funcionarios pertenecen a la nómina de la Secretaría)	1	0	1	0	0	1
Otras áreas	4	0	3	0	1	4
TOTALES	32	49	17	11	5	81

Fuente: Secretaría de Salud y Protección Social. Itagüí.

Como se puede observar en la Tabla 1, la Secretaría de Salud tiene 81 funcionarios, de los cuales el 39,5% son de planta y 60,5% están bajo la modalidad de prestación de servicios; situación que se convierte en un factor crítico y determinante en la gestión de la dirección por el desgaste administrativo que implica el proceso de contratación del personal, el riesgo jurídico para la Administración Municipal, la pérdida de conocimiento y la continuidad en los programas y proyectos de salud.

Sin embargo, en la línea 1. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL, componente modernización institucional, se contempla un proyecto de modernización administrativa que tiene como propósito y alcance, la adecuación de los diferentes sistemas, procesos y procedimientos misionales necesarios para la prestación de los servicios a la comunidad, de una manera eficiente y eficaz y en este sentido, se espera adecuar la planta de cargos a las necesidades, para cumplir las competencias de ley de la Dirección Local de Salud.

4.2. RECURSOS FINANCIEROS

El Fondo Local de Salud, lo maneja directamente la Secretaría de Hacienda Municipal, tiene conformadas las cuatro cuentas maestras, según los lineamientos de resolución 3042 de 2007, 4204 de 2008 y 991 de 2009. Desde la Secretaría de Salud hacen la ordenación para los pagos según los requisitos de cada cuenta, la ordenación y el manejo la hace directamente el Secretario de Salud, con el apoyo de un profesional en contaduría. La Secretaría de Hacienda los retroalimenta permanentemente. El presupuesto para salud, básicamente se compone de recursos del Sistema General de Participaciones SGP, para aseguramiento, atención de la población no asegurada y salud pública. Los recursos de destinación específica son insuficientes, para cumplir las competencias en salud pública, los programas de promoción social y para apoyar la Red pública de Servicios de salud; 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 Itagüí. 2008-2012

DESTINACION DE RECURSOS PROPIOS PARA SALUD					
AÑO	2008	2009	2010	2011	2012
COFINANCIACIÓN RÉGIMEN SUBSIDIADO	1.914.372.055	1.183.758.441	776.342.000	2.111.442.624	1.879.244.000
PROYECTOS DE INVERSIÓN SALUD PÚBLICA	2.486.119.537	3.775.511.208	3.132.567.232	1.650.568.314	5.000.000.000
VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD	348.000.000	654.108.640	690.000.000	710.700.000	2.778.643.040
RED PÚBLICA DE SALUD	20.000.000	160.000.000	22.895.503	12.000.000	-
OTRAS INVERSIONES	9.476.114.140	9.767.180.124	9.995.879.288	6.221.732.665	8.766.466.833
TOTAL	14.244.605.732	15.540.558.4	14.617.684.023	10.706.443.603	18.424.353.873

Fuente: Secretaría de Salud y Protección Social. Itagüí.

4.3. CONTRATACIÓN CON LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) (PIC-POBLACIÓN NO ASEGURADA)

El Plan de intervenciones colectivas (PIC) para toda la población, es contratado con el Hospital del Sur del Municipio, este contrato incluye acciones para los siguientes programas:

Vacunación, acciones de información, educación y comunicación IEC de las líneas de SSR, salud infantil, enfermedades crónicas no trasmisibles y salud mental, y la operación del sistema de vigilancia epidemiológica, en cuanto a los eventos que se presentan. Adicionalmente, tienen el contrato para atención de la población pobre no asegurada al SGSSS, dando prioridad a la atención de grupos poblacionales más vulnerables, como menores de cinco años, maternas, adultos mayores y urgencias.

4.4. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD APS

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

4.5. PARTICIPACIÓN SOCIAL

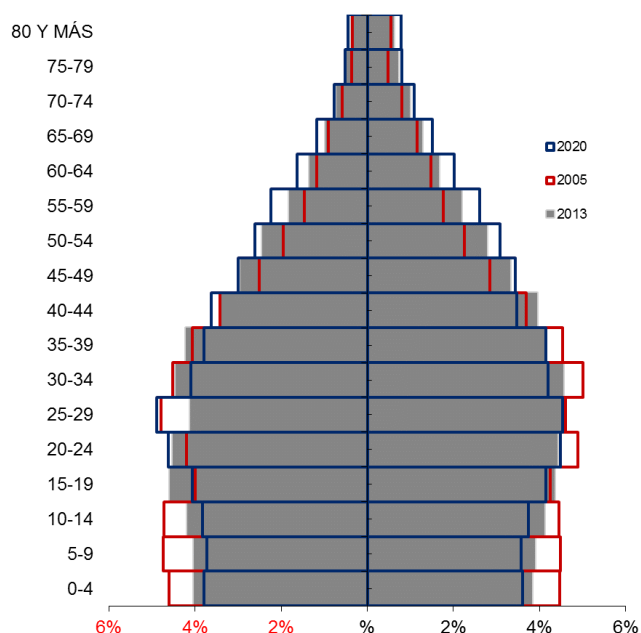
Las organizaciones de base definidas por la Ley, se caracterizan por bajos niveles de participación, debido a factores como: bajas habilidades y competencias para el análisis y deliberación para la construcción de consensos; bajas capacidades organizativas, técnicas, administrativas y sociales; las cuales 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 el decreto 1757 de 1994, y de acuerdo con el informe de evaluación de la gestión realizado en el año 2014 el Municipio de Itagüí tiene conformado el comité de participación social en salud COPACOS, el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud CTSSS está conformado y opera. Existe veeduría legalmente conformada y la asociación de usuarios se encuentra funcionando en el Hospital del Sur. Los procesos de asesoría a la comunidad se encuentran conformados y funcionando a través del Sistema de Atención a la Comunidad, desde la Secretaría de Salud, y el Sistema de Atención e Información al Usuario desde la Empresa Social del Estado.

5. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS

De acuerdo a las cifras presentadas por el DANE, censo de 2005 proyectado a 2014, Itagüí tiene una población de 217.343 habitantes, siendo ésta, la tercera población más grande del Área Metropolitana del Valle de Aburrá; representa el 7,1% del total. De esta población el 48,5% son hombres y el 51,5% mujeres; el 91,2% se ubica en la zona urbana y el 8,8% en la zona rural.

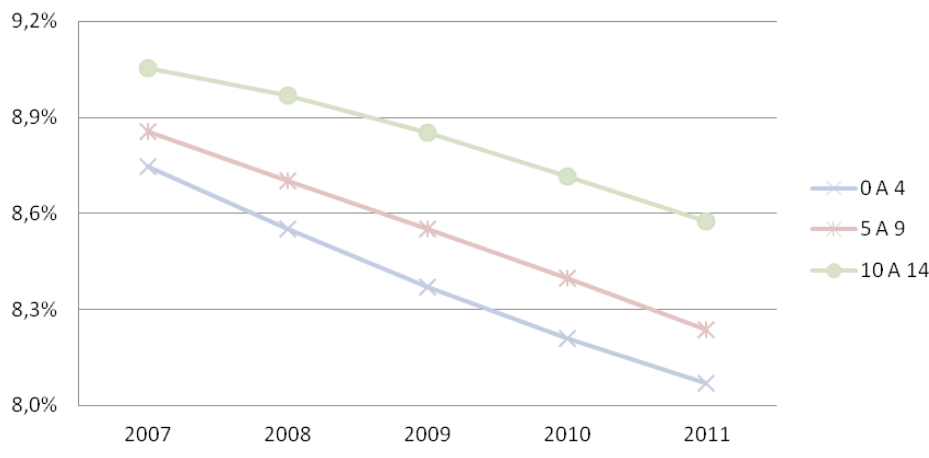
Gráfico 3. Pirámides Poblacionales. Itagüí. 2005 – 2013 - 2020



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE

Como se observa en el Gráfico 3, las pirámides poblacionales del municipio de Itagüí muestran una estructura muy recta en los primeros grupos poblacionales hasta los 24 años. A partir del grupo de 25 a 29 años, se logra observar una pirámide poblacional diferente hasta el grupo de 80 años y más. En la distribución porcentual por grupos de edad, se observa una disminución importante en los grupos de 0 a 4 y de 5 a 9 años. El crecimiento poblacional del Municipio de Itagüí para el período 2007-2011 fue del 5.1%, siendo el segundo municipio con menor crecimiento del Área Metropolitana.

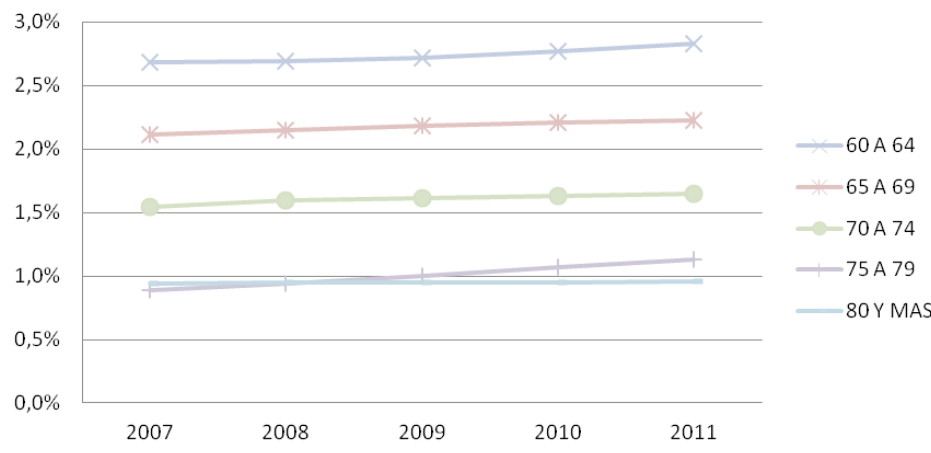
Gráfico 4. Comportamiento de la distribución porcentual de los grupos de edad de 0 a 14 años. Itagüí. 2007-2011



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE

En el comportamiento de la distribución de las poblaciones por grupos de edad, se visualiza una disminución en los últimos cinco años de casi 6% en las edades de 0 a 14 años. Por el contrario, el comportamiento en los grupos de edad mayor de 60 años, no muestra un crecimiento marcado como en los demás municipios del Valle de Aburrá. El crecimiento en estos grupos poblacionales no es mayor al 2% para el período revisado. (Ver Gráficos 4 y 5).

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

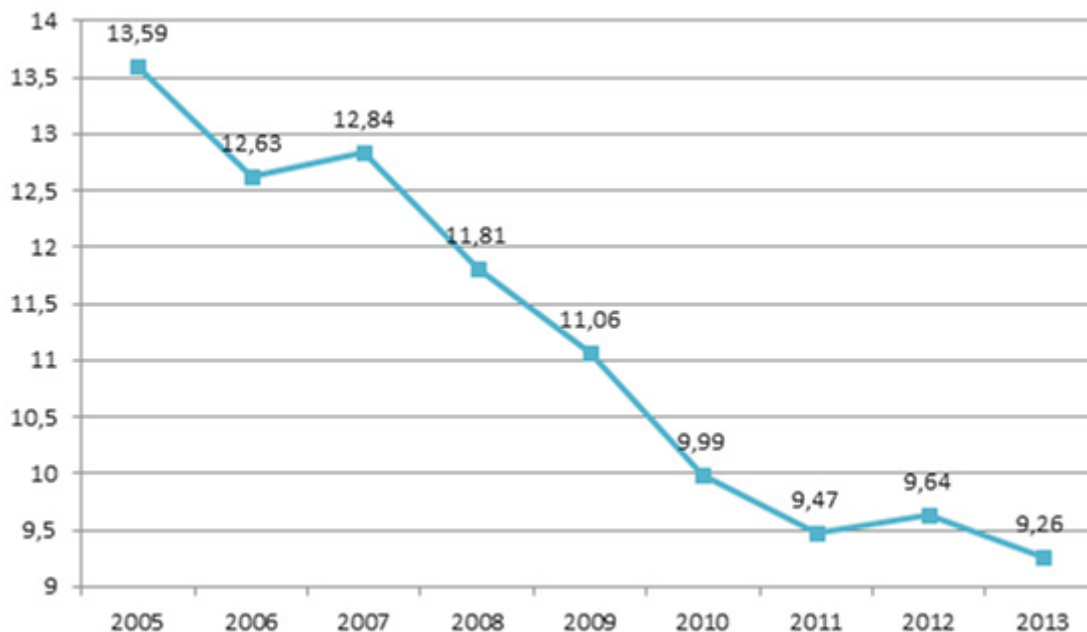


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE

6. FECUNDIDAD

El municipio ha experimentado una disminución paulatina de su tasa de fecundidad y natalidad en los últimos cinco años. El cambio producido en la natalidad ha significado una reducción del 26.2% en todo el período.

Gráfico 6. Tasa bruta de natalidad



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

Como se puede observar en el Gráfico 6, la tasa de natalidad en el Municipio de Itagüí, evidencia una tendencia de baja constante en la natalidad desde el año 2005 hasta el 2013, con unos pequeños picos en el 2007 y en el 2012. El año 2013 es el más bajo registrado en el período. Es de resaltar, además, que la tasa bruta de natalidad en el Municipio se mantiene por debajo de la media nacional, la cual se encuentra alrededor de los 17 nacimientos por cada mil habitantes.

Tabla 3: Consolidado fecundidad y natalidad. Municipio de Itagüí. 2007-2011

COMPORTAMIENTO DE LA FECUNDIDAD Y LA NATALIDAD. ITAGUI 2007-2011					
INDICADORES	AÑO				
	2007	2008	2009	2010	2011
TASA DE NATALIDAD	12,84	11,81	11,06	9,96	9,47
TASA DE FECUNDIDAD GENERAL	37,61	34,69	32,55	29,43	28,08
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	1,39	1,22	1,22	1,11	1,07
TEF 10-14	1,69	1,4	2,13	2,32	1,85
TEF 15-19	57,51	56,72	50,2	41,83	36,15
TEF 10-19	29,14	28,81	26,19	22,28	19,33
% GA 10-19	20	21	21	20	17

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

Las tasas específicas de fecundidad del grupo de adolescentes, muestra una disminución sostenida en el grupo de 15 a 19 años, no así para el grupo de 10 a 14 años, cuyo comportamiento ha sido más incierto. Es significativo el cambio en la fecundidad del grupo de 15 a 19 años en el período 2009-

2011. Con respecto a las tasas de fecundidad de los otros grupos de edad, se observa que el grupo de 20 a 24 años representa la mayor fecundidad, seguido del grupo de 25 a 29 años. (Ver Tabla 3).

Para el municipio de Itagüí, los grupos que han experimentado un incremento en su fecundidad han sido los grupos de 10 a 14 con el 11.1%, el de 40 a 44 con el 6% y el 45 a 49 años con el 100%. El grupo de edad que menos disminuyó su fecundidad fue el grupo de 30 a 34 años con el 14.6% y el que más disminución registró fue el de 15 a 19 años con el 31.7%. (Ver Tabla 3).

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

La cobertura del SGSSS en los últimos cinco años muestra un comportamiento muy estable en los dos regímenes. Las coberturas en el contributivo han estado cercanas al 70% en los últimos tres años, lo mismo que las coberturas rurales y urbanas. El municipio de Itagüí es, junto con el de Medellín, el que registra las mejores coberturas en el Valle de Aburrá.

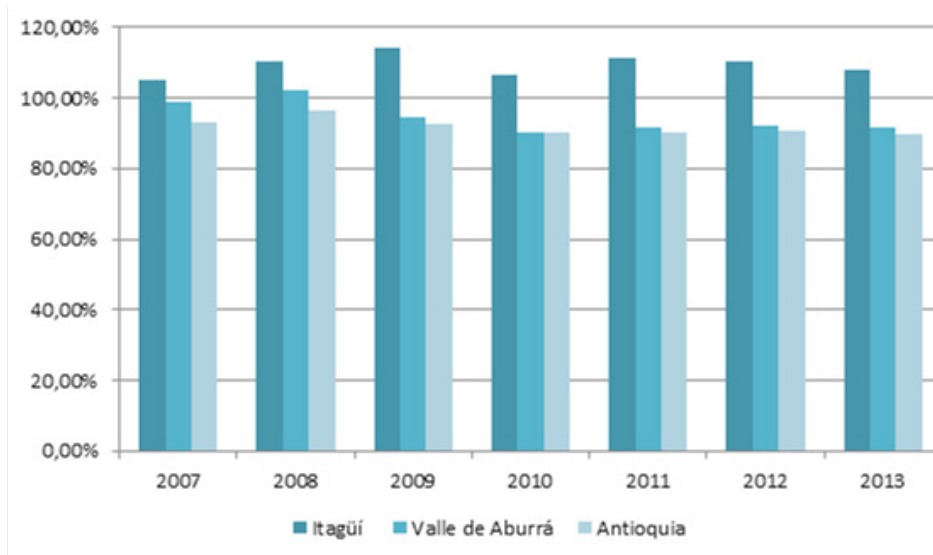
Tabla N° 4: Comportamiento de la cobertura del SGSSS. Itagüí. 2007-2013

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	242.403	71.772	29.61%	182.691	75.37%	104.98%	-12.060
2008	245.698	74.137	30.17%	197.379	80.33%	110.51%	-25.818
2009	248.950	68.630	27.57%	215.669	86.63%	114.20%	-35.349
2010	252.158	49.089	19.47%	219.690	87.12%	106.59%	-16.621
2011	255.369	50.958	19.95%	232.691	91.12%	111.07%	-28.280
2012	258.520	49.367	19.10%	233.659	91.14%	110.23%	-24.506
2013	261.662	48.371	18.49%	232.716	89.66%	108.15%	-21.321

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

La afiliación a los servicios de salud en el municipio de Itagüí se encuentra mayoritariamente en el régimen contributivo iniciando en el 2007 con un 75,37% de la población, para llegar hasta un 89,66% en el año 2013. A su vez, el régimen subsidiado mantiene un comportamiento de descenso, pasando del 29,61% en el año 2007 al 18,49% en el 2013. Es importante resaltar, además, que los datos generales muestran una sobre cobertura del sistema de salud en la población, con porcentajes superiores al 100%. (Ver Tabla 4).

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



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

En términos generales, el porcentaje de cobertura de aseguramiento del Municipio de Itagüí, se encuentra por encima de los porcentajes reportados en la escala metropolitana y departamental, expresando valores que superan el 100%, como puede evidenciarse en el Gráfico 7.

8. ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

8.1. MORBILIDAD

Al analizar el perfil de morbilidad del Municipio de Itagüí, proveniente del servicio de consulta externa, se identifica que el mayor porcentaje de consulta se registra en la población urbana, así mismo, las mujeres registran una frecuencia mayor en el uso de este servicio y el grupo de edad de 15 a 44 años agrupa los mayores porcentajes de atención.

Llama la atención la disminución en la consulta del grupo de menores de un año del año 2009 al año 2010, al caer casi 9%. De igual forma, se resalta el incremento de más del 50% en las consultas de la población mayor de 60 años al pasar del 10.6% en el año 2007 al 24.55 en el año 2011.

Tabla 5: Consolidado morbilidad por consulta externa. Municipio de Itagüí.

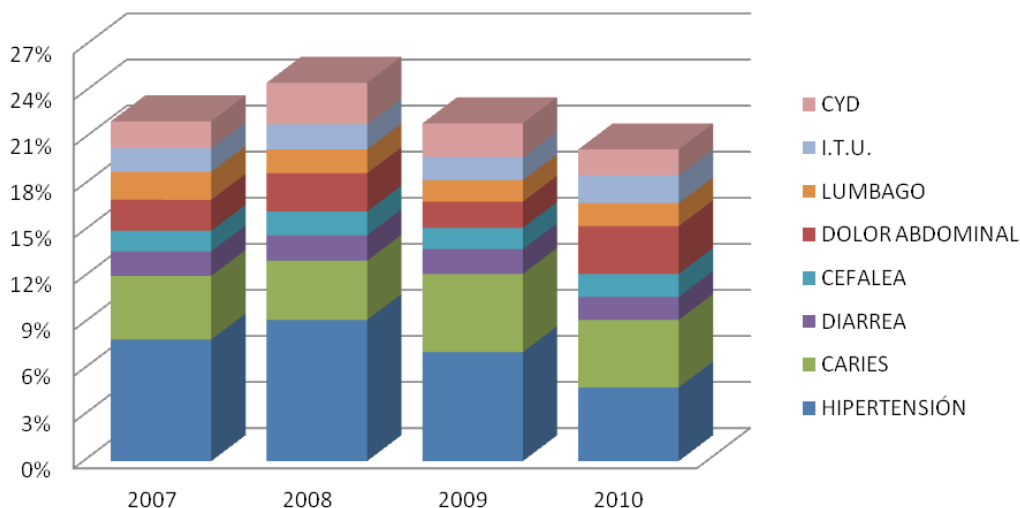
MORBILIDAD CONSULTADA. CONSULTA EXTERNA. ITAGÜÍ 2007 -2011					
VARIABLE	AÑO				
	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL	257691	259540	190079	245040	6075
URBANO	97,0%	94,1%	97,2%	96,3%	97,3%
RURAL	3,0%	5,9%	2,8%	3,7%	2,7%
HOMBRES	36,1%	34,9%	37,9%	37,8%	37,6%
MUJERES	63,9%	65,1%	62,1%	62,2%	62,4%
< 1 AÑO	9,9%	11,7%	10,6%	1,9%	1,8%
1 A 4	7,2%	6,3%	7,9%	6,8%	1,2%
5 A 14	6,0%	6,7%	6,5%	10,2%	2,3%
15 A 44	43,5%	35,8%	40,3%	42,3%	40,7%
45 A 59	22,8%	24,4%	24,5%	20,8%	29,5%
> 60	10,6%	15,2%	10,2%	18,0%	24,5%

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

Al revisar las principales causas de consulta, se encuentra que la hipertensión arterial, la caries y las consultas derivadas del programa de crecimiento y desarrollo, son las que más frecuencia de uso tienen por la población del municipio. Llama la atención cómo la cefalea, aparece dentro de las 10 primeras causas de consulta.

El comportamiento de las consultas por el servicio de urgencias muestra similitudes con el de consulta externa. Se resalta el incremento en más del 300% en las consultas por el servicio de urgencias del grupo poblacional de mayores de 60 años, al pasar de 5.2% en la frecuencia de uso de este servicio en el año 2007, al 24.4% para el año 2011. (Ver Gráfico 8).

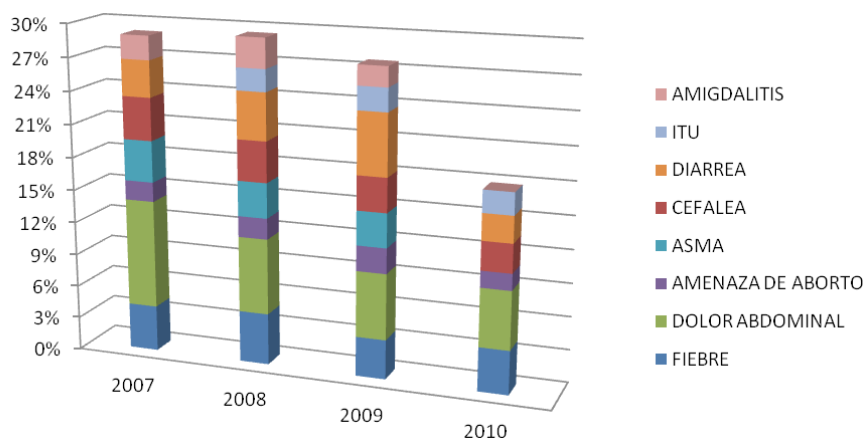
Gráfico 8. Distribución porcentual principales causas de consulta externa. Itagüí. 2007-2010



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

Las principales causas de consulta del servicio de urgencias para el Municipio de Itagüí, incluyen diagnósticos que relacionan síntomas inespecíficos de alguna otra dolencia, como es el caso de las consultas por fiebre, cefalea y dolor abdominal no especificado. (Ver Gráfico 9).

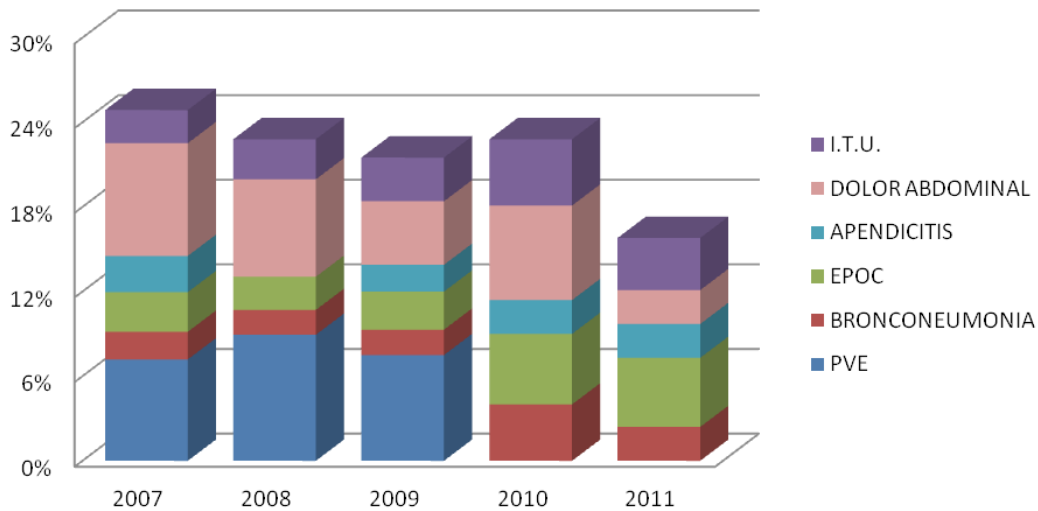
Gráfico 9. Distribución porcentual principales causas de consulta urgencias. Itagüí. 2007-2010



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

A diferencia de otros municipios, Itagüí sólo tiene dentro de su perfil de hospitalización, una causa relacionada con la salud reproductiva, pero esta causa es representativa en el período 2007-2009. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica viene en aumento y la apendicitis aparece como una causa importante dentro de este perfil.

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



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

8.2. CAMBIOS EN LA MORTALIDAD

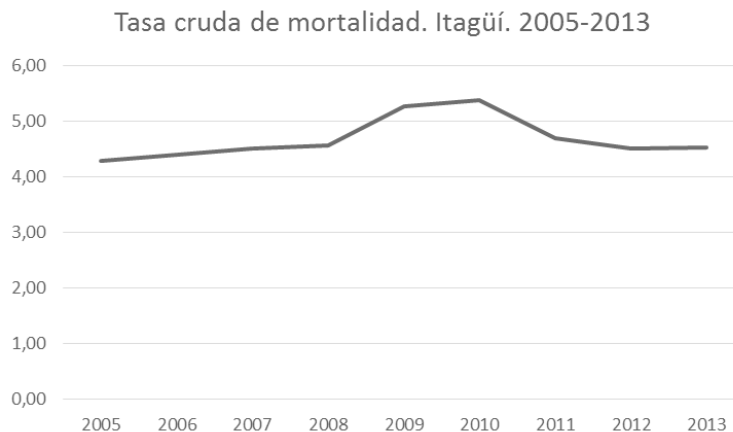
Tabla N° 6: Tasa de mortalidad por mil habitantes

	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	Tasa x mil habitantes	Casos	Tasa x mil habitantes	Casos	Tasa x mil habitantes	Casos	Tasa x mil habitantes	Casos	Tasa x mil habitantes	Casos	Tasa x mil habitantes	Casos	Tasa x mil habitantes	Casos	Tasa x mil habitantes	Casos	Tasa x mil habitantes
Itagüí	1007	4,3	1050	4,4	1090	4,5	1120	4,6	1311	5,3	1370	5,4	1224	4,8	1180	4,6	1185	4,5
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.

En términos generales, la tasa de mortalidad en el Municipio de Itagüí, se encuentra por debajo de la correspondiente al Valle de Aburrá y al departamento de Antioquia, a excepción de los años 2009 y 2010, en los que ésta fue mayor (ver Gráfico 13). Para los demás años, la tasa de mortalidad osciló entre 4,3 y 4,8 por cada mil habitantes. (Ver Tabla 6).

Gráfico 11. Tasas crudas de mortalidad. Itagüí. 2007-2011



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

Las principales causas de mortalidad registradas incluyen la enfermedad isquémica del corazón, las agresiones con un alto porcentaje, las enfermedades crónicas respiratorias y las enfermedades cerebrovasculares.

Tabla N° 7: Tasa de mortalidad por causa. Itagüí. 2005-2013

Tasa por causa de mortalidad	2005	2007	2009	2011	2013
Mortalidad infantil en menores de 1 año	6,22	10,50	5,78	6,17	6,16
Mortalidad infantil en menores de 5 años	1,36	2,27	1,06	1,02	0,88
Mortalidad por cáncer de cuello uterino	6,58	10,39	3,12	3,81	5,95
Mortalidad por cáncer de mama	18,11	9,59	12,47	6,85	11,16
Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tasa por causa de mortalidad	2005	2007	2009	2011	2013
Mortalidad por homicidio	55,75	39,62	127,75	72,45	33,63
Mortalidad por infarto agudo de miocardio	48,09	51,18	62,27	78,33	65,73
Mortalidad por suicidio	3,83	5,37	4,82	4,70	4,97
Mortalidad por tuberculosis pulmonar	0,43	0,41	1,61	1,96	0,00
Mortalidad por VIH-SIDA	2,13	4,95	5,22	5,48	3,44

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

Para el Municipio de Itagüí, el infarto agudo de miocardio y los homicidios representan las causas con mayor tasa de mortalidad, llegando incluso a superar la tasa de 100 por mil habitantes, como es el caso de los homicidios en el 2009 (127,75). (Ver Tabla 7).

8.3. COBERTURAS EN VACUNACIÓN

La cobertura en vacunación evidencia un aumento considerable hacia los años 2012 y 2013, casi 30 puntos por encima del porcentaje del año anterior, alcanzando valores cercanos al 100%. Lo anterior, contrasta con el período de disminución que venía presentando desde el 2007, y que llegó a su punto más bajo en el año 2011. (Ver Tabla 8).

Tabla N° 8: Coberturas en vacunación. Itagüí. 2007-2013

Año	POLIO		DPT		BCG		HEPATITIS B		HIB		SRP		FIEBRE AMARILLA	
	3a. Dosis	%	3a. Dosis	%	Dosis Única	%	3a. Dosis	%	3a. Dosis	%	Dosis Única	%	Dosis Única	%
2007	3.046	73,6%	2.992	72,3%	2.118	51,2%	2.994	72,4%	3.036	73,4%	3.118	74,6%	3.147	75,3%
2008	3.502	85,5%	3.500	85,4%	1.950	47,6%	3.495	85,3%	3.504	85,5%	3.410	82,4%	3.051	73,8%
2009	3.136	76,8%	3.217	78,8%	2.183	53,5%	3.154	77,3%	3.218	78,9%	3.291	80,1%	2.920	71,1%
2010	2.804	68,3%	2.813	68,6%	1.829	44,6%	2.688	65,5%	2.818	68,7%	2.857	69,4%	2.057	50,0%
2011	2.726	66,7%	2.737	67,0%	1.698	41,6%	2.666	65,3%	2.728	66,8%	2.947	71,9%	3.188	77,8%
2012	2.665	94,3%	2.666	94,3%	2.078	73,5%	2.660	94,1%	2.663	94,2%	2.690	95,2%	2.684	95,0%
2013	2.640	96,4%	2.621	95,7%	1.999	73,0%	2.625	95,8%	2.579	94,1%	2.598	92,0%	2.613	92,5%

Fuente: Secretaría 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 casos reportados de intento de suicidio y el incremento de los casos de VIH entre el 2010 y el 2011.

Tabla 9: Eventos de interés en salud pública. Municipio de Itagüí. 2007-2013

COMPORTAMIENTO DEL NÚMERO DE CASOS DE ALGUNOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA. ITAGÜÍ. 2007 -2013							
EVENTO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
VIH	30	31	54	51	61	54	57
PREVALENCIA VIH	0,095	0,106	0,126	0,145	0,167	0,209	0,218
SÍFILIS CONGÉNITA	0	3	2	1	3	2	2
TUBERCULOSIS PULMONAR	47	57	48	62	58	59	46
INTENTO DE SUICIDIO		10	68	185	193	203	153
DENGUE	261	7	47	3423	108	99	824

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

9. DIAGNÓSTICO DE RED EN SALUD DEL MUNICIPIO

Tabla N° 10: Instituciones Prestadoras de Salud de carácter público. Itagüí. 2014

Instituciones Prestadoras de Salud de carácter público	ESE. Hospital del Sur Gabriel Jaramillo Piedrahita. Centros de Salud de Santamaría, Calatrava, Triana y San Pío
	ESE. Hospital San Rafael de Itagüí: 1 y 2

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

En la Tabla 10 se resume la red de salud del Municipio de Itagüí.

10. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEL SUR “GABRIEL JARAMILLO PIEDRAHITA”

El Hospital del Sur “Gabriel Jaramillo Piedrahita” fue transformado en Empresa Social del Estado, ESE, mediante Acuerdo Municipal No 11 de septiembre de 1999. Se fusionaron los Centros de Salud de Santamaría, Calatrava, Triana y San Pío, conformando la ESE Hospital del Sur, con tres sedes.

10.1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

Tabla 11: Plataforma Estratégica. ESE Hospital del Sur. Itagüí.

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

Fuente: Empresa Social del Estado - ESE Hospital del Sur.

La plataforma estratégica cumple con todos los criterios del sistema obligatorio de calidad y de los requerimientos de la acreditación voluntaria que posee la institución. (Ver Tabla 11).

10.2. CAPACIDAD INSTALADA

Tabla 12: Capacidad Instalada. ESE Hospital del Sur. Itagüí.

Servicio	Distribución
Consulta Externa	11 consultorios
Promoción y Prevención	6 consultorios
	3 consultorio enfermería
	2 consultorio vacunación
	1 consultorio Vigilancia Epidemiológica
Odontología	8 unidad
Servicio Farmacéutico	
Urgencias	1 consultorio triage
	3 consultorios
	1 sala reanimación
	1 sala séptica
	5 camillas de observación
	8 sillas de sala de inhalo terapia
	1 sala de procedimientos
Hospitalización	3 camas Pediatría
	11 camas Medicina Interna
	4 camas Ginecoobtetricia
	1 sala de partos
Trasporte atención básica	1 ambulancia
Radiología e imágenes diagnósticas	2 consultorios
Laboratorio Clínico	5 puestos de toma de muestra
	2 consultorios de toma de muestra de citología cérvico uterina
Call Center	5 unidades

Fuente: Empresa Social del Estado - ESE Hospital del Sur.

En la Tabla 12 se resume la capacidad instalada de la ESE.

10.3. RECURSOS HUMANOS

El 37% de los funcionarios del Hospital se encuentran vinculados mediante las modalidades de contratos de prestación de servicios o a través de terceros. (Ver Tabla 13).

Tabla 13: Recursos humanos. ESE Hospital del Sur. Itagüí. 2014

CARGO	APROB.
GERENTE	1
CONTROL INTERNO	1
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO	1
SUBDIRECTOR CIENTIFICO	1
ASESOR	
SALUD OCUPACIONAL	1
JURIDICO	1
ASESOR	
MEDICO - TECNOVIGILANCIA	1
CALIDAD	1
PROF. UNIVERSITARIO	1
PROF. UNIVERSITARIO	1
PROF. UNIVERSITARIO	1
PROF. UNIVERSITARIO	2
PROF. UNIVERSITARIO	1
PROF. UNIV. AREA SALUD	2
TESORERO GENERAL	1
ALMACENISTA GENERAL	1
TECNICO ADMINISTRATIVO	1
TECNICO ADMINISTRATIVO	1
TÉCNICO OPERATIVO	3
TÉCNICO OPERATIVO	1
TÉCNICO OPERATIVO	5
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	4
SECRETARIO	1
MEDICO GENERAL	24
PROF. UNIV. S.S.O.	3
ODONTÓLOGO	1
PROF. UNIV. S.S.O.	3
ENFERMERO	3
TÉCNICO ÁREA SALUD	1
AUXILIAR ÁREA SALUD	38
FARMACIA	2
ODONTOLOGIA	3
ENFERMERIA	31
LABORATORIO	2
TOTAL CARGOS	107

CARGO	APROB.
GERENTE	1
CONTROL INTERNO	1
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO	1
SUBDIRECTOR CIENTIFICO	1
ASESOR	
SALUD OCUPACIONAL	1
JURIDICO	1
ASESOR	
MEDICO - TECNOVIGILANCIA	1
CALIDAD	1
PROF. UNIVERSITARIO	1
PROF. UNIVERSITARIO	1
PROF. UNIVERSITARIO	1
PROF. UNIVERSITARIO	2
PROF. UNIVERSITARIO	1
PROF. UNIV. AREA SALUD	2
TESORERO GENERAL	1
ALMACENISTA GENERAL	1
TECNICO ADMINISTRATIVO	1
TECNICO ADMINISTRATIVO	1
TÉCNICO OPERATIVO	3
TÉCNICO OPERATIVO	1
TÉCNICO OPERATIVO	5
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	4
SECRETARIO	1
MEDICO GENERAL	24
PROF. UNIV. S.S.O.	3
ODONTÓLOGO	1
PROF. UNIV. S.S.O.	3
ENFERMERO	3
TÉCNICO ÁREA SALUD	1
AUXILIAR ÁREA SALUD	38
FARMACIA	2
ODONTOLOGIA	3
ENFERMERIA	31
LABORATORIO	2
TOTAL CARGOS	107

Total funcionarios: 170

Fuente: Empresa Social del Estado - ESE Hospital del Sur.

10.4. PORTAFOLIO DE SERVICIOS

• Hospitalización de Primer nivel

El servicio de hospitalización se brinda en la sede de San Pío. Cuenta con 18 camas, dos salas para partos: una principal y una auxiliar, un oratorio y una zona húmeda para madres lactantes.

El horario de visita: todos los días de 10:00 am a 5:30 pm.

Imaginología

- Básica
- Radiología
- Ecografía

Laboratorio clínico

- Hematología.
- Química sanguínea
- Parasitología
- Uroanálisis.
- Inmunología.

Horarios de atención

Sede Santamaría: lunes a viernes 6:30 am a 8:00 am.

Sede San Pío: lunes a viernes 6:00 am a 9:00 am.

Odontología

- Odontología general
- Operatoria
- Cirugía oral
- Periodoncia, endodoncia
- Programa preventivo en salud oral
- Higiene oral
- Profilaxis
- Fluorización
- Urgencias

Horarios de atención:

Sede San Pío: lunes a viernes de 7:00 am a 6:00 pm.

Sábados de 8:00 a.m. a 12:00 m

Sede Santamaría: Lunes a viernes de 7:00 am a 6:00 pm.

Sábados de 8:00 a.m. a 12:00 m.

Sede Calatrava: Lunes a viernes de 7:00 am a 5:00 pm.

Horario especial de urgencias:

San Pío: lunes a viernes de 7:00 pm a 12:00 am.

Sábados, domingos y festivos: 1:00 pm a 12:00 am.

Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

- Planificación familiar de mujeres y hombres
- Citología Vaginal
- Crecimiento y desarrollo (menores de 10 años)

- Control prenatal (Pareja Gestante)
- Joven sano (de 10 a 29 años)
- Adulto sano (Desde los 45 años, 50, 55, 60...)
- Vigilancia de enfermedades de interés de salud pública
- Riesgo cardiocerebrovascular
- Salud visual
- Vacunación
- Salud oral
- Prevención de cáncer de seno

Servicio Farmacéutico

Cuenta con una línea de atención farmacéutica, teléfono: 277 56 88, la cual funciona de lunes a viernes de 8:00 am a 4:00 pm.

El servicio cuenta con un consultorio farmacológico en la Sede de Santamaría, disponible para atender los días martes de 8:00 am a 12:00 m. Para los usuarios de los programas de HTA y DM, programa AIRES.

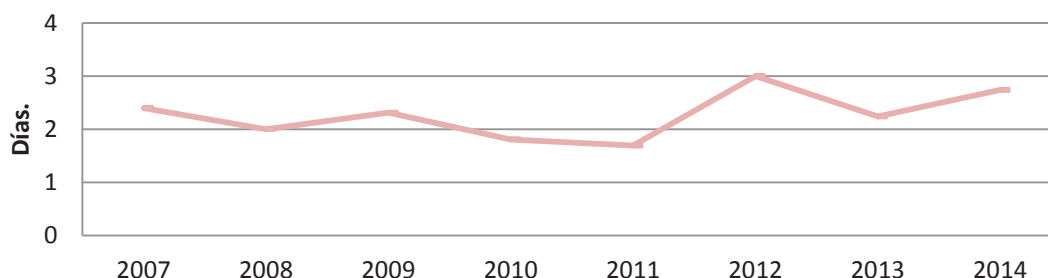
Urgencias

El servicio de urgencias se presta en la sede de San Pío las 24 horas.

11. INDICADORES

11.1. INDICADORES DE CALIDAD

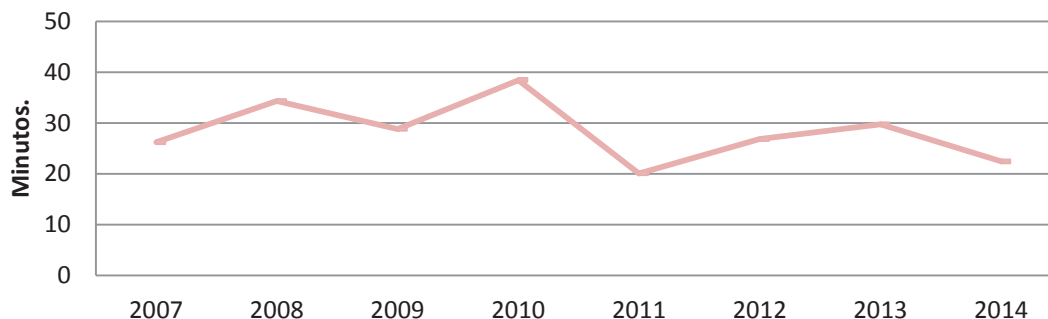
Gráfico 13. Comportamiento de la oportunidad en la asignación de cita médica general. ESE Hospital del Sur. 2007-2014.



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 13 se observa que la oportunidad en la asignación de la cita médica general cumple con los estándares nacionales, estable por debajo de los tres días, situación que habla de una buena calidad en la prestación del servicio.

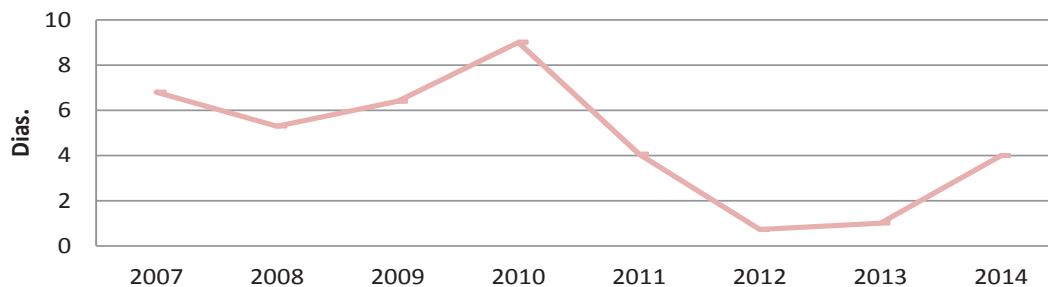
Gráfico 14. Comportamiento de la oportunidad en la consulta de urgencias. ESE Hospital del Sur. 2007-2014.



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 14 se observa que la oportunidad en la consulta de urgencias se ha mantenido por debajo de los 30 minutos en los últimos cuatro años. El mejoramiento de este indicador impacta en la accesibilidad y calidad de los servicios prestados en la institución.

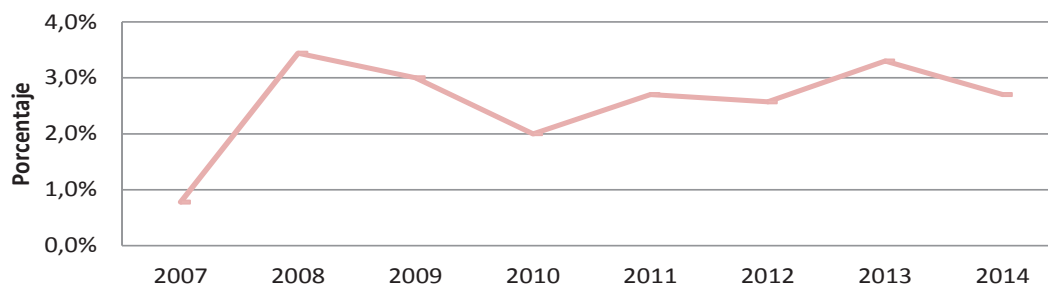
Gráfico 15. Comportamiento de la oportunidad en la asignación de cita odontológica. ESE Hospital del Sur. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 15 se observa que desde el año 2010 mejoró la oportunidad en la asignación de citas odontológicas, con un aumento de tres días en el último año, en general mejorando la accesibilidad al servicio de odontología y cumpliendo con la exigencia nacional en este indicador.

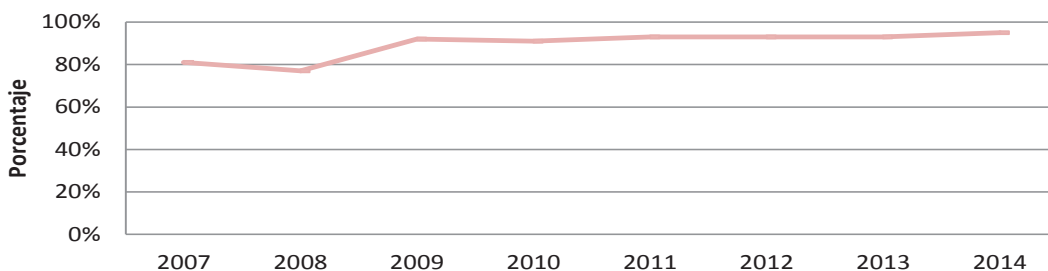
Gráfico 16. Comportamiento de la tasa de reingreso de paciente hospitalizado. ESE Hospital del Sur. 2007-2014.



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 16 se observa que la tasa de reingreso de pacientes hospitalizados se mantiene dentro de un mismo rango desde el año 2008, con una ligera mejoría en el último año evaluado. Valdría la pena revisar los casos para mejorar este indicador asociado a la seguridad del paciente y a la calidad de la prestación del servicio de salud.

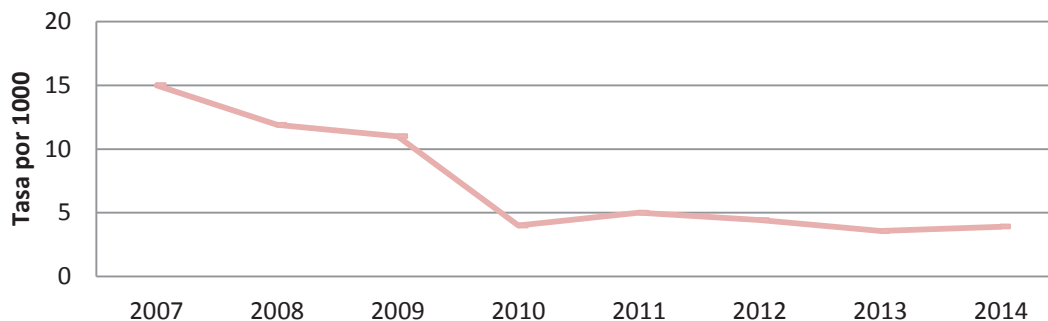
Gráfico 17. Comportamiento de la proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada. ESE Hospital del Sur. 2007-2014.



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 17 se observa que la proporción de pacientes con hipertensión controlada es bastante bueno, con un promedio de 90% en los últimos seis años, situación que refleja un buen impacto del programa y de las actividades asociadas a promoción de la salud y prevención de la enfermedad, especialmente las relacionadas con la enfermedad cardio-cerebro-vascular.

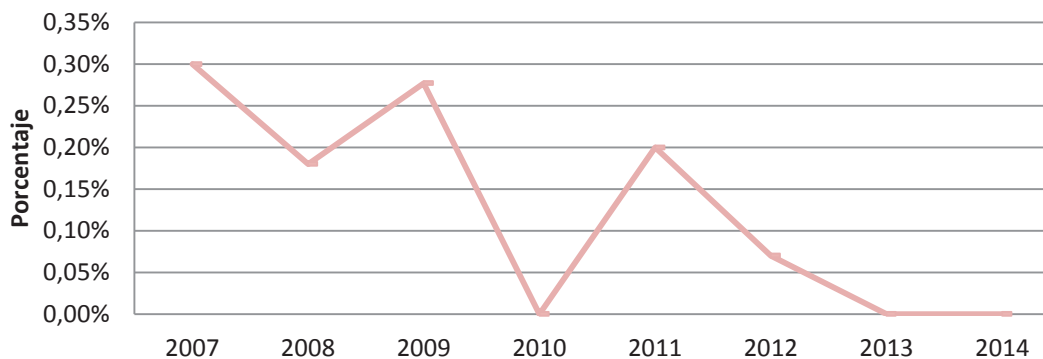
Gráfico 18. Comportamiento de la tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas. ESE Hospital del Sur. 2007-2014.



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 18 se observa que la tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas se redujo de manera importante desde el 2007, 15 por mil egresos, manteniéndose estable en los últimos cinco años, alcanzando la máxima reducción en los dos últimos, situación que refleja calidad en la atención y seguridad del paciente.

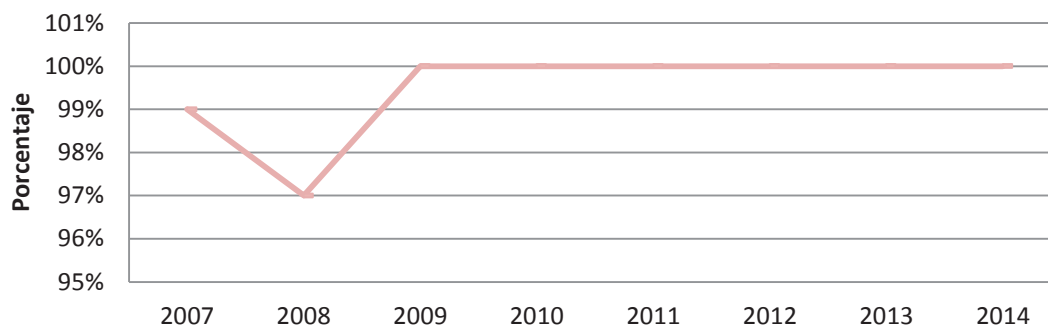
Gráfico 19. Comportamiento de la tasa de infección intrahospitalaria. ESE Hospital del Sur. 2007-2014.



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 19 se observa que la tasa de infección intrahospitalaria ha disminuido desde el primer año evaluado, con algunos picos de ascenso, pero con tendencia progresiva a la baja desde el año 2011, hasta alcanzar valores de cero en los dos últimos años, un importante indicador de seguridad del paciente y de calidad en la prestación del servicio.

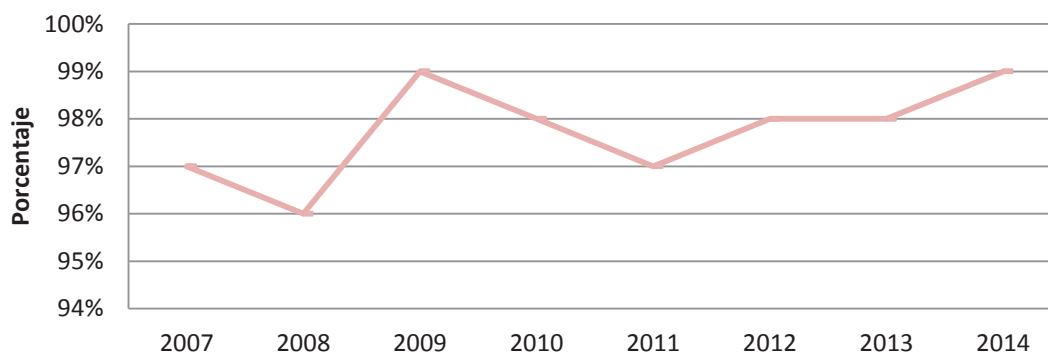
**Gráfico 20. Comportamiento de la proporción de vigilancia de eventos adversos.
ESE Hospital del Sur. 2007-2014.**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 20 se observa 100% de vigilancia a los eventos adversos que se presentan en la institución en los últimos seis años, reflejando un compromiso con la seguridad del paciente y la calidad de los servicios.

**Gráfico 21. Comportamiento de la tasa de satisfacción global.
ESE Hospital del Sur. 2007-2014.**

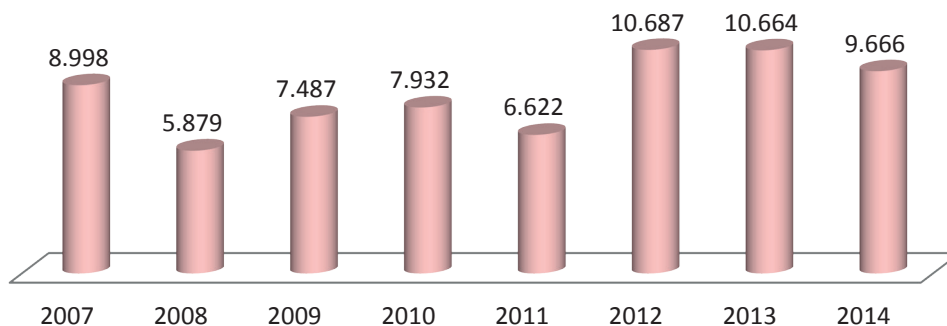


Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 21 se observa una excelente valoración por parte de los pacientes y sus familias, acerca de los servicios prestados en la institución durante el período evaluado, siempre por encima del 96%.

11.2. INDICADORES DE PRODUCCIÓN

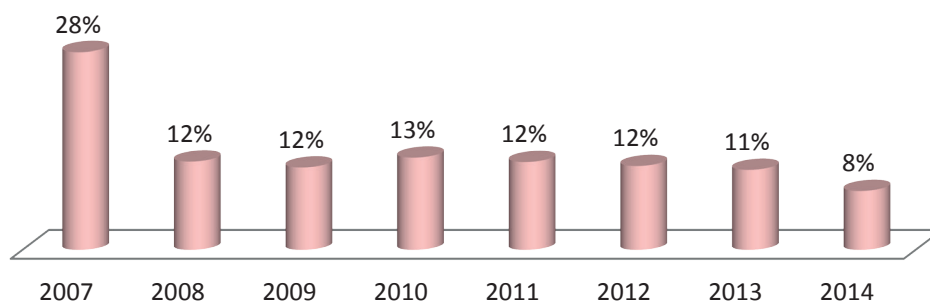
**Gráfico 22. Comportamiento de las consultas de enfermería.
ESE Hospital del Sur. 2007-2014.**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de información hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 22 se observa que desde el año el 2012, se presenta un aumento importante en el total de controles de enfermería, situación que sugiere continuidad en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

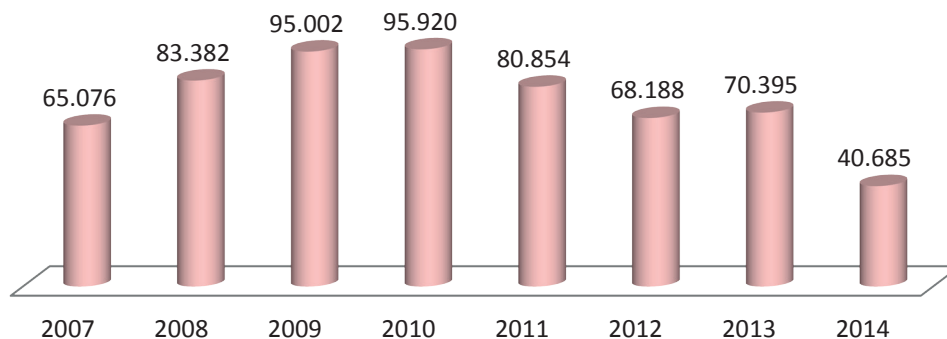
**Gráfico 23. Comportamiento de la cobertura estimada con citología.
ESE Hospital del Sur. 2007-2014.**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de información hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 23 se observa que el número total de citologías en los últimos cuatro años, en el grupo poblacional de mujeres de 25 a 69 años, presenta una tendencia relativamente constante, con un ligero descenso en el último año. Es probable que los tipos y cantidades de contratos con los aseguradores afectan este indicador.

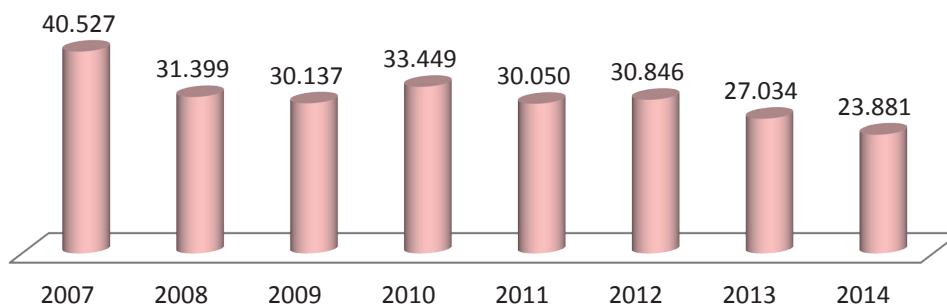
**Gráfico 24. Comportamiento del total de consultas de medicina general.
ESE Hospital del Sur. 2007-2014.**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de información hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 24 se observa una reducción sostenida en el número total de consultas de medicina general desde el año 2011, mucho más significativa en el último año. Este indicador sugiere disminución en la capacidad resolutoria y en la producción de la institución. Es posible que los tipos y cantidades de contratos con los aseguradores afecten este indicador.

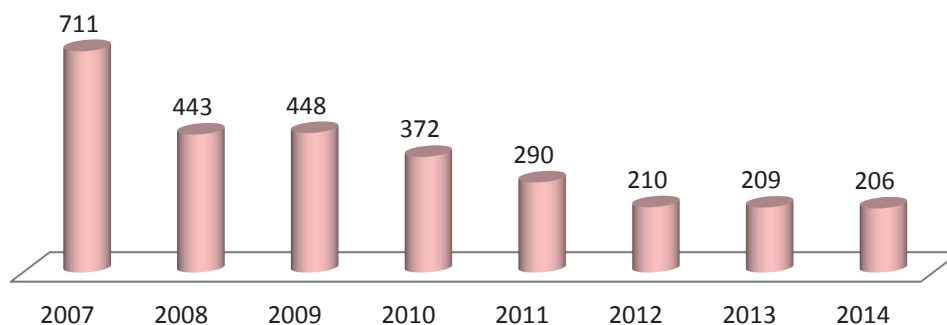
**Gráfico 25. Comportamiento del total de consultas de urgencias.
ESE Hospital del Sur. 2007-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de información hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 25 se observa un descenso sostenido desde el año 2007 en el total de consultas médicas de urgencias. Si se asocia este indicador a la disminución de la consulta externa por médico general, se ratifica la merma en la capacidad resolutoria y de producción de la institución.

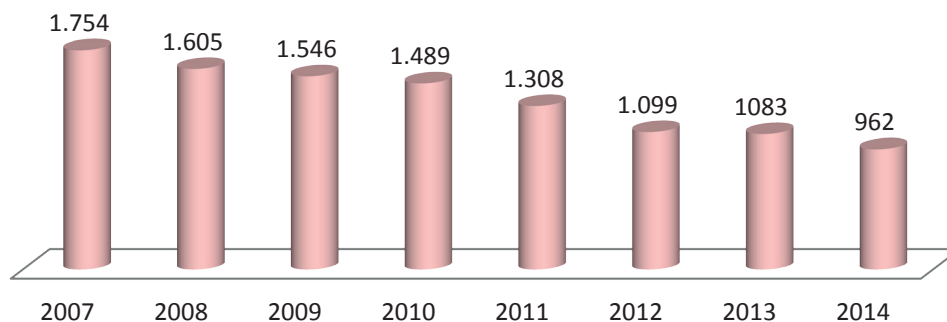
**Gráfico 26. Comportamiento del total de partos vaginales.
ESE Hospital del Sur. 2007-2014.**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de información hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 26 se observa que el total de partos vaginales presenta una reducción progresiva y sostenida en el período evaluado, manteniéndose estable en los últimos tres años. Es probable que esta situación se deba a los tipos y cantidades de contratos; porque, la sola reducción de la tasa de natalidad, no lo explica.

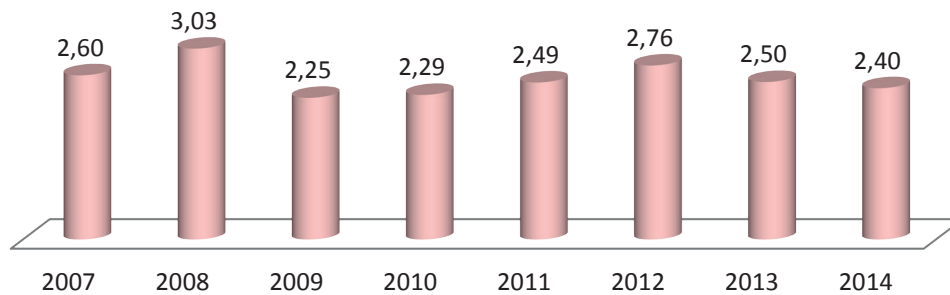
**Gráfico 27. Comportamiento del egreso hospitalario.
ESE Hospital del Sur. 2007-2014.**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de información hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 27 se observa que el total de egresos hospitalarios presenta una reducción progresiva y sostenida en el período evaluado. Es probable que esta situación se deba a los tipos y cantidades de contratos.

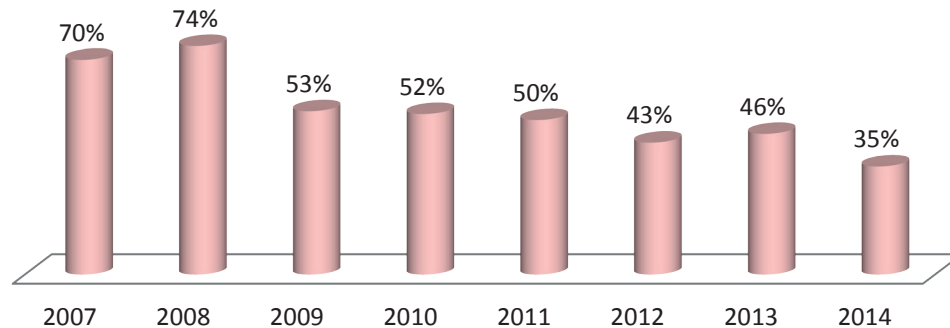
**Gráfico 28. Comportamiento del promedio días estancia.
ESE Hospital del Sur. 2007-2014.**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de información hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 28 se observa que el promedio día estancia en los últimos ocho años se encuentra prácticamente estable, alrededor de 2.5 días; promedio adecuado para las patologías que maneja una institución de baja complejidad.

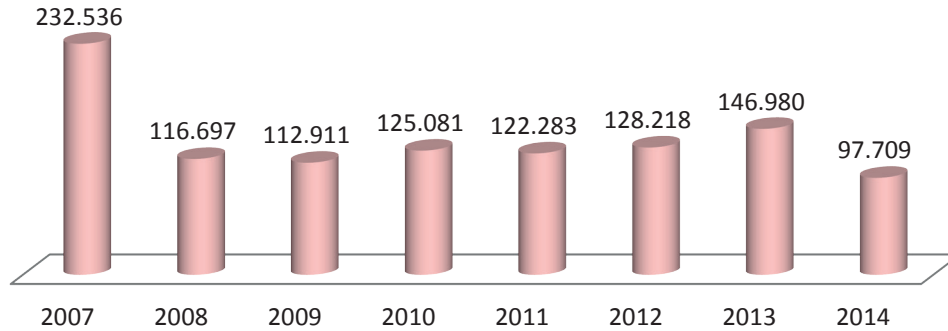
**Gráfico 29. Comportamiento del porcentaje ocupacional.
ESE Hospital del Sur. 2007-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de información hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el Gráfico 29 se observa una reducción progresiva de la ocupación del hospital en el período evaluado, situación que muestra una reducción en la utilización de la capacidad instalada y en su capacidad resolutive. Es probable que se deba a los tipos y cantidades de contratos con las aseguradoras.

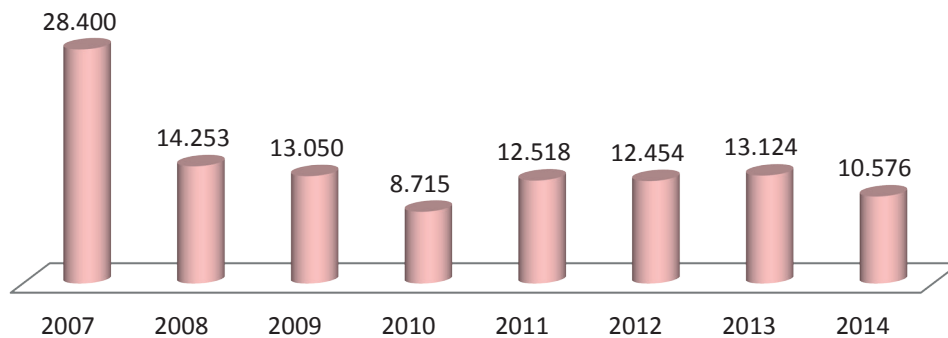
**Gráfico 30. Comportamiento del total de exámenes de laboratorio.
ESE Hospital del Sur. 2007-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de información hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 30 se observa que el total de exámenes de laboratorio se ha mantenido constante desde el año 2008, con un descenso importante en el último año, situación coherente con la reducción en la producción de hospitalización, consulta externa y urgencias. Es probable que esta situación se deba a los tipos y cantidades de contratos con las aseguradoras

**Gráfico 31. Comportamiento del total de imágenes diagnósticas.
ESE Hospital del Sur. 2007-2014**

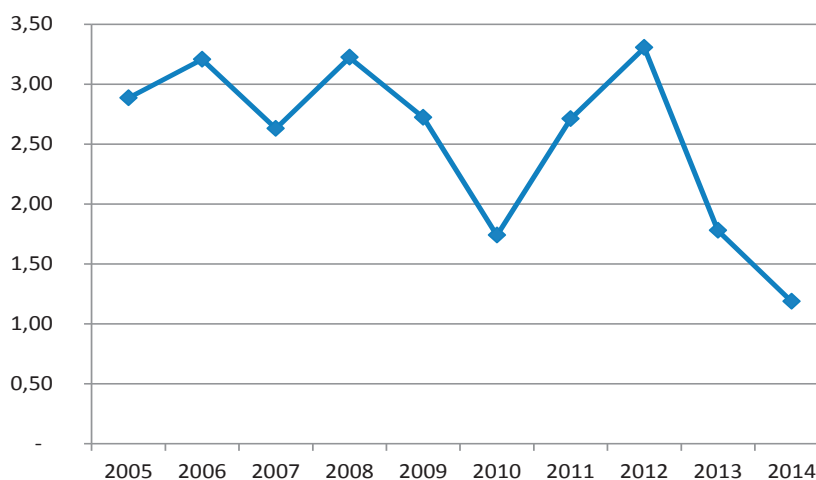


Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de información hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 31 se observa que el total de imágenes diagnósticas, se presenta estable desde el año 2011, con un descenso mediano en el último año; situación coherente con la reducción en la producción de hospitalización, consulta externa y urgencias. Es probable que esta situación se deba a los tipos y cantidades de contratos con las aseguradoras.

11.3. INDICADORES FINANCIEROS

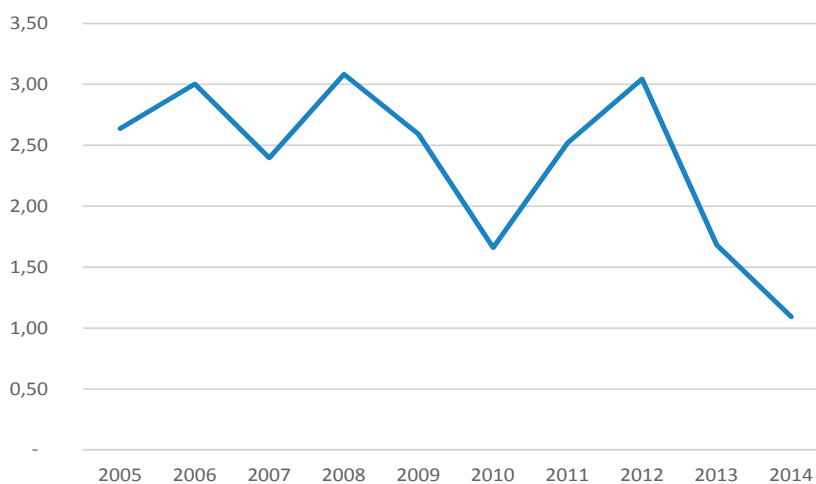
**Gráfico 32. Comportamiento del índice de liquidez.
ESE Hospital del Sur 2005-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 32 se observa que el índice de liquidez presenta una reducción desde el año 2012, cuando había presentado un pico de recuperación. Hoy la institución cuenta con 1.20 pesos por cada peso adeudado. Se recomienda tomar medidas de ajuste para evitar la profundización y el riesgo financiero.

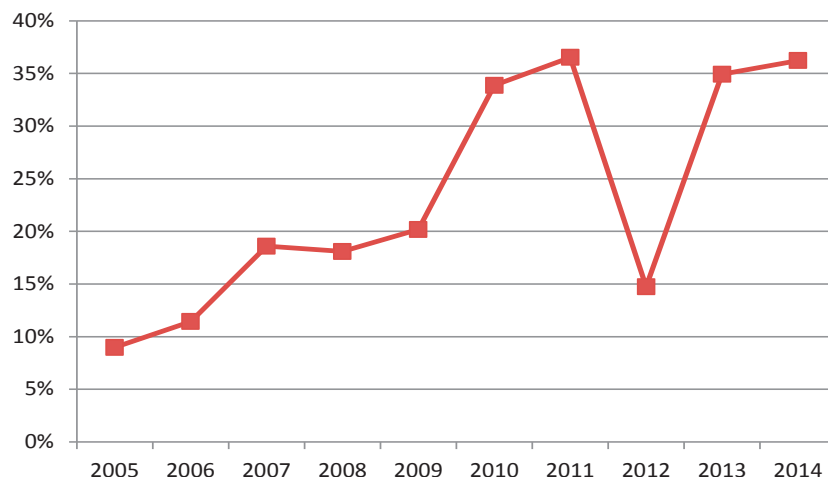
**Gráfico 33. Comportamiento de la prueba ácida.
ESE Hospital del Sur. 2005-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 33 se observa que la prueba ácida tiene un comportamiento similar que el índice de liquidez, situación que permite concluir un manejo adecuado de los inventarios en la organización

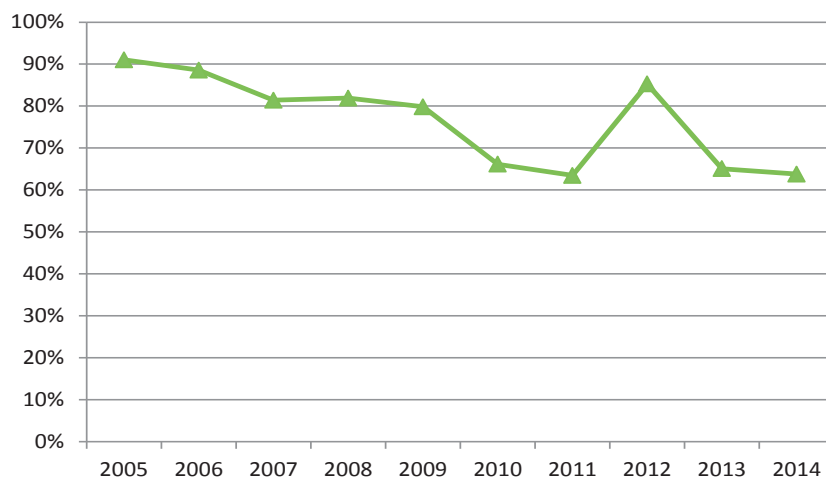
**Gráfico 34. Comportamiento del índice de endeudamiento.
ESE Hospital del Sur. 2005-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 34 se observa que el índice de endeudamiento ha sido creciente durante el período evaluado, habiendo presentado una mejoría importante en el 2012; alcanzando de nuevo un 36% de propiedad de terceros sobre la institución en el último año.

**Gráfico 35. Comportamiento del índice de propiedad.
ESE Hospital del Sur. 2005-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 35 se observa que el índice de propiedad tiene un comportamiento contrario el índice de endeudamiento, con un descenso sostenido en el período evaluado. Para el año 2014 se puede decir que el 62% de la institución, está en manos de los propietarios.

**Gráfico 36. Comportamiento del capital de trabajo.
ESE Hospital del Sur. 2005-2014**



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el gráfico 36 se observa que el capital de trabajo presenta deterioro importante desde el año 2008, sin alcanzar valores negativos. Quiere decir esto que, durante el período evaluado, la empresa ha contado con los recursos básicos de operación, pero muestra un bajo desempeño en los seis últimos años

12. CONCLUSIONES

- El municipio de Itagüí cuenta con la dependencia: Secretaría de Salud y Protección Social, para cumplir las competencias del sector salud y las relacionadas con la atención de grupos vulnerables y el componente de seguridad alimentaria.
- La Secretaría de Salud tienen un muy alto porcentaje de funcionarios que realizan actividades misionales, mediante contratos de prestación de servicios.
- Disminución de los grupos poblacionales menores de 14 años como consecuencia de la disminución de la fecundidad en la mayoría de grupos de mujeres en edad fértil; así mismo, un incremento sostenido (en menor proporción), en la población mayor de 60 años. Situación que refleja la transición demográfica que están viviendo todas las poblaciones a nivel mundial.
- La cobertura del SGSSS en el Municipio, es la más alta de los municipios del Valle de Aburrá, superior al 90%; con un porcentaje muy alto en afiliación al régimen contributivo, también superior al 90%.
- En cuanto al perfil epidemiológico del municipio, en el tema de morbilidad, los principales motivos de consulta para la población; son la hipertensión arterial, la caries y las consultas derivadas del programa de crecimiento y desarrollo. Sin embargo, se encuentra un porcentaje importante de signos y síntomas mal definidos, como causa de consulta, siendo esto un indicador de calidad que es necesario mejorar en la atención médica y en los sistemas de información.
- Se observa un aumento en la frecuencia de consultas por enfermedades crónicas no transmisibles (Hipertensión Arterial - HTA, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC) y una disminución de consultas en la población de los grupos de menores de cinco años, asociado al incremento de la expectativa de vida y la transición demográfica. De igual manera, en el perfil de mortalidad predominan las muertes por enfermedades isquémicas del corazón, las muertes por causas externas; entre ellas, las agresiones y sus secuelas y las muertes por enfermedades cerebrovasculares.
- La prestación de servicios de salud 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 80% 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 consultas médicas, de egresos hospitalarios, de partos atendidos y en el porcentaje ocupacional.
- Se presenta un deterioro de los principales indicadores financieros de la institución, especialmente, en el índice de endeudamiento y el capital de trabajo; sin embargo, fue clasificada con riesgo medio, de acuerdo con la Resolución 2509 de 2012.

13. RECOMENDACIONES

- Continuar fortaleciendo en forma prioritaria el comité de participación comunitaria en salud COPACOS, dada la relevancia que tienen estas organizaciones en el desarrollo de los planes, programas y proyectos de salud en el municipio.
- Evaluar en la estructura administrativa de la Secretaría de Salud, las necesidades de recurso humano requerido, para cumplir las competencias misionales del sector y realizar la gestión encaminada a la vinculación de los funcionarios que se requieren; con el fin de mejorar la eficiencia y disminuir los riesgos jurídicos.
- Mejorar la articulación y la integración del sector salud en el territorio, con estrategias que involucren todos los actores del sector; especialmente, la ESE departamental, las EPS, IPS, y profesionales de la salud; con el fin de ejercer la rectoría de salud. Fortalecer el componente de asistencia técnica, desde la Secretaría, hacia los actores.
- Formular planes de 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.
- Implementar acciones que permitan reorganizar y mejorar los sistemas de información de la ESE y la Secretaría de Salud y Protección Social, que permitan disponer de datos oportunos y confiables para la toma de decisiones.
- Se recomienda estructurar un modelo de Atención Primaria en Salud, más ajustado a los requerimientos actuales de la comunidad y de la prestación de servicios de salud; redundando en la mejorara del impacto en salud y en el ajuste de la institución a este nuevo modelo, fortaleciendo el trabajo en patologías crónicas, que hace con la Red Metropolitana de Salud.
- 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.
- Se recomienda realizar un ajuste financiero y organizacional, que le permita mejorar los actuales indicadores económicos. Implementar algunas de las propuestas anteriores, puede 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 Itagüí 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 Hospital Del Sur Itagüí "Gabriel Jaramillo Piedrahita" del municipio.

1. INTRODUCCIÓN

En el municipio de Itagüí se han venido realizando acercamientos frente a la Atención Primaria en Salud Renovada; con ejercicios de articulación intersectorial e interinstitucional, como parte de un proceso de estructuración de la oferta institucional, alrededor de las acciones y recursos proyectados en el Plan de Desarrollo Municipal 2012 – 2015; dentro del marco, están las responsabilidades del Consejo Municipal de Política Social (COMPOS) y la optimización de los recursos de la administración municipal, para satisfacer las necesidades en salud de la comunidad.

Se ha fortalecido la estructuración de los procesos de atención de las principales enfermedades de la infancia, con implementación de la estrategia: Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) y el componente comunitario, desde la participación de los estamentos municipales de atención y control preventivo; sin embargo, ha sido de una manera tímida y lenta para la motivación, participación comunitaria y socialización de los avances y acuerdos.

Es importante tener en cuenta, que desde el 2012, se vienen realizando avances significativos en la estructuración de la Estrategia de Atención Primaria en Salud desde el ámbito escolar, mediante la Estrategia Escuelas Saludables, realizando procesos tanto de promoción de hábitos saludables, como de conductas y estilos de vida saludable y prevención de riesgos, desde el enfoque de Salud Mental, prevención de la conducta suicida, el embarazo adolescente, la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas.

Por otro lado, se ha avanzado en estrategias de promoción y prevención de riesgos en salud, desde el ámbito familiar y comunitario, enfocado a la identificación precoz de enfermedades crónicas, remisión a la red de servicios de salud, identificación y direccionamiento de personas que requieren ingreso a programas preventivos o a las bases de información en salud y caracterización social, o que por el grado de vulnerabilidad, requieren apoyo para acceder a la atención en salud, mediante las estrategias de: Familias Fuertes, Gestión del Riesgo Familiar, Gestión del Riesgo Comunitario y Médico en Casa; como ejercicio importante en el proceso de adquirir la experiencia en el registro de la información y las situaciones conexas a la atención en campo, pero sin avances importantes en el ámbito de la promoción de la salud y prevención de riesgos desde el ámbito laboral.

Con respecto a las acciones de promoción de hábitos saludables para la protección de la salud de la comunidad, relacionada con los riesgos del consumo y el ambiente y la prevención de enfermedades ligadas con la falta de cultura, en la disposición de residuos y materiales en desuso; se ha venido fortaleciendo la buena cultura en el manejo adecuado y seguro de desechos e inservibles y la manipulación higiénica de productos destinados al consumo.

Con el presente documento se espera detallar las acciones planteadas en toda la estrategia de: Atención Primaria en Salud (APS), que tiene el municipio, donde se dé cuenta de los principales objetivos que la componen, el contexto social y normativo, la metodología utilizada para abordar el proceso de documentación, la estrategia utilizada para dar cuenta de los enfoques, la planeación, los alcances, la población objetivo, los territorios de intervención, las acciones, los ejes de trabajo, la ruta de trabajo y los sistemas de información utilizados para abordar la estrategia utilizada; por último, se dará cuenta de los resultados y algunas conclusiones que se consideran deben tenerse en cuenta para próximas acciones.

2. JUSTIFICACIÓN

Con la implementación de un modelo APS, a mediano y largo plazo, se pretende impactar de manera positiva, los indicadores epidemiológicos del municipio, la modificación de factores de riesgo, el fortalecimiento de los factores protectores, así como, dar respuesta a las necesidades de la comunidad, reflejadas en:

- Alto número de casos de enfermedades crónicas.
- Presencia de enfermedades de interés para la salud pública como tuberculosis, dengue; entre otras.
- Alto número de casos de intentos de suicidio.
- Reportes de violencia intrafamiliar y abuso sexual.
- Problemáticas relacionadas al tema de salud mental, según el primer estudio realizado en el municipio en el año 2012, como trastornos por uso, abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas, trastornos específicos, como la ansiedad o depresión; entre otros.

Adicional a lo anterior, las condiciones propias del municipio tales como: su densidad poblacional, la fluctuación de la población, el predominio de estratos uno y dos del SISBEN y su historia marcada por la violencia, con sus consecuentes marcas psicológicas y madres cabezas de hogar; hacen que sus familias sean más vulnerables y, por lo tanto, más necesaria la implementación de un modelo de atención en salud con enfoque en salud mental, que llegue hasta los entornos donde interactúan los individuos para canalizar y orientar sus principales problemáticas.

Por lo anterior, se hace necesario implementar la Estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada, integral e integrada, con base en la Estrategia de los Entornos Saludables, el fortalecimiento del liderazgo comunitario para la detección temprana y atención oportuna en la red de salud, de las enfermedades prevalentes en la infancia, de los trastornos en salud mental y las principales enfermedades crónicas priorizadas por perfil epidemiológico; que fortalezca la articulación intersectorial e interinstitucional, para el fomento de acciones y seguimiento del impacto y control sobre los determinantes sociales en salud.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Se propone con el presente documento, presentar un Modelo de Atención Primaria en Salud, con enfoque en salud mental, y el manejo social del riesgo, que integre los ámbitos de acción en los entornos familiar, escolar, laboral y comunitario; donde se realicen las intervenciones en promoción y prevención, se promuevan las acciones intersectoriales para abordar e intervenir los determinantes de la salud, dando respuesta a las necesidades reales de la comunidad, en términos de calidad y eficiencia.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover la salud mediante la ejecución de acciones intra e intersectoriales y la generación de cambios positivos en las condiciones de vida, conocimientos, hábitos y comportamientos de la población.
- Fortalecer hábitos de vida saludables y comportamientos constructivos, que permitan generar en la comunidad una cultura del autocuidado.
- Documentar el proceso de implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, de tal manera, que sirva de base para el fortalecimiento de la política pública.

4. METODOLOGÍA UTILIZADA PARA CONSTRUIR EL DOCUMENTO

El presente documento se realizó a partir de la utilización de ejercicios de documentación, con el fin de visibilizar información que se ha producido en el municipio de Itagüí, acerca de la Atención Primaria en Salud (APS).

Para ello, se construyó una ruta de trabajo para identificar las fuentes primarias y secundarias con las que se cuenta en el municipio, que ayuden a evidenciar datos e insumos para la construcción de este ejercicio de documentación.

La investigación documental consiste en la recolección, selección y análisis de la información que existe en el municipio, sobre la implementación y ejecución de la Atención Primaria en Salud, a través del tiempo, con el fin de generar un documento escrito y consolidado de la estrategia.

En el primer rastreo de información en el municipio, se encuentra que existe poca; la mayoría de los datos, son los que se han producido por parte de las entidades regionales, nacionales e internacionales; para el caso del municipio, se cuenta con insumos poco claros y las principales fuentes primarias como son: coordinadores, secretarios y equipo de trabajo de la secretaría, (que en su mayoría, ya no están vinculados a la administración municipal), lo que dificulta la obtención de información; sumado a esto, existen pocos procesos de sistematización en el municipio, sobre el tema relacionado.

5. CONTEXTO

5.1. MUNICIPIO DE ITAGÜÍ¹

El municipio de Itagüí, cuya fundación data del 24 de diciembre de 1831, se encuentra ubicado en el departamento de Antioquia, en la parte centro de Colombia, en Suramérica. Este municipio hace parte del Valle de Aburrá, característica que comparte con otros nueve municipios; está ubicado en la parte central del departamento. El Valle de Aburrá se encuentra localizado entre dos de las tres cordilleras que recorren el centro del país, central y occidental de los Andes; y está atravesado en sentido sur-norte por el río Medellín.

Por lo anterior, el municipio de Itagüí se encuentra ubicado al sur del Valle de Aburrá, colindando con los municipios de Medellín, Envigado, Sabaneta y La Estrella.

5.1.1. Localización

Imagen 1: Localización del Municipio de Itagüí



Fuente: Recuperado de: <http://www.itagui.gov.co/municipio>.

1. Para dar cuenta de este apartado se toma la información de la página oficial de la administración municipal de Itagüí, la cual es el referente oficial para este ejercicio de documentación. Consultado en: <http://itagui.areadigital.gov.co/institucional/Paginas/Presentacion.aspx>

Sus principales sitios de interés son: Parque Principal Simón Bolívar de Itagüí, Parque Recreativo Ditaires, Pista Panamericana de bicigrós, Estadio Metropolitano Ciudad de Itagüí, Centro de Convenciones Ditaires, Parque del Artista, Templo de Nuestra Señora del Rosario, Parque Obrero, Pico Manzanillo, Parque Arqueológico Graciliano Arila, El Ranchito, Hogar de los Recuerdos, Casa finca y Ermita de la familia del Valle, Casa finca las Acacias y Estación Yarumito.

Para la mejor prestación de los servicios y asegurar la participación ciudadana en el Sistema Municipal de Planeación y en el manejo de los asuntos públicos de carácter local, el territorio se divide en seis comunas en el área urbana.

5.1.5. Territorios

División del territorio urbano y rural por comunas

- Comuna 1: Zona industrial No1, Zona Industrial No 2, Los Naranjos, Asturias, Araucaria, San José, La Independencia, San Juan Bautista, La Gloria, Las Mercedes, San Isidro, Satexco, Playa Rica, Centro, Villa Paula, Artex y La Santa Cruz.
- Comuna 2: Esta comuna integra los siguientes barrios según el Catastro Municipal: San Pío X, Camparola, Monte Verde, La Palma, Jardines Montesacro, Zona Industrial No 3, Yarumito, La Finca, Santa Catalina, Samaria Robles del Sur, El Palmar, Las Margaritas, Samaria, Santa Ana y Malta.
- Comuna 3: Esta comuna integra los siguientes barrios según el Catastro Municipal: Ditaires, San Francisco, Triana, San Antonio, San Gabriel, 19 de Abril, Villa Lía, San Javier, Pilsen, Las Brisas y Glorieta Pilsen. A esta comuna se anexa el parque de la Limona. Adicionalmente, se conforma el nuevo barrio Bariloche, conformado por las urbanizaciones Bariloche, Altos de Bariloche, Vegas de Bariloche, Altos de San Gabriel, Mirador de San Francisco, Cárcel de Máxima Seguridad y Liceo el Concejo.
- Comuna N° 4: Esta comuna integra los siguientes barrios según el Catastro Municipal: Simón Bolívar, La Esmeralda, Santa María No 1, Santa María No 2, Santa María No 3, San Fernando y Entrecolinas.
- Comuna N° 5: Esta comuna integra los siguientes barrios según el Catastro Municipal: Balcones de Sevilla, Ferrara, La Aldea, Terranova, Tablazo, Las Américas, Las Acacias, Calatrava, Loma linda y El Progreso.
- Comuna No. 6: Esta comuna integra los siguientes barrios según el Catastro Municipal: Fátima, El Rosario, La Unión, Olivares, Loma de los Zuleta y Santa María La Nueva.

5.2. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO: HOSPITAL DEL SUR “GABRIEL JARAMILLO PIEDRAHITA

El Hospital del Sur Itagüí fue creado el 1º de septiembre de 1999, según acuerdo 011 del Concejo Municipal, fue transformado en Empresa Social del Estado, descentralizado del orden municipal, con patrimonio, personería jurídica, autonomía administrativa y financiera. Fusionando entidades como el Hospital del Sur Santamaría, los Centros de Salud Calatrava y Triana.

2. Para dar cuenta de este apartado se toma la información de la página oficial de la administración municipal de Itagüí, la cual es el referente oficial para este ejercicio de documentación. Consultado en: <http://www.hospitaldelsur.gov.co>

Desde este momento, la Empresa Social del Estado- ESE Hospital del Sur “Gabriel Jaramillo Piedrahita”, funciona en las sedes San Pio, Santamaría y Calatrava.

La ESE Hospital del Sur, se encuentra en un proceso de mejoramiento continuo, enfocado en la calidad y eficiencia de la prestación de servicios de salud de primer nivel de complejidad.

5.2.1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

5.2.1.1. Misión

En nuestro hospital promovemos la salud y prevenimos la enfermedad, mediante la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención, con un equipo humano comprometido con la calidad, seguridad, innovación, responsabilidad social y la atención centrada en las personas, contribuyendo al bienestar y satisfacción de sus necesidades.

5.2.1.2. Visión

En el 2020 seremos un hospital de primer nivel de atención, reconocido en el Departamento de Antioquia por la innovación en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por la atención humanizada, segura y centrada en el usuario.

5.2.2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

- Línea estratégica 1. Más y mejores servicios de salud
- Línea estratégica 2. Institución fortalecida y en constante desarrollo
- Línea estratégica 3. Infraestructura segura, renovada y accesible
- Línea estratégica 4. Talento humano comprometido
- Línea estratégica 5. La calidad: “una cultura organizacional”

5.2.3. PORTAFOLIO DE SERVICIOS

Consulta médica general, hospitalización de primer nivel, imaginología, laboratorio clínico, odontología, servicio farmacéutico, urgencias, vacunación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención.

5.2.4. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD RENOVADA

Según lo dispuesto en el Acuerdo 013 del 10 de diciembre de 2014, *“Por medio del cual se adoptan e implementan las políticas públicas para facilitar las estrategias: Red Metropolitana de Salud y Atención Primaria en Salud Renovada (APSR), en el Municipio de Itagüí”*

Artículo Quinto: Mecanismos de articulación de salud: el modelo de salud basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APSR), debe hacer parte de la plataforma estratégica de la Empresa Social del Estado Municipal, especialmente en lo relacionado con el modelo de atención, con

el fin de lograr los mecanismos de coordinación y articulación para la atención integral y continua de la población desde la perspectiva del primer nivel de atención.

Parágrafo: El modelo de Atención en Salud basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APSR), debe contemplar estrategias y acciones para mejorar la capacidad resolutive de los equipos de salud de la ESE municipal. Dentro del marco de la estrategia (APSR); tanto el Municipio a través de la Secretaria de Salud y Protección Social, como la Empresa Social del Estado, participarán activamente en la conformación e implementación de la Red Prestadora de Salud en el Valle de Aburrá, con el objeto de ofrecer servicios integrados y de calidad para los habitantes del municipio.

6. MARCO NORMATIVO

6.1. EN EL NIVEL NACIONAL

La Estrategia de Atención Primaria en Salud tiene sus antecedentes históricos en el país desde el año 1978, con la implementación de la estrategia: Alma Ata; busca abordar los problemas de salud desde una perspectiva social. Históricamente ha tenido una evolución y se ha tratado de implementar desde los diferentes sistemas de salud que ha operado a nivel nacional, llegando a la conclusión, de que esta estrategia puede ser exitosa, si se aplica fortaleciendo el ámbito de lo local.

Esta estrategia debe desarrollarse en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Ley 715 de 2001.

La Ley 1438 de 2011, en su título II Salud Pública, por la cual se reforma el sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en su capítulo III, define la adopción de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, como: “la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención 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...”

La Ley 1438 en el capítulo III, artículo 14, plantea necesario: “el fortalecimiento de los servicios de baja complejidad para mejorar su capacidad resolutoria, con el fin de que se puedan resolver las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población.”

La Ley 1438 en el capítulo III, artículo 15 y 16 define la conformación de los equipos básicos de salud y sus funciones, por parte de los entes territoriales, como: “un concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.”

La Ley 1438 en el capítulo II, artículos 60, 61, 62 y 63, determina que la prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integradas de Servicios de Salud, ubicadas en un espacio poblacional determinado. De igual manera determina la estructura y los criterios de conformación de las redes integradas de servicios de salud.

La Ley 1616 del 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, ley de salud mental, en el “Artículo 1º, contempla que: “el objeto de la presente ley, es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana, priorizando a los niños, niñas y adolescentes; mediante la promoción

de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de atención primaria en salud.”

6.2. EN EL NIVEL METROPOLITANO

Existe el Acuerdo Metropolitano 040 de 2007, mediante el cual se adopta el Plan Integral de Desarrollo Metropolitano 2008-2020, *“Hacia la integración regional sostenible”*; el cual, se constituye en el marco o norma de superior jerarquía, que determina las actuaciones de la entidad, y a su vez, genera puntos de articulación con los planes de desarrollo municipales en lo referido a los hechos metropolitanos, marcados en la Visión 2020: *“Una región articulada, con oportunidades de desarrollo sostenible para todos sus habitantes, altos niveles de calidad de vida, con una ciudadanía responsable y participativa, que cree y confía en sus instituciones”*. (p.173)

Una de las temáticas que tienen gran repercusión en el alcance de los objetivos metropolitanos, es la Salud Pública, entendida ésta desde: *“el punto de vista de la articulación de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y la continuidad en la prestación de los servicios de salud en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud”* (Área Metropolitana del Valle de Aburrá, 2009).

El Acuerdo Metropolitano Número 9 de junio de 2013 crea y conforma la Red Metropolitana de Salud, como órgano de concertación en salud de los municipios que integran el Área Metropolitana del Valle de Aburrá y de estos con otros territorios e instancias competentes; teniendo por objeto: *“el contribuir a coordinar y articular los servicios de salud, tanto asistenciales como en el ámbito de las acciones en salud pública, basados en la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APSR) y las redes de prestación de servicios de salud...”* (Acuerdo 9, 2013:4)

6.3. EN EL NIVEL LOCAL

Se cuenta con el Acuerdo 013 del 10 de diciembre de 2014; *“Por medio del cual se adoptan e implementan las políticas públicas para facilitar las estrategias: Red Metropolitana de Salud y Atención Primaria en Salud Renovada, en el municipio de Itagüí”*

En este acuerdo se estipulan los siguientes aspectos:

- Artículo Primero: Adopción
- Artículo Segundo: Objeto
- Artículo Tercero: Cobertura/Alcance
- Artículo Cuarto: Población beneficiaria
- Artículo Quinto: Mecanismos de articulación de salud
- Artículo Sexto: Mecanismos de participación ciudadana y articulación intersectorial
- Artículo Séptimo: Financiación y continuidad
- Artículo Octavo: Sistema de información integrado
- Artículo Noveno: Evaluación y seguimiento
- Artículo Décimo: Vigencia

7. ESTRATEGIA EN EL TERRITORIO

7.1. DEFINICIÓN

Mediante el desarrollo de APS Renovada en diferentes ámbitos, como el escolar, familiar, comunitario y laboral; se pretende contribuir al mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de las familias y grupos más vulnerables de Itagüí; con la implementación de programas como: Escuelas y Colegios Saludables y la prestación de servicios en el entorno familiar, como: Médico en Casa, con detección temprana e intervención primaria y secundaria de signos y síntomas de enfermedad física o mental o de trastornos afectivos y ansiedad, con énfasis en el alto riesgo, la promoción de factores protectores para la salud, hábitos alimentarios y estilos de vida saludables, para prevención de violencias, suicidio y consumo de sustancias psicoactivas (PSA), promoción de derechos en salud sexual y reproductiva y proyecto de vida, con énfasis en prevención del embarazo adolescente y cáncer de cuello uterino; así como, intervención en el entorno comunitario y laboral, con el fortalecimiento de factores protectores, prevención y control de riesgos y el direccionamiento desde todos los ámbitos hacia la atención y tratamiento por la Red prestadora de servicios de salud y la Red de Atención Integral Interinstitucional e Intersectorial.

Por ello, se hace necesario reorientar los servicios de salud del Municipio de Itagüí, hacia un Modelo de Salud con fundamento en la prevención primaria y secundaria, que se aplique en los diferentes entornos de desarrollo humano: Escolar, Familiar, Comunitario y Laboral; que privilegie la promoción de conductas y ambientes saludables, la prevención y control de los riesgos de enfermar, el tratamiento oportuno de la enfermedad y su rehabilitación, el mejoramiento de la capacidad resolutoria, la articulación intersectorial y la participación comunitaria, para la atención integral, bienestar de la comunidad y garantía de derechos para la población de mayor vulnerabilidad del municipio de Itagüí.

a. Imagen Institucional



Estar bien
compromiso **de todos**

7.2. ALCANCE

El programa de Atención Primaria en Salud busca que los individuos en el entorno familiar, escolar, laboral y comunitario; posean mejor salud, teniendo en cuenta el concepto de integralidad biopsicosocial del ser humano, buscando su mayor bienestar y calidad de vida.

El concepto de integralidad tiene que ver con la atención conjunta, tanto preventiva como curativa, que se brinda al individuo, no sólo desde el punto de vista de persona, sino de su entorno familiar, social y cultural.

El programa desarrolla sus actividades alrededor de la visita domiciliaria como estrategia central para la intervención, permitiendo interactuar con los grupos familiares, la comunidad, las instituciones educativas y los lugares de trabajo, involucrándose con los hechos y problemáticas para gestionar un manejo social del riesgo.

7.3. RECTORÍA Y PLANEACIÓN

Según lo establecido en el Acuerdo 013 del 10 de diciembre de 2014, en su Artículo tercero, afirma:

Parágrafo: "con el fin de planificar la ejecución de la estrategia, se elaborará un Plan de Acción cada año, con sus respectivos indicadores, estableciendo un cronograma con las actividades, la población objeto focalizada por ciclos vitales, grupos poblacionales y los entornos u organizaciones donde se encuentren agrupados, las acciones a realizar según recursos y la propuesta de cobertura. El Municipio de Itagüí, de acuerdo a su perfil de morbimortalidad y necesidades especiales, deberá definir aquellos grupos poblacionales de riesgo y aquellas patologías que requieran una intervención especial para evitar complicaciones, favoreciendo de esta forma la prevención primaria y secundaria, así como, la población objeto de las acciones de promoción en estilos de vida saludables y detección temprana de factores de riesgo."

7.4. ENFOQUES

7.4.1. Manejo Social del Riesgo

Manejo Social del Riesgo (MSR) *"El riesgo es inherente a la vida misma, solo que ahora éste es más complejo, puede venir de cualquier fuente y en cualquier momento, es necesario estar preparados para asumirlo de la mejor manera."* (Díaz, 2011: 95)

"El MSR es el concepto que ayuda a soportar el denominado enfoque de protección social, que como bien lo afirma Serrano, aborda los problemas de vulnerabilidad y asume los riesgos sociales. Es precisamente este modelo y el concepto que le soporta (MSR), el que impera en Colombia." (Díaz, 2011: 95)

El Sistema de Protección Social (SPS), fue creado por la Ley 789 de 2002 y se definió de la siguiente forma: "conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos".

En el actual Plan Nacional de Desarrollo se amplía el marco del SPS, al incluir aspectos como: capacidad de articulación de la oferta de servicios, necesidad de contar con mecanismos de focalización que prioricen las intervenciones de los más necesitados, monitoreo permanente y oportuno del riesgo y de las vulnerabilidades de los diferentes grupos, entre otros (Ley 789 de 2002).

El SPS está conformado por cinco pilares fundamentales, uno de ellos es el MSR, componente flexible que procura brindar apoyo de manera oportuna en el evento de presentarse un choque particular que afecte las condiciones de vida de una parte o del conjunto de la población. (Departamento Nacional de Planeación [DNP], 2009).

Eso es el manejo social del riesgo, un enfoque novedoso que rompe con los paradigmas existentes, bajo esta nueva perspectiva se pretende establecer un vínculo de corresponsabilidad entre el Estado y diversos actores (Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), Entidades Promotoras de Salud (EPS), sociedad, familia, entre otros. Destaca de manera especial a la familia y a los individuos, pues por primera vez se compromete a las personas a participar activamente en la consecución de su propio bienestar y asumir de manera autónoma (por supuesto con la guía y el apoyo del estado), el manejo de los riesgos que les plantea la globalidad.

Como lo afirman Holzmann y Jorgensen:

"El MSR se basa en la idea fundamental de que todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a múltiples riesgos de diferentes orígenes. Estos eventos afectan a las personas, comunidades y regiones de una manera impredecible o no se pueden evitar, por lo tanto, generan y profundizan la pobreza". (Holzmann y Jorgensen, 2000:35)

Este nuevo marco replantea las áreas tradicionales de la protección social, involucra tres estrategias de manejo del riesgo: prevención, mitigación y superación de eventos negativos.

1. Prevención: estrategias orientadas a reducir la probabilidad de un riesgo de deterioro. Se aplican antes de que se produzca el riesgo.
2. Mitigación: para disminuir el posible efecto de un futuro riesgo de deterioro. Se utilizan antes de que se produzcan los riesgos.
3. Superación: para aliviar el impacto del riesgo una vez se ha producido.

El fin último del MSR, no es otro que disminuir los niveles de pobreza del colectivo; este pretende educar a las personas en el adecuado manejo de los potenciales riesgos a los cuales se pueden ver expuestos. Se espera que las personas, desde su núcleo básico: la familia, no sólo puedan manejar los riesgos, aunque resulte paradójico, el objetivo también es que estén dispuestos a asumirlos y de ser posible, a asumir cada vez mayores riesgos.

7.4.2. Salud Mental

7.4.2.1. Aspectos Conceptuales sobre la Salud Mental (Itagüí, 2012).

La Salud Mental es considerada como el equilibrio entre todos los aspectos de la vida: social, físico, espiritual y emocional. Es el impacto en la forma en que manejamos nuestro entorno y tomamos decisiones en nuestras vidas; por lo tanto, está claro que es una parte integral de nuestra salud en general; hoy se acepta que sin salud mental, no hay salud.

En las distintas culturas, se ha definido de formas diversas la salud mental, concepto que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Desde una perspectiva transcultural, es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental. Se admite, no obstante, que el concepto de salud mental, es aún más amplio que la ausencia de trastornos mentales.

Existen también interrelaciones entre la salud mental y física. Por ejemplo, la enfermedad cardiovascular puede producir depresión y viceversa. La salud mental y física también pueden estar relacionadas a través de factores comunes de riesgo, por ejemplo, las malas condiciones habitacionales pueden producir una salud mental y física deficiente. Se necesita un mayor entendimiento de las relaciones entre los diferentes trastornos mentales, entre la salud mental y física, y las rutas evolutivas de los factores genéricos y de riesgos específicos de la enfermedad que producen problemas de salud mental. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La dimensión positiva de la salud mental, se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: *«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».*

La salud mental es mucho más que la ausencia de enfermedad mental y tiene que ver con muchos aspectos de la vida, incluyendo:

- ¿Cómo nos sentimos acerca de nosotros mismos?
- ¿Cómo nos sentimos acerca de los demás?
- ¿Cómo podemos responder a las exigencias de la vida?

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental, incluido en la definición de salud que da la OMS: *«un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».* Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, adoptó la resolución WHA65, referente a la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de articular una respuesta integral y coordinada del sector de la salud y los sectores sociales en los países. En la resolución, se insta a los Estados Miembros, a asignar recursos suficientes a la salud mental y se pide a la OMS, que prepare un plan de acción integral sobre salud mental, para presentarlo en la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en 2013.

En los últimos años, la nueva información procedente de la neurociencia y de la medicina conductual ha ampliado de manera espectacular nuestros conocimientos sobre el funcionamiento de la mente. Resulta cada vez más evidente que dicho funcionamiento tiene una base biológica, además de estar esencialmente relacionado con los aspectos físicos y sociales, y con los resultados de salud.”

7.4.3. Enfoque actual sobre la atención de la Salud Mental

7.4.3.1. Factores de riesgo y protección

En general, la prevención, incluyendo la de los trastornos mentales, se enfoca en aquellos determinantes que ejercen una influencia causal, predisponiendo la aparición de los trastornos mentales.

Se entienden los factores de riesgo, como aquellos que pueden presentarse por ausencia o presencia y están asociados al incremento de la probabilidad de aparición de la enfermedad, a su mayor gravedad y duración. Los factores de protección entendidos como las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y a la aparición de los trastornos mentales, se han definido como aquellos que modifican, disminuyen o alteran la respuesta de una persona a peligros del ambiente que predisponen a una consecuencia de inadaptación.

En su mayoría, los factores individuales de protección son iguales a las características de salud mental positiva, tales como: la autoestima, fortaleza emocional, pensamiento positivo, destrezas sociales y de resolución de problemas, habilidades para el manejo del estrés y sentimientos de control. Por esta razón, las intervenciones preventivas dirigidas a fortalecer los factores de protección se superponen en gran medida con la promoción de la salud mental.

Existe una sólida evidencia acerca de los factores de riesgo y de protección y sus vínculos con el desarrollo de los trastornos mentales. Tanto los factores de riesgo como los de protección pueden ser de carácter individual, relacionados con la familia, del ámbito social, económico o ambiental. Generalmente, se presentan como el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, la falta de factores de protección y la interacción de situaciones de riesgo y protección, lo que predispone a los individuos a cambiar de una condición mentalmente saludable a una de mayor vulnerabilidad, que puede evolucionar a un problema mental y finalmente, a un trastorno mental con todas las características.

Las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental pretenden modificar los factores de riesgo, de ser posible eliminándolos y reforzar los factores de protección de la persona, con el fin de

interrumpir los procesos que contribuyen a la disfunción mental humana. Mientras mayor asociación o influencia tengan los factores individuales sobre el desarrollo de los trastornos mentales y la salud mental, mayor será el efecto preventivo que se puede esperar cuando se implementen intervenciones. Por lo anterior, resulta fundamental que los determinantes abordados en las intervenciones preventivas sean modificables y abarquen factores específicos de la enfermedad, así como, los factores genéricos de riesgo y protección.

7.4.3.2. Factores genéricos de riesgo y protección

Se entiende por tales, los factores de riesgo comunes a varios problemas y trastornos de salud mental. Las intervenciones que abordan exitosamente estos factores pueden producir un amplio espectro de efectos preventivos. Por ejemplo, la pobreza y el abuso de menores, son comunes en la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias psicoactivas. Se puede esperar que las intervenciones que abordan exitosamente la pobreza y el abuso de menores, tengan un impacto múltiple en todos estos trastornos.

7.4.3.3. Factores de riesgo y protección específicos

Son aquellos que están, principalmente, relacionados con el desarrollo de un trastorno en particular. Por ejemplo, el pensamiento negativo está específicamente relacionado con la depresión, mientras que la depresión mayor está específicamente relacionada con el suicidio.

Desde la epidemiología se acepta que el conocimiento sobre los factores asociados como de riesgo y protección a los problemas de salud y las intervenciones preventivas, son las dos caras de una misma moneda. Las diferentes investigaciones han proporcionado suficiente conocimiento, basado en evidencia, acerca de los factores de riesgo y de protección, para garantizar las inversiones en el desarrollo, diseminación e implementación de programas y políticas basadas en evidencia. Estas intervenciones que abordan los factores de riesgo y protección que tienen un amplio impacto o que son comunes a una variedad de problemas relacionados, incluyendo problemas sociales y económicos, serán las más rentables y atractivas. Las políticas de salud pública efectivas, deben incluir múltiples intervenciones preventivas, que aborden varias trayectorias causales para las respectivas poblaciones en riesgo.

7.4.3.4. Pertinencia del estudio en Itagüí

Los trastornos mentales representan no solo una inmensa carga psicológica, social y económica para la sociedad; también aumenta el riesgo de enfermedades físicas. Teniendo en cuenta las actuales limitaciones en la efectividad de las modalidades de tratamiento para disminuir la discapacidad debido a trastornos mentales y de conducta, el método recomendable para reducir la carga causada por estos trastornos es: La Prevención.

Los factores de riesgo y de protección, ya sean biológicos, psicológicos, sociales o ambientales, así como sus interacciones; han sido identificados en diferentes etapas de la vida. Al evaluarlos, muchos son modificables y por lo tanto, se convierten en objetivo potencial para las medidas de prevención y promoción.

La alta comorbilidad de los trastornos mentales y sus interrelaciones con las enfermedades físicas y los problemas sociales, respaldan la necesidad de crear políticas de salud pública integradas y dirigidas a conjuntos de problemas relacionados, que comparten determinantes comunes y presentan etapas tempranas en sus trayectorias, afectando poblaciones con diferente nivel de riesgo.

Por razones éticas y con el fin de lograr el uso óptimo de los recursos limitados para la prevención, la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda asignar prioridad a los programas y políticas preventivas que demuestran la evidencia científica de su efectividad, que debe ser culturalmente sensitivo y, que de ser posible, partan del conocimiento de la propia realidad, como evidencia disponible. Según el Estudio de Salud Mental, Itagüí 2012, los trastornos más prevalentes en los adolescentes son el abuso de drogas y los trastornos de la infancia, niñez y adolescencia; y en los adultos, los trastornos de ansiedad y los del estado de ánimo.

Las anteriores recomendaciones de la OMS, se pueden considerar como el telón de fondo, que justificó la realización del: Primer Estudio Poblacional sobre Salud Mental de Itagüí.” (Itagüí, 2012: 23)

En cuanto al abuso de drogas, hay una marcada diferencia entre estos dos grupos poblacionales, dado que se presentó un 11,2% de prevalencia anual en adolescentes y 1,7% en adultos.

Prevalencia anual de trastornos mentales por grupo de adolescentes y adultos Estudio de Salud Mental. Itagüí 2012

Último año	Adolescentes	Adultos
I. Trastornos de Ansiedad		
Trastorno de Pánico	0,0%	0,3%
Ansiedad Generalizada	0,0%	1,0%
Fobia Específica	4,6%	4,8%
Fobia Social	3,8%	1,7%
Agorafobia	0,2%	0,3%
Estrés Postraumático	0,9%	2,6%
Ansiedad por separación	0,0%	1,4%
Obsesivo Compulsivo	4,2%	1,9%
Cualquier trastorno de Ansiedad	6,8%	9,1%
II. Trastornos del estado del animo		
Depresión Mayor	1,5%	2,9%
Distimia	0,0%	0,1%
Bipolar I y II	1,2%	0,9%
Cualquier trastorno del estado de animo	2,7%	3,7%
III. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia		
Negativista Desafiante	7,3%	1,1%
Trastorno de Conducta	3,7%	0,8%
Déficit de Atención	4,2%	0,2%
Cualquiertrastorno de la infancia, niñez y adolescencia	10,1%	1,1%
IV. Trastornos por uso de sustancias		
Abuso de Alcohol	1,7%	1,8%
Dependencia de Alcohol	0,5%	0,7%
Abuso de Drogas	11,2%	1,7%
Dependencia de Drogas	0,5%	1,4%
Cualquier Trastorno por consumo de sustancias	12,4%	3,4%

Fuente: Primer estudio de salud mental en población general. Itagüí 2012.

En el análisis global se encuentra que: 7,8% ,es decir, 13.446 personas, están afectadas por uno de los trastornos estudiados, por dos trastornos 3.965 y 2.586 por tres o más, para un total de 19.997 personas con necesidad de ser atendidas por trastorno mental.

El resultado anterior, confirma la alta comorbilidad que se encuentra, y a la vez, orienta hacia las patologías con mayor importancia para la salud pública; por ejemplo, el caso de estrés postraumático con 4.137 personas afectadas durante los 12 meses anteriores al estudio y la posibilidad de que se presente como trastorno crónico o el trastorno de depresión mayor con 4.654 afectados.

Número de casos estimados de trastornos mentales por índice de corrección intercensal para los últimos doce meses. Itagüí, 2012.

Trastorno	Prevalencia 12 meses	Total Casos Estimados 2012
I Trastornos de ansiedad		
Trastorno de pánico	0,2%	345
Ansiedad generalizada	0,8%	1379
Fobia Social	2,0%	3448
Fobia específica	4,8%	8274
Agorafobia	0,3%	517
Estrés postraumático	2,4%	4137
Ansiedad por separación	1,2%	2069
Obsesivo compulsivo	2,3%	3965
Cualquier trastorno ansiedad	8,8%	15170
II Trastornos del estado del ánimo		
Depresión mayor	2,7%	4654
Distimia	0,1%	172
Bipolar I, II y Sub	0,9%	1551
Cualquier trastorno afectivo	3,6%	6206
III Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (del impulso)		
Negativista desafiante	2,0%	3448
Trastorno de conducta	1,3%	2241
Déficit de Atención e hiperactividad	0,8%	1379
Cualquier trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	2,5%	4310
IV Trastornos por uso de sustancias		
Abuso de alcohol	1,8%	3103
Dependencia de Alcohol	0,7%	1207
Abuso de drogas	3,1%	5344
Dependencia de drogas	1,3%	2241
Cualquier trastorno por uso de sustancias	4,8%	8274
VI. Cualquier trastorno mental		
Uno	7,8%	13446
Dos	1,5%	2586
Tres o mas	2,3%	3965

Fuente: Primer estudio de salud mental en población general Itagüí 2012.

7.5. Estructura para el funcionamiento: equipos básicos, funciones

El equipo interdisciplinario de APS está conformado por personal de las áreas de sociología, psicología, trabajo social, medicina, salud ocupacional, ingeniería ambiental, enfermería, auxiliares de enfermería, higiene oral, saneamiento y administración; las cuales, llevan a cabo las acciones planteadas para atención primaria en salud, vigilancia epidemiológica y control inmunológico.

7.6. Criterios de selección

Acorde con lo estipulado en el Acuerdo Municipal 013 del 10 de diciembre de 2014, el cual dice:
Artículo cuarto: Población Beneficiaria: "serán beneficiarios del modelo de Salud basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada-APSR-, los ciudadanos del municipio de Itagüí, pertenecientes a la población priorizada por la Secretaría de Salud y Protección Social, con énfasis en los caracterizados en SISBEN 0, I, II, III, los integrantes del programa "Mas Familias en Acción".

O quienes según la evaluación biopsicosocial realizada por el equipo profesional definido por la Secretaría de Salud, requieran ser priorizados para mitigar sus condiciones de riesgo o vulnerabilidad, cuando sus condiciones de discapacidad u otro tipo de impedimentos, así lo determinen.

Parágrafo: "Igualmente tendrán derecho a los servicios del modelo los ciudadanos en situación de pobreza extrema del municipio, las víctimas, desplazados, los menores de edad, los adultos mayores, los discapacitados y las personas que se encuentran en alta vulnerabilidad; según el diagnóstico que arroje la línea de base para priorizar los programas para esta población".

7.7. Cobertura

En el Acuerdo 013 del 10 de diciembre de 2014, en su Artículo Séptimo, se dice:

Parágrafo: "de acuerdo a sus capacidades y recursos, el Municipio debe definir las formas de cooperación entre las diferentes Instituciones y Secretarías, para dar respuesta a las necesidades identificadas y garantizar el aumento progresivo del número de familias o comunidades priorizadas para intervenir con la estrategia."

7.8. ÁMBITOS DE ACCIÓN (ENTORNOS)

Los ámbitos de acción planteados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), serán los que el municipio retomará para ser aplicados en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

De acuerdo a la OMS, "un entorno es donde las personas interactúan activamente con el medio que los rodea, (espacio físico, biológico, ecosistema, comunidad); es también donde la gente crea y/o soluciona problemas relacionados con la salud. El entorno se identifica por tener un espacio físico definido, un grupo de personas con roles definidos, y una estructura organizacional. Los entornos, además de los relacionados con el espacio físico, biológico o del ecosistema que rodea a las personas, son los relacionados con el ámbito social donde interactúa el ser humano con los demás. Algunos ejemplos de entornos pueden ser: escuelas, viviendas, lugares de trabajo, y hospitales."³

3. Organización Panamericana de la Salud (2009), Manual de gestión territorial, Estrategia de entornos saludables, Documento 05, Bogotá: 19

En este mismo sentido, para la OMS, los entornos saludables son aquellos que:

"apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, los sitios de estudio, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento" (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1998).

Imagen 3: Entornos Saludables de la Atención Primaria en Salud en el Municipio de Itagüí



7.8.1. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL ENTORNO FAMILIAR

El entorno familiar es el espacio social donde se interrelaciona un grupo de individuos con vínculo de consanguineidad, adopción o afinidad; núcleo fundamental de la sociedad, en el cual se aprenden las formas de interactuar con el entorno, cuyo desarrollo se da en un espacio físico denominado vivienda:

"Una Vivienda Saludable" alude a un espacio de residencia caracterizado por un conjunto de condiciones que influyen de manera favorable en los procesos de restauración, protección y promoción de la salud e incentiva la actividad creadora y el aprendizaje de sus moradores. Este espacio incluye: la casa (refugio físico donde residen individuo), el hogar (grupo de individuos que viven bajo un mismo techo),

el entorno (ambiente físico y psicosocial inmediatamente exterior a la casa) y la comunidad (grupo de individuos identificados como vecinos por los residentes).

Una Vivienda Saludable carece o presenta factores de riesgo controlados y prevenibles e incluye agentes promotores de la salud y el bienestar.

De acuerdo a los Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables, la Vivienda Saludable cumple con las siguientes condiciones fundamentales:

- Tenencia segura.
- Ubicación segura, diseño y estructura adecuados, y espacios suficientes para una convivencia sana.
- Servicios básicos de buena calidad.
- Muebles, utensilios domésticos y equipamientos mínimos seguros y eficientes.
- Entorno adecuado que promueva la comunicación y colaboración.
- Hábitos de comportamiento que promuevan la salud.”⁴

7.8.1.1. Objetivo General

Brindar una atención integral, eficiente y oportuna a todas las familias ingresadas al programa.

7.8.1.2. Acciones

- Aportar al bienestar de la familia en su conjunto y de cada uno de sus integrantes para que tengan mejor salud, entendida bajo el concepto de integralidad biopsicosocial del ser humano buscando su mayor bienestar y calidad de vida.
- Brindar asistencia integral en salud de primer nivel, a las personas y las familias ingresadas al programa, en el mismo lugar de su vivienda, a fin de impactar positivamente sus condiciones de vida.
- Impactar no sólo desde el punto de vista individual, sino de su entorno familiar, social y cultural.

Diagnosticar tempranamente y tratar de forma oportuna, las alteraciones de la salud que surjan entre los miembros de la familia, con el fin de restablecer prontamente su salud.

- Prevenir enfermedades, accidentes en casa y complicaciones de enfermedades, mediante la participación activa de las familias, aplicando las guías educativas y clínicas específicas por parte del equipo interdisciplinario.

4. Organización Panamericana de la Salud (2009), Manual de gestión territorial, Estrategia de entornos saludables, Documento 05, Bogotá: 20.

- Educar a la familia para el pleno ejercicio de sus derechos y deberes en salud; además de que adquieran conocimiento, comportamientos, hábitos, actitudes y prácticas que sean favorables a su salud.
- Estimular la comunicación efectiva y las relaciones familiares, para asegurar su estabilidad y así, evitar o disminuir las crisis familiares y su impacto negativo en la salud.
- Intervenir los factores de riesgo acorde a las exigencias de cada etapa del ciclo evolutivo, para que mediante el apoyo mutuo, adquiera la capacidad de enfrentar, de una manera adecuada, los conflictos de la vida cotidiana, permitiendo mantener en equilibrio la salud de las familias.
- Transformar los factores de riesgo y potenciar los factores protectores, para las familias incluidas en el programa

7.8.2. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL ENTORNO LABORAL ⁵

"El Entorno Laboral Saludable, alude a un espacio físico y social, caracterizado por un conjunto de condiciones que influyen de manera favorable al mantenimiento y el mejoramiento de la salud y del bienestar de los trabajadores".

Un Entorno Laboral Saludable reconoce el derecho de los trabajadores a desempeñar sus actividades laborales en un ambiente sano y adecuado y a ser informados sobre los riesgos del ambiente de trabajo en relación a su salud, bienestar y supervivencia; así como a tener una participación activa en la eliminación y/o mitigación de los factores adversos del medio ambiente laboral, que inciden en su bienestar y calidad de vida, sobre la base de las definiciones de sus responsabilidades y deberes, en relación con la protección y recuperación del ambiente de trabajo y la salud, y que tiene como objetivo fundamental, obtener mejoras adicionales en los indicadores de salud y seguridad .

Para que exista un entorno laboral saludable, se debe promover la participación de todos los actores para controlar, mejorar y mantener la salud y el bienestar de los trabajadores y, así, propender a un ambiente laboral saludable, donde se mejore la calidad de vida de toda la población.

En términos generales, el entorno laboral saludable en Colombia se ha enmarcado en tres componentes que favorecen la promoción de la salud en el lugar de trabajo: (i) Cobertura y aseguramiento de los trabajadores formales, a través del Sistema General de Riesgos Profesionales, (ii) Atención a poblaciones laborales informales en condición de vulnerabilidad y (iii) Fomento de una cultura en salud ocupacional.

Es importante mencionar que en el documento, el término: "lugar de trabajo", se referirá a: "*los lugares de trabajo de las poblaciones laborales informales*" en condición de vulnerabilidad, específicamente.

5. Organización Panamericana de la Salud (2009), Manual de gestión territorial, Estrategia de entornos saludables, Documento 05. Bogotá: 21.

7.8.2.1. Objetivo General

Verificar el cumplimiento de la empresa en la afiliación a la Seguridad Social, promoción de la salud y calidad de vida en los ámbitos laborales.

7.8.2. 2. Acciones

- Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y medio ambiente de trabajo de la población trabajadora del municipio de Itagüí, mediante la prevención de los riesgos laborales y ocupacionales, que puedan afectar negativamente el estado de bienestar y salud.
- Motivar la vinculación laboral de personas en condición de discapacidad.
- Ampliar cobertura en el Sistema de seguridad social en especial de Riesgos Laborales por medio de estrategias educativas de socialización de normatividad y sanciones de responsabilidad civil.
- Promover la salud de las poblaciones laborales vulnerables a riesgos ocupacionales, con enfoque diferencial, aunando esfuerzos para prevenir, mitigar y superar los riesgos de esta población, fortaleciendo la gestión intersectorial y la participación social en el nivel local.
- Incentivar la implementación de esquemas de vacunación específico, según los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos los trabajadores, estimulando la aplicación de vacunas de Influenza.
- Impulsar la cultura del correcto lavado de manos, como método de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
- Generar cultura del derecho colectivo a la Salud, auto-cuidado con estrategias de pausas activas y control de los riesgos que pueden llegar a afectar de manera negativa a la comunidad en general.

7.8.3. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL ENTORNO COMUNITARIO

Es el espacio donde confluyen los ciudadanos interesados en los asuntos de ciudad, así como los partícipes de las organizaciones sociales, comunales y comunitarias, orientadas a grupos poblacionales o sectoriales, que aportan e inciden en la construcción de bienestar de las comunidades donde se encuentran asentadas.

En este entorno también confluyen las acciones de vigilancia y control sanitario, cuyo accionar es llevado a cabo en la comunidad, determinado como: "función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de inspección, vigilancia y control, cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana."⁶

6. DECRETO N° 3518 de octubre 09 de 2006, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones, Artículo 3, Definiciones.

7.8.3.1. Objetivo General

Fortalecer la efectiva participación ciudadana en la estrategia de APS, a través de acciones de formación, articulación y empoderamiento, para la difusión y validación de la estrategia en los procesos de desarrollo local.

7.8.3.2. Acciones

- Socializar el proyecto en las zonas a intervenir, a partir del trabajo directo, el acompañamiento y el fortalecimiento de la comunidad a través de organizaciones sociales y comunitarias.
- Educar a la comunidad para el pleno ejercicio de sus derechos y deberes en salud; además para que adquieran conocimiento, comportamientos, hábitos, actitudes y prácticas que sean favorables a su salud.
- Suministrar información completa sobre perfiles epidemiológicos, ambientales, sociales, culturales y económicos de la comunidad donde residen.
- Capacitación de líderes como gestores del riesgo en salud, residentes en los vecindarios de las familias del programa para que actúen como motivadores y multiplicadores de salud entre dichas familias, estimulando su participación activa.

7.8.4. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

*"La Escuela Saludable es definida como el espacio geográfico en donde habita la comunidad educativa; donde se construye y reproduce la cultura, se desarrolla el pensamiento, la afectividad y los comportamientos básicos para producir nuevos conocimientos, se buscan alternativas, mejores formas de vivir y relacionarse con su entorno. La Escuela Saludable contribuye al desarrollo humano de los escolares, propiciando acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad en torno al centro educativo, promoviendo el desarrollo humano sostenible de las niñas, los niños y los jóvenes a través del desarrollo de habilidades y destrezas para cuidar su salud, la de su familia y comunidad."*⁷

7.8.4.1. Objetivo General

Educar a la comunidad educativa para el pleno ejercicio de sus derechos y deberes en salud además que adquieran conocimiento, comportamientos, hábitos, actitudes y prácticas que sean favorables a su desarrollo integral.

7. Organización Panamericana de la Salud (2009), Manual de gestión territorial, Estrategia de entornos saludables, Documento 05, Bogotá: 20

7.8.4.2. Acciones

- Promover hábitos de vida saludable que funcionen como factores protectores por medio de actividades lúdicas para ellos, sus padres y docentes.
- Promover en las escuelas de padres la comunicación efectiva y las relaciones familiares, para asegurar la estabilidad de las familias y así evitar o disminuir las crisis familiares y su impacto negativo en la salud.
- Dar a conocer a los docentes y padres de familia los factores de riesgo acorde a las exigencias de cada etapa del ciclo evolutivo.
- Brindar herramientas a los estudiantes, docentes, padres de familia para enfrentar de una manera adecuada los conflictos de la vida cotidiana permitiendo mantener en equilibrio la salud mental.

7.8.5. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL ENTORNO INSTITUCIONAL

Este entorno está relacionado con: *"la provisión en forma sistemática y oportuna de información, sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva"*⁸

7.8.5.1. Objetivo General

Transversalizar y optimizar las acciones para el cuidado y la atención de la salud pública.

7.8.5.2. Acciones

- Socializar el proyecto con las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), para fortalecer el trabajo en red.
- Mejorar la calidad del dato en las notificaciones de eventos transmisibles, no transmisibles y de riesgo ambiental, a partir del trabajo directo y el acompañamiento.
- Aumentar la pertinencia y transversalidad en las acciones proyectadas para la práctica de la salud pública.

8. DECRETO N° 3518 de octubre 09 de 2006, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones, Artículo 1. Objeto.

7.9. RUTA DE ATENCIÓN

7.9.1. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL ENTORNO FAMILIAR SALUDABLE

7.9.1. 1. Metodología

Visita domiciliaria como estrategia central para la intervención, permitiendo a los promotores interactuar con los grupos familiares, involucrándose con los hechos y problemáticas que están generando riesgos para la salud y/o disfunciones en la dinámica familiar y social.

La metodología de este entorno está basado en 4 momentos fundamentales, a tener en cuenta: Información, gestión, priorización e intervención.

Momento 1. Información

- **Recolección de bases de datos:** para iniciar, es importante recolectar toda la información posible de las familias intervenidas en años anteriores; información disponible en las bases de datos de la Secretaría de Salud y la ESE Hospital del Sur.
- **Verificación de afiliación:** se verificará en las bases de datos los derechos de afiliación, con el fin de determinar su nivel de SISBEN y asegurador, y así, poder realizar la priorización de las familias a intervenir, según criterios de inclusión que se determinen.
- **Primer contacto con la familia:** se realizará una llamada telefónica informando e invitando a la familia a pertenecer al programa y concertar la fecha de visita inicial por el equipo; con lo cual, se debe considerar una agenda determinada para evitar inoportunidades en la atención.
- **Visita para la elaboración de ficha familiar:** el trabajo con las familias se hace inicialmente por medio de la aplicación de una ficha de salud familiar, compuesta por variables diferentes, con las cuales se evalúa el tipo de familia, ciclo vital, composición, relaciones internas y externas, condiciones de su hábitat domiciliario y estado de salud de cada uno de sus miembros.

Durante la realización de la visita, el promotor por medio de la observación y acorde con las respuestas obtenidas por los miembros de la familia para diligenciar la ficha, evidenciará riesgos y de acuerdo a estos, desarrollará secciones de micro educación, según la característica de las personas y la familia.

En este mismo sentido, el promotor, realizará educación frente a los programas de promoción y prevención (PyP), además de hacer remisión a los programas a los cuales pueden acceder. Se orientará e informará que es posible que se le realice una segunda visita, para hacer seguimiento en temas específicos (si se evidenció necesidad de asesoría profesional).

Momento 2. Análisis

- Diagnóstico familiar: de la aplicación de esta ficha, se obtiene un diagnóstico de salud familiar, donde aparecen todas aquellas condiciones de salud que afectan a la familia en general o a alguno de sus miembros, los factores de riesgo y factores protectores.
- Clasificación de riesgos: se clasificarán los individuos y las familias, dependiendo de los riesgos encontrados, para agruparlos según su gravedad o intensidad.

Se registran los factores de riesgos y protectores identificados para cada miembro y de la familia en conjunto.

Los factores de riesgo son todas aquellas circunstancias que influyen negativamente en la situación de salud de cada individuo, la familia y del entorno en general, sobre las cuales se actuará desde la gestión del riesgo y acorde a su gravedad, se intervendrá desde la prevención, mitigación y/o superación.

Los factores protectores son todas aquellas circunstancias o acciones que tienen un impacto positivo sobre la salud individual, familiar y del entorno y que favorecen el desarrollo de alternativas de solución, al constituirse como recursos internos y externos de la familia, para hacer frente a sus necesidades.

Momento 3. Priorización

- Panorama de necesidades: basados en la clasificación de riesgos y factores protectores, se determinarán cuáles de estas acciones deberán ser priorizadas y cómo deberán ser abordadas.

Los datos arrojados al realizar el levantamiento de la información, permitirán que automáticamente se determinen las prioridades de atención en salud de la familia en conjunto y de cada uno de sus miembros. Este sistema de priorización o diagnóstico de salud familiar, deberá además, permitir la determinación del tipo de promotor que actuará según las condiciones encontradas y definir las agendas de los mismos, concertada con la familia.

- “Staff” de Análisis: el equipo interdisciplinario completo realizará reuniones con cierta periodicidad, donde se analicen las variables determinadas para cada familia y se prioricen las necesarias a intervenir.

Momento 4. Intervención

- Plan de trabajo familiar: el equipo interdisciplinario elabora los planes de trabajo de intervención con las familias; allí se contemplan acciones con enfoque de protección, riesgo y tratamiento oportuno; las cuales deberán conducir a la normalización, monitoreo y evaluación de los impactos logrados en el grupo familiar.

Pueden incluir acciones de educación para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, remisión a especialistas de acuerdo a las condiciones de salud encontradas y al tipo de seguridad social, aplicación de pruebas tamiz, asesoría en situaciones de dinámica familiar, hábitat, educación, entre otras.

Se deben determinar acciones específicas, responsables, tiempo para llevarlo a cabo, verificación, visita o vía telefónica y fecha para hacerle seguimiento.

- Seguimiento: el promotor deberá realizar seguimiento al cumplimiento del plan de trabajo familiar, de acuerdo a los tiempos establecidos con la familia, para verificar el cumplimiento de los compromisos, y en caso contrario, re direccionar el proceso de acompañamiento y reforzar la corresponsabilidad para mejorar la calidad de vida familiar.

7.9.2. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL ENTORNO LABORAL SALUDABLE

7.9.2.1. Metodología

La metodología utilizada es a través de visita de campo a las empresas, para hacer verificación documental, observación locativa y sugerencias, tanto a la empresa visitada, como a la ARL donde tenga afiliados a sus empleados.

La metodología de este entorno está basado en 3 momentos fundamentales a tener en cuenta: diagnóstico, intervención y evaluación, seguimiento.

Momento 1. Diagnóstico

- Recolección de bases de datos: para iniciar es importante acceder a las bases de datos de las empresas que ejecutan sus actividades operativas o comerciales en el Municipio de Itagüí, registradas en la Cámara de Comercio del Aburra Sur, la Agencia de Desarrollo Local (ADELI), directorio de la Central Mayorista de Antioquia.
- Captación de Población que se incluiría en la actividad: se realiza contacto con representantes legales o colaboradores de empresas Pymes, concretando citas de manera previa para fase de intervención; identificando inicialmente el tipo de actividad económica que realiza la empresa y el número de colaboradores.

Momento 2. Intervención Y Evaluación

- Visitas de verificación general y observación de condiciones de seguridad en las instalaciones de la empresa: estas visitas se realizarán en la ubicación directa de la empresa, donde inicialmente se hace una breve introducción del programa con el empleado encargado o representante legal que atienda la visita y se registra la información suministrada en la ficha: "*Verificación plan básico legal de Mi pymes*".

En la ficha se registran datos generales de la empresa, tales como: la razón social, el NIT, dirección, teléfono, nombre de representante legal, administradora de riesgos laborales (ARL) entre otras. Además, información sobre comité paritario de salud ocupacional, reglamento de higiene y seguridad industrial, matriz de riesgos, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), subprograma de medicina preventiva, brigadas.

Así mismo, se hace observación, haciendo un recorrido con acompañamiento de la persona asignada por la empresa, para valorar las condiciones específicas en cuanto a la disposición de residuos, las condiciones de las instalaciones y de seguridad, según la actividad económica desarrollada por la empresa, con la explicación específica del punto evaluado y emisión verbal de recomendaciones en el momento de la evaluación.

Por último, se convoca al Comité de Participación en Salud Ocupacional - COPASO en caso de que se encuentre constituido en la empresa, para hacer la entrega de material educativo que puedan publicar y divulgar entre sus integrantes; así mismo, se entregan por escrito, las oportunidades de mejora que se identifiquen en el recorrido por las instalaciones.

Momento 3. Seguimiento

Acorde con las observaciones socializadas y oportunidades de mejora concertadas, se establecen acciones específicas, responsables, tiempo para llevar a cabo, verificación por visita o vía telefónica y fecha para hacerle seguimiento.

7.9.3. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL ENTORNO COMUNITARIO SALUDABLE

7.9.3.1. Metodología

El enfoque de la intervención es participativo, en tal sentido permitirá resignificar y valorar la experiencia y conocimientos de quienes intervienen en el proceso de socialización, y fortalecerá sus niveles de empoderamiento y participación, con enfoque en los procesos de desarrollo comunitario. La metodología de este entorno está basado en 4 estrategias fundamentales a tener en cuenta: Socialización, diagnóstico rápido participativo, grupo gestor del riesgo comunitario, brigadas de salud.

Momento 1. Socialización

Para desarrollar esta estrategia se parte del reconocimiento a las organizaciones sociales comunales y comunitarias del municipio, que han hecho parte vital no solo del desarrollo de éste, sino también de procesos de movilización social.

Y de la descentralización de las acciones en el territorio, por lo que el equipo de APS concreta las actividades con las organizaciones, articulándose a la programación de éstas y realizando las actividades en los lugares que ellas definan, que por lo regular, son en sedes comunales, canchas y placas polideportivas.

Por lo anterior, se realiza acercamiento con Asociación de Juntas de Acción Comunal - ASOCOMUNAL y la Secretaría de Participación e Inclusión Social, para acceder a las bases de datos de las organizaciones sociales, comunales y comunitarias que se encuentran asentadas en las seis comunas y las ocho veredas del corregimiento el Manzanillo.

Con los datos de estas organizaciones, se establece contacto telefónico para verificación y actualización; además, se indaga sobre la programación de sus reuniones o actividades, para solicitarles un espacio en éstas y así, socializar la estrategia.

Socializar la estrategia APS a las organizaciones sociales, comunitarias y comunidad en general, en los barrios de las comunas y veredas del corregimiento donde se esté realizando intervención en el entorno familiar; permite que conozcan las generalidades, componentes, entornos y líneas de acción, reconozcan los beneficios

para mejorar las condiciones de vida de los individuos, la familia y comunidad en general, y que los líderes se empoderen para la divulgación y apoyo de la estrategia.

Momento 2. Diagnóstico Comunitario

El desarrollo de esta estrategia permite acercarse al contexto situacional de las comunidades en el territorio, conocer como lo perciben, simbolizan, representan, las situaciones problemáticas, los sectores de convergencia, de conflicto, entre otras; obteniendo así, un diagnóstico biopsicosocial, que evidencia las principales problemáticas de los sectores para hacerles gestión del riesgo, a partir de la remisión a las dependencias de la administración municipal, según competencias.

Este ejercicio se lleva a la práctica con el diagnóstico rápido participativo y se aplica con la técnica del Mapa Parlante, la cual consiste en realizar una concertación de convenciones que permitan ubicar en el mapa: las necesidades, problemáticas, limitaciones y potencialidades de cada comuna, corregimiento, barrio o vereda.

La elaboración del mapa debe ir acompañado de una guía compuesta por preguntas relacionadas con las dimensiones y componentes del desarrollo, las cuales faciliten la construcción del mapa. Los moderadores o relatores deben consolidar la información, especificando las problemáticas de cada sector y hacer la correspondiente remisión a la dependencia municipal y hacerle seguimiento.

Momento 3. Grupo Gestor del Riesgo Comunitario

Esta estrategia se basa en la conformación del grupo gestor del riesgo con la participación activa de diferentes líderes, mínimo uno por comuna, donde se estén interviniendo familias, con los cuales se acuerden cronograma de reunión y capacitación periódica.

Su conformación se estructura a partir de identificar los comités de salud existentes en las Juntas de Acción Comunal, así como del comité de salud de Asocomunal, se concreta reunión para socializar la estrategia y se les invita a ser parte del grupo.

Con las personas que se inscriben, se realiza una primera reunión para formalizar la conformación del grupo, hacerles entrega del Kit del "Gestor Comunitario" y se comienza un ciclo de capacitaciones en temas como: AIEPI comunitario, hábitos de vida saludable, primeros auxilios, entre otros, para que sean promotores de salud en sus entornos.

Estrategia 4. Brigadas de Salud

En esta estrategia se concreta con la comunidad: fecha, hora y lugar de realización de la brigada; se llevan servicios de promoción y prevención, como: toma de presión arterial, glicemia, tamizaje de talla y peso, higiene oral, vacunación.

La comunidad es acompañada por los promotores dispuestos en el grupo de gestión del riesgo familiar para la atención y canalización de los diferentes servicios: atención psicológica, micro sesiones educativas, socialización de rutas de acceso a los programas y servicios.

7.10. COMPONENTES

Fortalecimiento Municipal: a través de lineamientos normativos y acciones transversales que contribuyan al fortalecimiento y desarrollo integral de la estrategia.

Desarrollo Humano y Familiar: acompañamiento a los ciudadanos en los entornos familiar, escolar, laboral, comunitario e institucional; a cargo del equipo interdisciplinario, orientado al fortalecimiento de capacidades individuales y grupales, generando procesos formativos que favorezcan motivación, disposición y compromiso al mejoramiento de la calidad de vida y de vinculación a las instancias de participación social y comunitaria.

Gestión del Riesgo: es la gestión y remisión de servicios a la oferta institucional, que combina los servicios de cobertura universal, referida a la disponibilidad para la población que lo solicite en la atención de áreas de bienestar; y la cobertura focalizada, para la población en condición de vulnerabilidad, priorizando su acceso.

Sala situacional: “la Sala Situacional es una estrategia de análisis que tiene como objetivo fortalecer la capacidad de respuesta de los sectores e instituciones competentes ante necesidades y demandas sociales de alto impacto en la calidad de vida y salud de los grupos humanos. Dicha estrategia se desarrolla como un proceso continuo de tres etapas (Salas Comando, de Trabajo y de Decisión) en las que se aborda una problemática de salud identificada como prioritaria y cuyo resultado final es la generación de propuestas de respuesta orientadas a la toma de decisiones.”⁹

7.10.1. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

En el Acuerdo 013 del 10 de diciembre de 2014, Artículo Octavo dice:

Sistema de información integrado: “*el municipio, a través de la Secretaría de Salud y Protección Social, garantizará un Sistema de Información Integrado, que registre las acciones de APSR, mediante un sistema integral de información, de beneficios sociales y atención integral, de los cuales se favorece la población objeto del modelo de atención en salud*”.

9. Análisis de Situación de Salud y Gestión del Conocimiento, Secretaría de Salud Distrital de Bogotá, 2013.

Parágrafo: *"la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APSR) se debe soportar en un sistema de información que integre la población beneficiara de los distintos programas de la Administración municipal, la caracterización inicial, el proceso de intervención, los resultados e indicadores propuestos; indicadores que deben evidenciar los cambios en la situación de salud de la comunidad donde la estrategia se está desarrollando".*

Con el objeto de facilitar la recolección, validación, almacenamiento y análisis de la información para el desarrollo de la estrategia APS, además de la adecuada toma de decisiones, se contrató la adaptación del aplicativo "CONNECTOR MOBILEFORMS", de tal manera que se pudiera ingresar la información a reportar a la Gobernación de Antioquia, y pudiéramos gestionar el enfoque de nuestro interés, el cual es: Salud Mental.

El sistema fue diseñado como aplicativo web, con recolección de datos en dispositivos móviles tanto en modo on line como off line. Funciona bajo sistema operativo Android. El mismo permite la toma de evidencia fotográfica y captura de coordenadas de ubicación, para la posterior presentación de información geo referencial.

El formulario de salud mental fue elaborado con el objeto de identificar riesgos en Salud Mental, es decir, el cuestionario no diagnostica enfermedades mentales, simplemente da alertas de posibles riesgos en la salud mental de los usuarios. Para ello se tiene una valoración de las respuestas, y de acuerdo a un algoritmo previamente elaborado, se genera estado de riesgo frente a las 17 patologías mentales estudiadas.

Las variables contempladas para el módulo de salud mental son:

MÓDULO	PREGUNTA	RESPUESTA
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	¿En los últimos 2 meses, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	1. Si 2. No
	¿En los últimos 2 meses, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	1. Si 2. No
	¿Estos síntomas interfieren notablemente en las actividades personales, familiares, sociales y laborales?	1. Si 2. No
TRASTORNO DISTÍMICO	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	1. Si 2. No
	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	1. Si 2. No
	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	1. Si 2. No
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	¿Presenta control deficiente del temperamento?	1. Si 2. No
	¿Tiene comportamientos imprudentes y falta de autocontrol?	1. Si 2. No
	¿Presenta estado de ánimo muy elevado?	1. Si 2. No

MÓDULO	PREGUNTA	RESPUESTA	
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	¿Presenta estado de ánimo muy elevado?	1. Si	2. No
	¿Ha perdido el interés en actividades que alguna vez disfrutaba?	1. Si	2. No
	¿Ha sentido pérdida de la autoestima?	1. Si	2. No
	¿Ha tenido sentimiento de minusvalía,desesperanza o culpa?	1. Si	2. No
RIESGO DE SUICIDIO	¿Ha pensado en suicidarse?	1. Si	2. No
	¿Ha planeado cómo suicidarse?	1. Si	2. No
	¿Ha intentado suicidarse?	1. Si	2. No
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	1. Si	2. No
	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	1. Si	2. No
	¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	1. Si	2. No
TRASTORNO DE PÁNICO	¿Ante un ataque de pánico inesperado, ha presentado los siguientes síntomas: molestia o dolor torácico, mareo, desmayo, miedo a perder el control o de muerte inminente, sensación de asfixia, sudoración, escalofrío o sofocos, frecuencia cardíaca rápida o latidos cardíacos fuertes?	1. Si	2. No

MÓDULO	PREGUNTA	RESPUESTA
FOBIA ESPECÍFICA	¿Evita situaciones en las cuales se puede presentar contacto con el objeto o animal que causa el miedo? Por ejemplo, evitando conducir a través de túneles si estos son el objeto de la fobia. ¿Este tipo de evasión puede interferir con el trabajo y la vida social?	1. Si 2. No
FOBIA SOCIAL	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	1. Si 2. No
	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	1. Si 2. No
	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	1. Si 2. No
	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	1. Si 2. No
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física?	1. Si 2. No

MÓDULO	PREGUNTA	RESPUESTA
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (p.ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	1. Si 2. No
	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	1. Si 2. No
ANSIEDAD POR SEPARACIÓN	¿Ha sentido malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas? (por lo menos durante 4 semanas)	1. Si 2. No
	¿Ha sentido preocupación excesiva y persistente, por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño? (por lo menos durante 4 semanas)	1. Si 2. No
	¿El inicio se produce antes de los 18 años de edad?	1. Si 2. No
	¿La alteración provoca malestar clínicamente significativo, deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de sus actividades?	1. Si 2. No

MÓDULO	PREGUNTA	RESPUESTA
TRASTORNO OBSESIVO - COMPULSIVO	¿Repetitivamente ha sentido el temor a contaminarse?	1. Si 2. No
	¿Siente la necesidad de simetría en la organización de objetos?	1. Si 2. No
	¿Repetitivamente siente escrupulosidad o religiosidad excesiva?	1. Si 2. No
	¿Siente la necesidad de ordenar en exceso?	1. Si 2. No
	¿Suele lavarse excesivamente?	1. Si 2. No
	¿Repetitivamente se asegura de haber cerrado la puerta, de haber cerrado el agua más de 3 veces?	1. Si 2. No
TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS	¿En los últimos 12 meses, tomó alguna sustancia psicoactiva, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo? (incluyendo bebidas alcohólicas y tabaco)	1. Si 2. No
	Nombre las sustancias psicoactivas consumidas:	Pregunta abierta
	¿Con que frecuencia realiza el consumo de sustancias psicoactivas?	Pregunta abierta
	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	1. Si 2. No

MÓDULO	PREGUNTA	RESPUESTA
TRASTORNO PSICÓTICO	¿Ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?	1. Si 2. No
	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver?	1. Si 2. No
	¿Presenta el paciente actualmente un lenguaje desordenado, incoherente o con marcada pérdida de las asociaciones?	1. Si 2. No
	¿Presenta el paciente actualmente un comportamiento desorganizado o catatónico?	1. Si 2. No
	¿Hay síntomas negativos de esquizofrenia prominentes durante la entrevista (un aplanamiento afectivo significativo, pobreza del lenguaje (alogia) o incapacidad para iniciar o persistir en actividades con una finalidad determinada)?	1. Si 2. No
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN	¿Suele provocarse vómito posterior a la ingesta de alimentos?	1. Si 2. No
	¿Suele utilizar laxantes, enemas o diuréticos?	1. Si 2. No
	¿Va al baño de manera regular inmediatamente después de las comidas?	1. Si 2. No

MÓDULO	PREGUNTA	RESPUESTA
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN	¿Influye en gran medida su peso o la figura de su cuerpo, en la opinión que usted tiene de sí mismo?	1. Si 2. No
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	¿A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades?	1. Si 2. No
	¿A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas?	1. Si 2. No
	¿A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)?	1. Si 2. No
	¿A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado?	1. Si 2. No
	¿A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)?	1. Si 2. No
	¿A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio?	1. Si 2. No

MÓDULO	PREGUNTA	RESPUESTA	
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE	¿A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus obligaciones?	1. Si	2. No
	¿A menudo es colérico y resentido?	1. Si	2. No
	¿A menudo es rencoroso o vengativo?	1. Si	2. No
TRASTORNO DE CONDUCTA	¿Rompe las normas sin razón aparente?	1. Si	2. No
	¿Tiene un Comportamiento cruel o agresivo hacia personas y animales?	1. Si	2. No
	¿Ha realizado un ausentismo escolar (inasistencia, comenzando antes de los 13 años)?	1. Si	2. No
	¿Ha mentido para conseguir un favor o evitar cosas que tiene que hacer?	1. Si	2. No
	¿Ha cometido acciones de vandalismo o destrucción de la propiedad?	1. Si	2. No

Fuente: Secretaria de Salud y Protección Social de Itagüí

7.11. RECURSOS (FINANCIEROS, HUMANOS Y LOGÍSTICOS)

El Acuerdo 013 del 10 de diciembre de 2014, en su Artículo Séptimo, hace referencia a: Financiación y Continuidad: *“El Municipio asignará de acuerdo a la disponibilidad financiera en el presupuesto de cada año, los recursos necesarios para que la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APSR) se implemente en el Municipio, según lo definido en el plan de acción analizado; garantizando la continuidad, permanencia y viabilidad de esta estrategia en el tiempo”*

7.12. INDICADORES

Los indicadores adoptados son los de la aplicación @STAT – ADM; software de empresa española, suministrado por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, para fortalecer el sistema de información de la estrategia: Atención Primaria en Salud (APS), en los municipio del área de aburra.

Indicadores de vivienda

- Proporción de personas según grupo de edad y sexo.
- Proporción de familias según zona residencia.
- Proporción de personas de acuerdo al tipo de población
- Proporción de población de acuerdo al tipo de nivel de SISBEN.
- Proporción de viviendas según estado.
- Proporción de viviendas según tipo de alumbrado.
- Proporción de viviendas según calidad del agua que consumen.
- Proporción de viviendas según disposición final de excretas.
- Proporción de viviendas según tipo de disposición final de basuras.
- Proporción de familias que viven en hacimientos

Indicadores en salud pública

- Proporción de población desplazada
- Proporción de población con discapacidad
- Proporción de población discapacitada, de acuerdo al tipo de discapacidad.
- Proporción de población mayor de 60 años, según la zona de ubicación
- Proporción de población menor de 6 años, según la zona de ubicación.
- Proporción de prevalencia de la morbilidad.
- Proporción de gestantes según grupo de edad entre 10 y 59 años.
- Proporción de población con percepción de desnutrición por edad.
- Proporción de población con percepción de sobrepeso por edad.
- Proporción de personas entre 18 y 69 años, clasificada según índice de masa corporal.
- Proporción de familias donde se presenta el proceso de riesgo de consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.
- Proporción de familias donde se presenta el proceso de riesgo desituaciones problemáticas, que terminaron en hechos violentos.
- Proporción de familias donde se presenta el proceso de riesgo de intento de suicidio.
- Proporción de población entre 10 y 49 años con planificación familiar según grupo de edad.

Indicadores salud familia

- Menores entre 0 y 5 años con esquema de vacunación adecuado* $100/\text{Total de menores entre 0 y 5}$.
- Menores entre 0 y 5 años en crecimiento y desarrollo* $100/\text{Total de menores entre 0 y 5 años}$.
- Menores entre 0 y 5 años sin percepción de desnutrición* $100/\text{Total de menores entre 0 y 5 años}$.
- Niños en edad escolar con atención preventiva odontología* $100/\text{Total de niños en edad escolar}$.
- Mujeres entre 10 y 14 años que se hallan en gestación* $100/\text{Total de mujeres entre 10 y 14 años}$.
- Mujeres entre 15 y 19 años que se hallan en gestación* $100/\text{Total de mujeres entre 15 y 19 años}$.
- Embarazadas en el programa de control prenatal* $100/\text{Total de embarazadas}$.
- Embarazadas que ingresaron al programa de control prenatal en el primer trimestre* $100/\text{Total de embarazadas en control prenatal}$.
- Mujeres en edad fértil con citología* $100/\text{Mujeres en edad fértil}$.
- Población afiliada al SGSSS* $100/\text{Total población}$.
- Felinos y caninos vacunados* $100/\text{Total de felinos y caninos}$.
- Número de familias según clasificación* $100/\text{Total de familias}$.

Indicadores de Gestión

- Proporción de personas canalizadas por programas de salud y desarrollo social atendidas.
- Proporción de personas con actividad educativa por temática.
- Proporción de familias por número de la visita.
- Historias digitadas por mes de digitación.
- Planes de acción por temática.
- Tipo de actividades realizadas durante la visita.

CAPÍTULO 3: SISTEMATIZACIÓN

1. PRESENTACIÓN

La sistematización de la estrategia Atención Primaria en Salud en el municipio de Itagüí, ha sido propuesta en el marco de la estrategia de la Red Metropolitana de Salud, como una apuesta del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, en alianza con la Institución Universitaria Esumer, el Municipio de Itagüí y la ESE Hospital del Sur, Gabriel Jaramillo Piedrahita; 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.

La estrategia de Atención Primaria en Salud del municipio de Itagüí, es el medio para llegar a las escuelas, empresas, comunidad, familias; y contribuir al mejoramiento de la salud del municipio; con esta estrategia se pretende mejorar el estado de salubridad de los habitantes que allí están vinculados. Se espera que a través de la participación activa de estos escenarios, se puedan desarrollar acciones de Promoción y Prevención de la Salud, con un fuerte énfasis en la Salud Mental.

Para el desarrollo de este ejercicio en el proceso de documentación, ha sido importante el trabajo realizado previamente por el municipio; el cual ha permitido aportar a la construcción del modelo en escena; así mismo, 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 Itagüí.

En un segundo momento, se construye el modelo propuesto y finalmente, el modelo en escena; insumos que permiten hacer un comparativo para destacar las brechas entre un ejercicio y el otro, entendidas éstas, como aquellos elementos diferenciadores, ya sea faltantes o que suman en la construcción de las características específicas, de cómo se desarrolla la estrategia en el municipio; por último, 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, 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

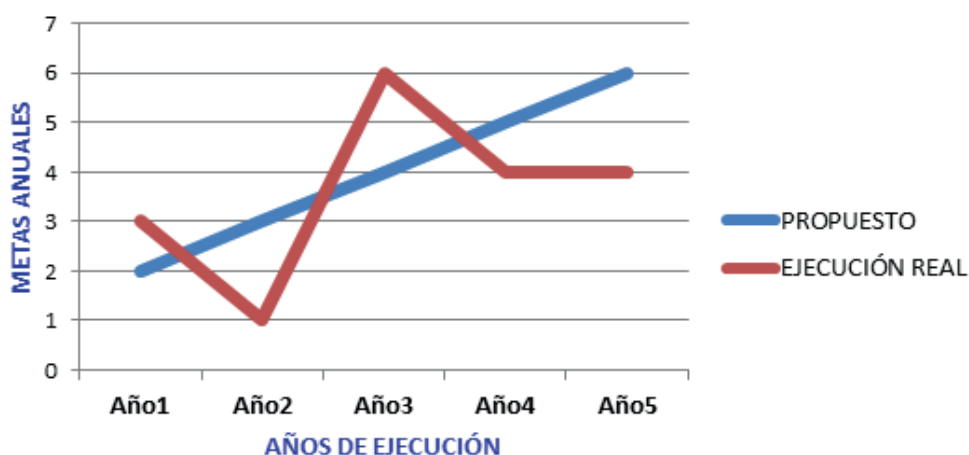
El desarrollo de una estrategia normalmente tiene dos miradas, la que se realiza a partir de los ideales del desarrollo de la estrategia; la cual, normalmente, viene dada por las orientaciones de los actores e instituciones proponentes; y la otra mirada, desde los actores que la ejecutan, llevan a cabo 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, como normalmente, se desarrollan las dos visiones de una estrategia, en términos de las metas que se espera se cumplan en los años de ejecución de la misma; la línea azul, corresponde a la visión que tienen los visionarios, planeadores y proponentes de la estrategia, la cual es de carácter lineal y creciente, en la mayoría de los casos; y la línea roja, corresponde a la visión que tienen los actores ejecutores y beneficiarios de la estrategia, la cual corresponde a una visión cíclica y con crisis en años de ejecución del proceso.

Por lo anterior, es que en los últimos años, se ha vuelto necesario documentar y sistematizar las experiencias sociales y las vivencias comunitarias, con una clara necesidad de comprender lo acontecido y darle sentido al desarrollo de la experiencia; así mismo, en términos de generar conocimientos, a través del proceso de investigación 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, (CEP Alforja, 2012), ubica los primeros ejercicios de sistematización en la década de 1970; debido al 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 de la profesional de trabajo social y al desarrollo de la educación popular, en la cual se hace un énfasis en dos premisas fundamentales: una primera, como una posibilidad de superar la separación entre práctica y teoría y una segunda, como el cometido de recuperar la reflexión sobre la experiencia.

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

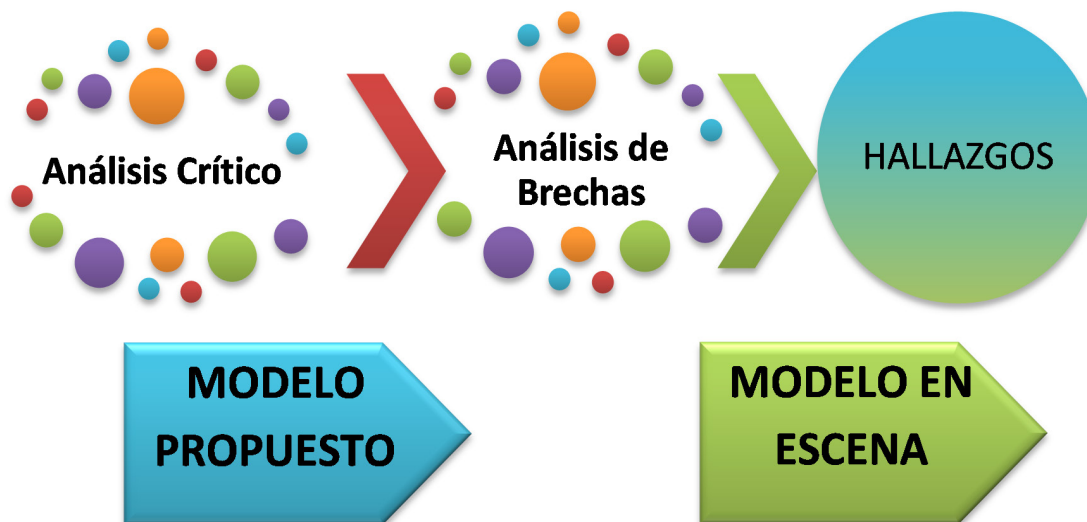
- **Modelo a proponer:**

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

Sin embargo, 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 lineamientos de la estrategia de Atención Primaria en Salud; lo que permitió esbozar el modelo propuesto; a partir de esta información, se construyó el modelo en escena; realizando igualmente un análisis crítico de lo encontrado en la realidad, entendida ésta, como la mirada desde los actores ejecutores y la información encontrada de la experiencia.

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*". (RAE).

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 porqué estaría sucediendo"

(Schouten, Ton, 2007)

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

En el siguiente cuadro se presentan las principales diferencias, entre un ejercicio de documentación y uno de 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

DOCUMENTACIÓN	SISTEMATIZACIÓN	DIFERENCIAS
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.

3. OBJETIVOS

3.1. General:

Comprender la estrategia de la Atención Primaria en Salud Renovada (APSR) en los municipios del Valle de Aburrá; 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 de los municipios del Valle de Aburrá, 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 los municipios el Vallé de Aburrá, respecto a lo propuesto en la normatividad Internacional y nacional.

4. MODELO PROPUESTO: ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA

Desde los lineamientos de orden Internacional y de las entidades directoras de la estrategia de Atención Primaria Salud, ésta es normalmente entendida desde cuatro miradas:

1. Asistencia sanitaria esencial.
2. Conjunto de valores, principios y enfoques.
3. Mecanismo mediante el cual los países y las áreas proveen mejor salud a las poblaciones y las personas.
4. Estrategia para la organización y la gestión del sistema de salud.

Para esta investigación, se asumirá la Atención Primaria en Salud, como una estrategia en la que se integran estas miradas, se complementan; y el conjunto de las mismas, son una descripción de lo que se ha pretendido desarrollar a nivel mundial.

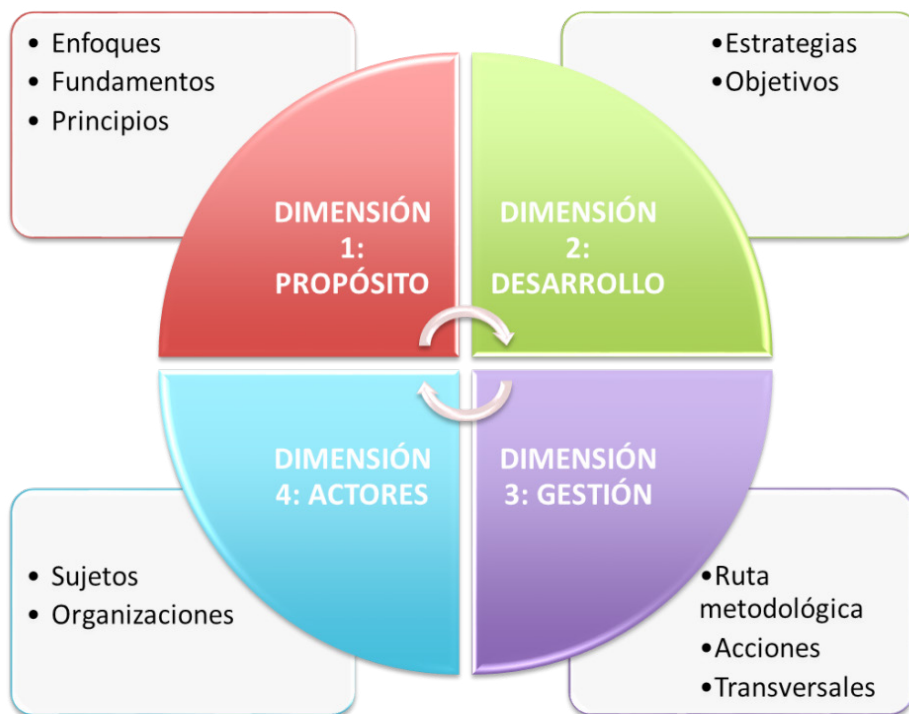
A partir de este enunciado, entender APS como una estrategia, implica comprenderla como un “todo” y como “parte”; desde un todo la estrategia se concibe como un conjunto de procesos en pro de la gestión de un cambio social, no es simplemente una acción significativa o innovadora, la estrategia es entendida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

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

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

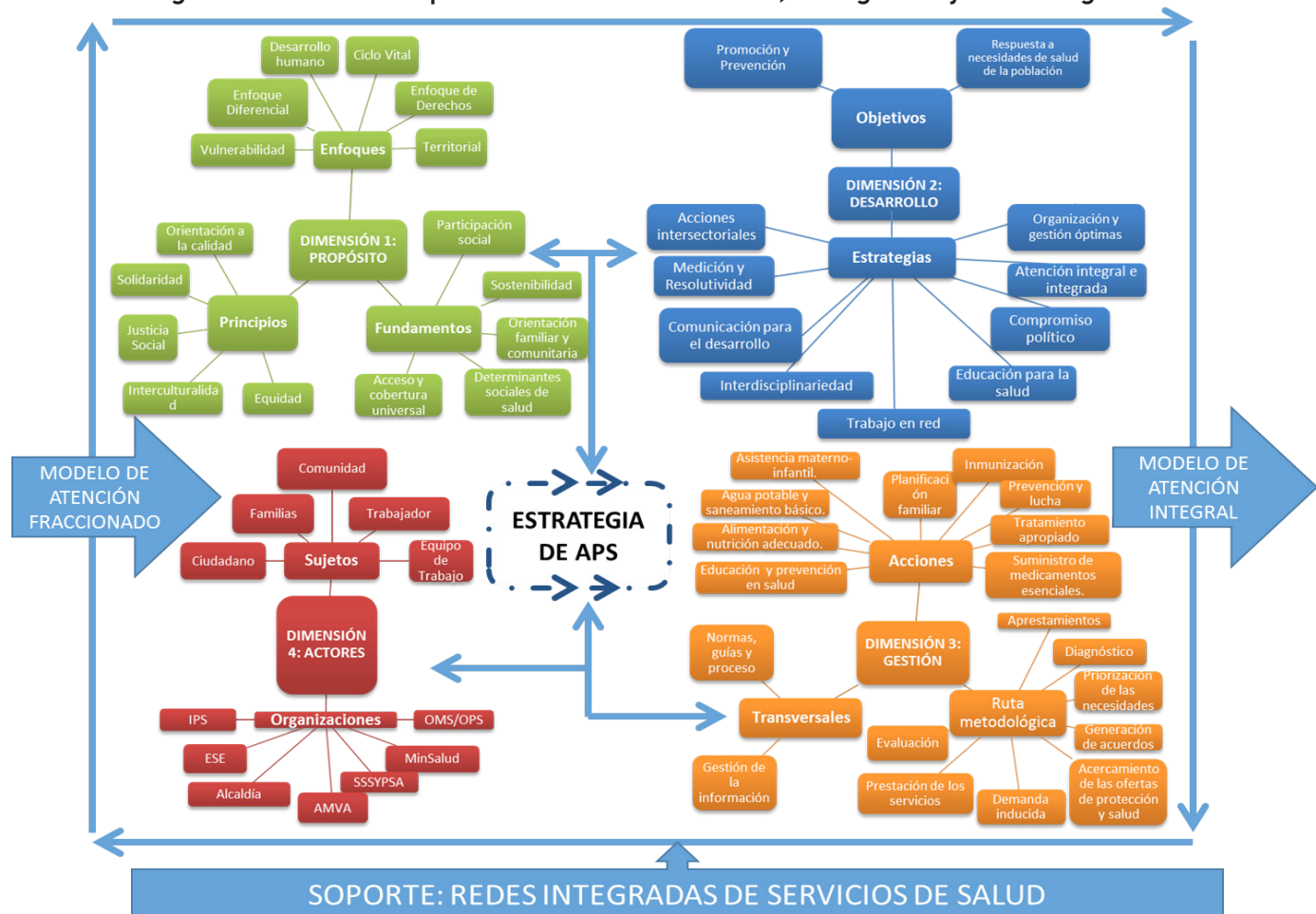
Estas dimensiones y sus respectivas categorías, parten de los referentes internacionales, nacionales y locales para la creación y desarrollo de la estrategia APS definidos por: la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los cuales reorientaron la estrategia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

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.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

AMVA: Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

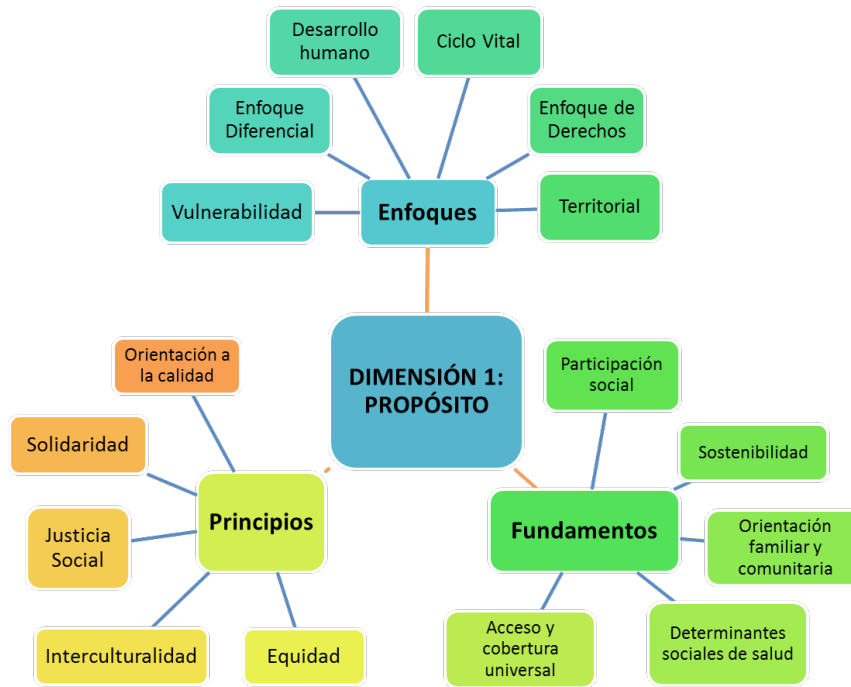
MINSAUD: Ministerio de Salud y Protección Social.

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

4.1. DIMENSIÓN 1: PROPÓSITO

Es la razón de ser de la estrategia APS-R y, como tal, el fin para el cual fue creada. Permite establecer la orientación misional y el alcance sobre el que se proyecta su implementación. En esta dimensión se 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, pero también, en ejercicio de sus deberes; lo cual implica que las personas son “agentes” y no “pacientes” de los procesos de desarrollo. Es decir, que el individuo no es considerado como un ente pasivo que recibe ayuda sino como un motor de generación y cambio de desarrollo y justicia social.

Un segundo elemento del enfoque de la estrategia APS y que va en vía del desarrollo humano, es priorizar los recursos hacia aquellas comunidades donde existen poblaciones vulnerables, las cuales por sus condiciones, requieren mayores esfuerzos de las instancias y organizaciones públicas, privadas

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

No obstante, en la aplicación de la estrategia APS, también se 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.

Por último y no menos importante, se encuentra el Enfoque Territorial; el territorio se convierte en un ente vivo, producto de las interacciones sociales, económicas, políticas y culturales; por ello, 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. Es fundamental para el logro de los objetivos que se traza la estrategia APS, el fortalecimiento del capital social (organizaciones de base).

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 situación; y como menciona la OPS: *"convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas"* (2007).

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

El acceso y la cobertura universal, implica a la totalidad de los pobladores del municipio, facilitar la provisión de servicios de salud, cuando las necesidades de la población así lo requieran; sin importar sus condiciones de ciclo vital, estrato socioeconómico, lugar de residencia (urbano-rural), entre otros.

Para lo cual, es fundamental abordar cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud y comprender que ellos no 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: humanos, materiales, financieros, de conocimiento, entre otros; necesarios para llevar a cabo la estrategia, al igual que las acciones a realizar en el territorio, que permitan la maximización de los recursos, junto con los beneficios en materia de salud, obtenidos por esta inversión. Del mismo modo, la estrategia APS requiere el 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 de la población.

4.1.3. Principios

La orientación a la calidad, se convierte en un principio rector de la estrategia APS. 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 y la efectividad; y la seguridad de las intervenciones preventivas y curativas, son necesarias para asignar los recursos de manera adecuada; ya que son fundamentales en todo el proceso, para responder a las necesidades actuales y futuras de la población en materia de salud.

Por otro lado, es importante la Interculturalidad, como principio de la APS; 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, que permite direccionar la estrategia a las personas y poblaciones más vulnerables, 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 encuentre enfocado a toda la población, pero en especial, 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, y la incorporación de la sociedad, para la planificación y el control del sistema de salud, que se traduzcan en acciones concretas para la mejora en los determinantes sociales de la salud.

Por último, se proyecta una estrategia APS basada en el principio de Solidaridad, que implica que todos los miembros de la sociedad trabajen por el derecho a la salud, para que esta estrategia sea integradora en todos los estamentos, de manera intersectorial e interinstitucional, y fomente la participación

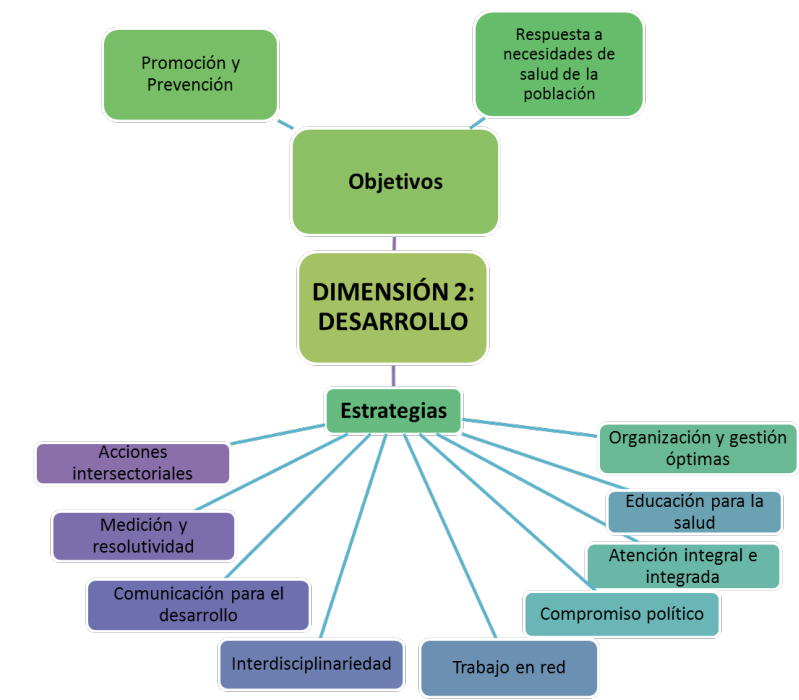
comunitaria; donde la acción colectiva del conjunto de la sociedad, genera sinergias positivas para la sostenibilidad del sistema y con ello, generar soluciones más eficientes y eficaces a las necesidades que enfrenta la población.

4.2. DIMENSIÓN 2: DESARROLLO

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

“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 ésta 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” (Tejada Moreno, 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 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 ello, 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 activa de la estrategia APS, 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 esta última, sea sensibilizada y capacitada en los temas asociados al mantenimiento de la salud; igualmente, implica un trabajo mancomunado para mejorar las condiciones en diferentes ámbitos, como: laboral, ambiental y socioeconómico.

Pero además, requiere compromiso político de todos los actores que hacen parte del sistema, como un acuerdo de voluntades entre los sujetos e instituciones, dado que no solo les garantiza los recursos físicos y financieros para su puesta en marcha, sino además, el acuerdo de voluntades de parte de los entes territoriales en pro de la estrategia; permitiendo una Atención Integral e Integrada, que conlleva a que el paquete de servicios disponibles, debe ser el adecuado para atender las necesidades de salud de las personas en el territorio; derivando que la estrategia APS, debe contemplar varias actividades como: programas P y P, autocuidado, saneamiento básico, políticas públicas en salud, planeación, entre otros.

Como señala la OMS/OPS: *"La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa"* (OMS/OPS, 2007:26).

Lo anterior, exige del sistema una coordinación entre los actores que llevan a cabo la estrategia: públicos, privados y comunitarios; para lo cual, requiere del sistema.

"la atención integrada requiere el desarrollo de redes de servicios y de proveedores, sistemas de información y gestión apropiado, incentivo, políticas y procedimientos, así como la capacitación de los proveedores de salud, personal de apoyo y de los administradores" (Ibid)

Es así como la estrategia APS necesita 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. (Ibid)

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 solo cuestión de los profesionales del área de la salud, sino de un equipo interdisciplinario, que atienda los factores de riesgo asociados directamente a la salud; además de otros componentes, como por ejemplo: la planeación y el desarrollo, los educativos, la cultura, la recreación, etc.; es decir, acciones conjuntas en pro del logro de mejores niveles de salud en el territorio.

Para la materialización de un proceso con estos atributos, se necesita el 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 ella, sino además, la misma construcción y puesta en marcha de la estrategia APS, permitiendo identificar cuáles son las necesidades reales en salud de la población; así mismo, todo el proceso de evaluación y control de la estrategia. Igualmente, una adecuada comunicación, facilita el trabajo en equipo, la constitución de redes de los diferentes servicios que componen el sistema de salud, entre otros beneficios.

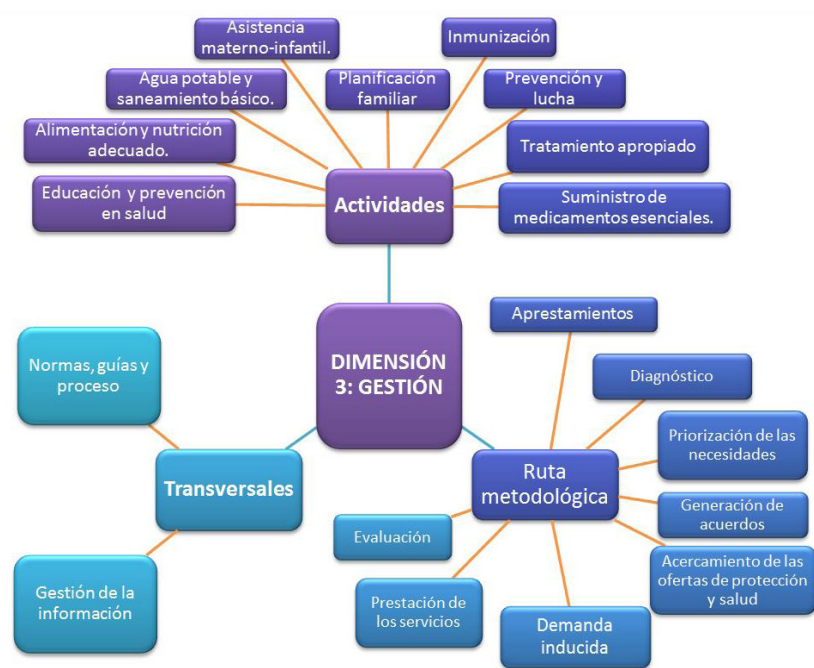
La medición y resolutivez de la estrategia APS, son fundamentales como mecanismo de planeación de la estrategia, donde va más allá de las cifras y datos de personal atendido, dando cuenta de lo efectiva y eficaz que es la aplicación de la estrategia en el territorio.

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 ello se define la ruta metodológica, las acciones y los componentes o elementos transversales; además de la ejecución de la estrategia; este proceso implica una revisión consciente y continua de la puesta en marcha de esta, verificando el cumplimiento de los objetivos planteados.

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

Figura 6. Dimensión 3: Gestión



Fuente: Elaboración propia.

4.3.1. Ruta Metodológica

La Ruta Metodológica da cuenta del camino común recomendado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia; encontrando como primer momento el Aprestamiento, entendido éste 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; así como 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 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 o indirectamente están relacionados con las condiciones de salud; así como con los asuntos potenciadores de la misma. De igual forma, da cuenta del conocimiento familiar, a través de herramientas como la historia familiar, la información estadística que tienen las entidades a través de sus programas, los proyectos y/o servicios, etc.

Seguidamente, se da un momento denominado Priorización de las Necesidades, en el cual la estrategia debe dar cuenta de la selección de las áreas de cobertura; esto es, si se selecciona territorios rurales y/o urbanos; así mismo se selecciona la totalidad de las familias o se priorizarán 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.

Acercamiento de las ofertas de protección y salud. Una vez se han logrado acuerdos con las actores y entidades del territorio, se inicia una etapa de gestión de lo previamente planeado, en esta etapa de gestión es importante resaltar el trabajo que realiza el equipo de APS, el cual tiene como 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 a otros entornos de trabajo, los diferentes programas, proyectos y servicios definidos para mejorar los condicionantes de salud y los sociales; así como los prestados por el equipo base de APS; normalmente articulados a las ESE e IPS, como a los prestados en el territorio por el ente municipal, departamental y nacional, en lo que se refiere a lo público; así como entidades privadas o del tercer sector que coadyuven al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes.

La Demanda Inducida se presenta como otro momento de la ruta metodológica, en tanto esta requiere que las familias se articulen a otras rutas establecidas por el sistema de salud presentes en el territorio y que no 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 y que llevan a la resolución de una necesidad o problemática encontrada en el territorio. Estos últimos tres momentos reseñados, se desarrollan a través de diferentes acciones estratégicas, como pueden ser: visitas familiares, brigadas de salud, encuentros formativos, visitas a lugares de estudio o trabajo entre otros.

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

4.3.2. Acciones

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

- Educación y prevención en salud: consiste en dar al individuo y las comunidades las capacidades necesarias para su autocuidado.
- Alimentación y nutrición adecuada: permiten al individuo el desarrollo adecuado de sus actividades físicas y mentales diarias, para un apropiado estado de salud; así como una alimentación y nutrición adecuada, que redunde en la disminución de los factores de riesgo en salud.
- Agua potable y saneamiento básico: es uno de los factores 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 a la mejor condición de salud, calidad de vida y equidad.
- Planificación familiar: entendida esta como el proceso de planeación de la familia, que permite a todos los miembros tener las condiciones sociales, psicológicas y económicas para asumir una paternidad y maternidad responsable.
- Inmunización principales enfermedades infecciosas: la aplicación del 100% de la población en el esquema de vacunación, permite no solo resguardar la salud del individuo de aquellas enfermedades prevenibles, sino también la conservación de la salud pública a nivel familiar y comunitario.
- Prevención y lucha: enfermedades endémicas locales: las enfermedades endémicas son aquellas enfermedades infecciosas que afectan de forma permanente, o en determinados períodos, una región y que persiste durante un tiempo determinado, afectando un número importante de personas.
- Tratamiento apropiado: el proporcionar un tratamiento adecuado no solo garantiza la mejora a las necesidades de salud del individuo y la comunidad, sino además, la óptima utilización de los recursos del sistema de salud. Este debe ser enfocado al cuidado de la enfermedad, pero muy especialmente

a la realización de otras acciones de promoción y la 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, sino además, como también 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 estrategia 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 son: las normas, guías y procesos; los 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.

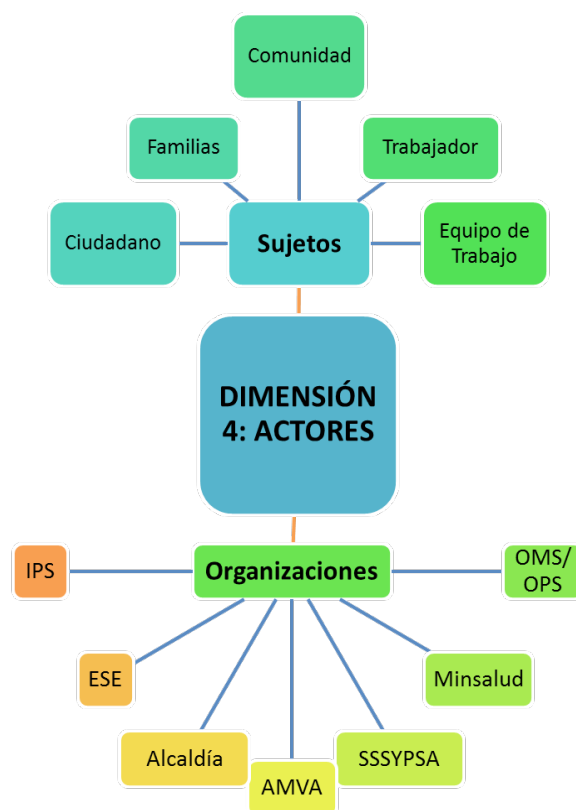
4.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES

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.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

AMVA: Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social.

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

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, ya que son los que informan cuáles son sus principales problemáticas en salud, siendo facilitadores en la aplicación de esta, dado que transmiten los conocimientos y multiplican las acciones que realiza la estrategia, participando en los procesos de negociación para que ésta sea desarrollada en su territorio, en razón que son ellos quienes conocen los diversos actores y organizaciones que interactúan en él. Particularmente, se reconocen cuatro tipos de sujeto a quien va dirigida la estrategia APS:

- **Ciudadano:**

Todas las personas sujetas a derechos pero también a deberes, 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 Atención Primaria en Salud en Alma-Ata; buscando promover la salud pública y declarar la salud como un objetivo social, sumamente importante; declaración que al día de hoy, sigue teniendo vigencia; pues 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 (de manera física, pero sobre todo, de manera virtual), a autoridades y personal de la salud, en los temas referidos a la APS,

Uno de los aportes más significativos que ha tenido la OPS con la estrategia de APS es su postura clara frente a la necesidad de renovar la estrategia de APS en el mundo; en general, por los nuevos desafíos y cambios que ha tenido el mundo desde la declaración de 1978 a estos días, sobresale de esta manera la declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud del año 2005 en Montevideo.

En Colombia la autoridad nacional en los temas de salud, es el Ministerio de Salud y Protección Social, con funciones específicas en 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 Atención Primaria en Salud.

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 (SSPSA), entidad adscrita a la Gobernación de Antioquia, creada en el 2008 por el Decreto Departamental 2575; la cual 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; el primer componente 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 APS R.

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 municipales; siendo el tema de salud, para los municipios del Valle de Aburrá, parte constitutiva y fundamental del desarrollo de los componentes sociales y mejoramiento de las condiciones de vida.

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

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

5. ANÁLISIS DEL MUNICIPIO

La estrategia de Atención Primaria en Salud del municipio de Itagüí, es el medio para llegar a las escuelas, empresas, comunidades y familias, y contribuir al mejoramiento de la salud del municipio; con esta estrategia se pretende mejorar el estado de salubridad de los habitantes que allí están vinculados. Se espera que a través de la participación activa de estos escenarios, se puedan desarrollar acciones de Promoción y Prevención de la Salud, con un fuerte énfasis en la Salud Mental.

La Secretaría de Salud y Protección Social, es la encargada de liderar la estrategia de Atención Primaria en Salud en el municipio; la cual, está incorporada en el Artículo 13, del Plan de Desarrollo Municipal 2012 – 2015: “Unidos Hacemos el Cambio”.

ÁREA DE DESARROLLO: SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,
“UNIDOS HACEMOS MÁS POR LA SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL”, cuyo Propósito es: *“impactar la calidad de vida y el bienestar social desde el entorno familiar, promoviendo el acceso y derechos a una salud con calidad y brindando oportunidades de superación para intervenir las diversas formas de desigualdad social, propósito que se materializa en el proyecto dos; llamado, Salud Pública: Promoviendo su salud”.*

Este ejercicio se lleva a cabo durante todo el año; no obstante, está en gran medida, supeditado a la asignación presupuestal que se le haga en los tiempos planeados. Este ejercicio es operado por la ESE Hospital del Sur, Gabriel Jaramillo Piedrahita, quien es la encargada de dinamizar la parte operativa y administrativa, además, de realizar el proceso básico de gestión de la información.

La estrategia es ejecutada en todo el municipio, se hizo una prueba piloto, especialmente en las zonas urbanas, donde se hace un mayor énfasis a la Salud Mental, ya que para el año 2012, se realizó un estudio sobre la Salud Mental de los habitantes del municipio de Itagüí; allí se identificaron más de 17 patologías, las cuales fueron estudiadas y analizadas por la Universidad CES, quien fue la institución encargada de elaborar dicho ejercicio de investigación.

Este documento denominado: “primer estudio de salud mental en población general Itagüí, 2012”, se convirtió en la base fundamental para la focalización de la estrategia de APS en los cuatro estadios de actuación: (familias, escuelas, comunidad y trabajo). Para la priorización de familias y escuelas, se tiene en cuenta el nivel del SISBEN en el que estén inscritos, siendo los niveles cero, uno, dos y tres y las familias inscritas en el programa Familias en Acción, los de mayor atención por parte de la estrategia.

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

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

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

5.1. Descripción Modelo en Escena del Municipio de Itagüí



Fuente: Elaboración propia.

AMVA: Area Metropolitana del Valle de Aburrá.

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

JAC: Junta de Acción Comunal.

5.1.1. Dimensión de Propósito

En la Dimensión de Propósito es importante mencionar que el Municipio de Itagüí, ha desarrollado la estrategia siguiendo muy de cerca los lineamientos de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, realizando mayor énfasis en la Salud Mental. En esta dimensión nos encontramos con las categorías de Enfoques, Principios y Fundamentos, con los que viene interviniendo el municipio, a continuación se da cuenta de la composición de estos.

Figura 9. Dimensión 1: Propósito



Fuente: Elaboración propia.

5.1.1.1. Enfoques

La Salud Mental, la Vulnerabilidad y el Desarrollo Humano, son los enfoques centrales en los que se basa la estrategia; allí es donde el municipio da cuenta de los lineamientos con los que se llevan a cabo las diferentes actividades. A continuación se describen cada uno:

La Salud Mental es el enfoque que mayor peso tiene en la estrategia, donde el municipio concentrará la mayor cantidad de esfuerzos en los diferentes ámbitos de actuación (familia, escuela, trabajo y comunidad). Este ejercicio es abordado en el municipio de manera decidida, a partir de un estudio realizado por Universidad CES; el cual, muestra que Itagüí, debe concentrar sus esfuerzos en realizar procesos de promoción y prevención de la Salud Mental.

Es por esto, que desde la Secretaría de Salud Pública y Protección Social, se plantea realizar un trabajo fuerte en el tema de la Atención Primaria en Salud, (bajo el enfoque de la Salud Mental), donde se pueda intervenir a los diferentes sectores, territorios y grupos poblacionales, que vivan o habiten en el municipio.

Otro de los enfoques de actuación, es la Vulnerabilidad; aquí se ha seguido los lineamientos brindados por los agentes de desarrollo regional y nacional en temas de salud, quienes manifiestan que la estrategia de Atención Primaria en Salud, debe estar en primera instancia dirigida a las personas y familias que se encuentren en situación o condición de vulnerabilidad, lo cual, permita que estos puedan tener una atención más dirigida y prioritaria.

Para el caso del municipio, se ha definido el trabajo con las familias y personas más vulnerables, los cuales serán priorizados por la Secretaría de Salud y Protección Social; se hará mayor énfasis a los que hacen parte del régimen subsidiado que estén en los niveles de SISBEN 0, I, II, III; y también a los integrantes del programa: "Mas Familias en Acción".

Un tercer enfoque de trabajo de la estrategia de Atención Primaria en Salud es el Desarrollo Humano, el cual está basado en la prevención del riesgo en diferentes entornos de socialización del ser humano, como son: la escuela, la casa, el trabajo y el territorio que se habita; este enfoque permitirá a la estrategia revisar y atender de manera permanente los condicionantes sociales y de salud en estos escenarios, para mejorar la calidad de vida de las personas.

También aparece la subcategoría de Vulnerabilidad, que es evidenciada por los diferentes actores técnicos que intervienen en la ejecución de la estrategia, manifestando que el municipio realiza la intervención teniendo en cuenta los individuos, familias y comunidad específica de un territorio determinado, que por su estado (situación o condición) o características sociales, económicas, culturales y ambientales; se evidencia que son o pueden ser vulnerables a ciertos riesgos, los cuales no le permitan llevar a cabo una vida más saludable. Este enfoque en el municipio refiere a un asunto más complejo y no solamente se centra en las poblaciones o grupos poblacionales ya identificados con estas características como son: los desplazados, mujeres cabeza de hogar, personas en situación o condición de calle, jóvenes, niños y niñas, entre otros; este se centra en sujetos y grupos que se encuentran en contextos adversos que los limita y los condiciona a vivir en situaciones desfavorables, donde la salud e incluso la vida, pueden estar continuamente en riesgo.

5.1.1.2. Principios

Otra categoría relevante son los Principios, los cuales son vistos como los orientadores de la implementación de la estrategia. En este ejercicio se encuentra que existen cinco principios para la puesta en marcha de la estrategia; ellos son: la Equidad, Solidaridad, Responsabilidad, Integralidad y Descentralización.

Estos principios buscan transversalizar la ejecución desde lo técnico, lo administrativo y lo político; algunas de ellas se realizan de manera consciente (planeadas); en cambio, otras pueden ser detectadas a partir del análisis de la revisión de los instrumentos de investigación por parte del equipo de sistematización.

La Equidad pretende dar cuenta también de otros elementos que aparecen recurrentemente en la aplicación de los instrumentos, como son: la Cooperación, la Justicia Social y el Humanismo; ellos en sí, son elementos significativos que fortalecen este principio; ya que los actores que hacen parte de la

estrategia, deben ser atendidos con similares condiciones (según sea su caso), independientemente de las condiciones socio-económicas o condiciones de salubridad en las que se encuentren las personas, familias o comunidades.

La equidad es vista como la forma de entender que las personas, familias y comunidades que hagan parte de la estrategia; serán atendidas y acompañadas bajo el enfoque de la promoción y la prevención, pero, teniendo en cuenta las características específicas de cada caso; pues los territorios, las familias y los sujetos, se comportan de manera diferenciada; además, algunos de estos necesitarán mayor acompañamiento y seguimiento por parte del equipo técnico y administrativo que opera la estrategia. Para el caso del humanismo, este se considera como la necesidad de ver la salud pública como un fenómeno y no como un ejercicio de comercialización; haciendo que prime la enfermedad y el aseguramiento, por encima del valor económico.

Uno de los principios que se puede observar en el proceso de ejecución de la estrategia, es la Responsabilidad, que también es entendida como la acción que le corresponde al Estado y los gobiernos elegidos, de garantizar a sus ciudadanos el derecho a la salud y a la vida, pero, esta no puede ser vista como una acción desligada de otros fenómenos que puedan acontecer en los territorios; por tal motivo, la responsabilidad es vista como la capacidad del gobierno por mejorar las condiciones de salubridad pública de un territorio.

Por otro lado está la Descentralización de las actividades y servicios, que básicamente, pretende acercar la estrategia a las familias, empresas, escuelas y comunidades menos favorecidas; permitiendo así poder garantizar una mayor integralidad en la cobertura y la atención de factores de riesgo del municipio.

Por último está la Solidaridad, que se convierte en un elemento clave de la estrategia; pues es la posibilidad de trabajar en conjunto con los actores que participan como beneficiarios, que en este caso, serían las familias, escuelas, empresas y comunidades; ya que la estrategia requiere un cierto grado de corresponsabilidad de estos actores, representado en la participación activa y continua en las diferentes actividades que se llevan a cabo por parte del equipo técnico, además, de empezar a conformar escenarios de participación social orientados a fortalecer la Atención Primaria en Salud.

5.1.1.3. Fundamentos

Los fundamentos encontrados en el ejercicio dan cuenta del compromiso político, la participación comunitaria y la articulación institucional; a continuación se describen cada uno de ellos.

El municipio viene desarrollando diferentes acciones para que la estrategia no sea un programa de gobierno, sino acción propia del municipio; por tal motivo, se definió una política pública mediante acuerdo municipal, para que ésta sea desarrollada en el ámbito familiar, laboral, escolar y ciudadano; posibilitando así una mejor intervención en el tiempo, haciendo que la estrategia no dependa únicamente de la voluntad de un gobierno de turno; este ejercicio da cuenta de la voluntad política que ha tenido el gobierno actual para seguir consolidando la estrategia como hecho municipal. Otra de las acciones que se vienen realizando es: la Articulación Institucional, que se convierte en elemento clave para la consolidación de la estrategia, ya que permite transversalidad en diferentes programas y proyectos que ejecuta el gobierno y la vinculación de actores privados, sociales y públicos que intervienen en el municipio.

Por otro lado, está la Participación Comunitaria que se convierte en uno de los fundamentos esenciales del desarrollo de la estrategia, posibilitando que se cuente con una participación activa de los líderes comunitarios adscritos en su mayoría a Juntas de Acción Comunal (JAC). Estos actores posibilitan la identificación de factores de riesgo en sus comunidades y las familias que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Esto permite que se establezcan mejores relaciones a la hora de que el equipo técnico realice las acciones correspondientes. También, en el desarrollo de actividades colectivas, la estrategia no define agendas particulares, sino que se vincula a las diferentes actividades que la comunidad tiene en su territorio, permitiendo así valorar el proceso autónomo de estas comunidades.

5.1.2. DIMENSIÓN DE DESARROLLO

La Dimensión de Desarrollo da cuenta de los Objetivos y las Estrategias principales desarrolladas en el municipio, para llevar a cabo la Atención Primaria en Salud; tanto por la ESE que es la entidad operadora, como por la orientación dada por la administración municipal. En el municipio de Itagüí, la estrategia se concentra y pone como eje fundamental de intervención: la Salud Mental; se involucra a las familias, comunidad, escuelas y el entorno laboral, permitiendo así brindar cobertura universal mediante actividades de promoción y prevención de la salud, por medio de la ejecución de visitas domiciliarias, apoyo continuo y sistemático en los programas de salud, talleres y participación comunitaria en las necesidades que expresan los usuarios y líderes comunitarios.

A continuación se describe como desde el acompañamiento se da cuenta de lo anterior.

Figura 10. Dimensión 2: Desarrollo



Fuente: Elaboración propia.

5.1.2.1. Objetivos

La estrategia de Atención Primaria da cuenta de tres grandes objetivos: Promoción y Prevención, Calidad de Vida y Mejoramiento de los Entornos; es en estos objetivos donde se espera que se hagan efectivos los logros de la intervención con la población del municipio bajo el enfoque de Salud Mental.

La Promoción y la Prevención se convierten en un objetivo clave, entendido este por la posibilidad de mejorar las condiciones de vida (Calidad de Vida), a partir de la salud, entendiendo la salud desde un enfoque biopsicosocial, no sólo como la ausencia de la enfermedad. Además, a través de procesos educativos, busca fomentar el autocuidado en la población, para que comprendan que los programas de salud, no necesariamente se enfocan y se detienen en la enfermedad.

Para el municipio, la Promoción y la Prevención, tiene su base en los lineamientos dados por la Secretaría Seccional en Salud y Protección Social de la Gobernación de Antioquia; se realiza un trabajo arduo para que las familias, escuelas, comunidades y empresas asuman el rol de auto cuidarse y proteger sus entornos (Mejoramiento de los Entornos); además de asumirlos como valores claves que aporten a la disminución de riesgos individuales y colectivos. Esto permite el acceso a servicios integrales que potencien un sector determinado, donde se mejoren las condiciones de salubridad pública, con la intención de fortalecer procesos de construcción de capital social al interior de dicho sector.

5.1.2.2. Estrategias / Programas

Las estrategias que se encuentran en el ejercicio de intervención del municipio, están dadas en los entornos en los que interviene: familiar, escolar, laboral, comunitario e institucional. En este espacio, sólo se dará cuenta de tres entornos y de la estrategia del Médico en Casa; teniendo en cuenta que el institucional no se aborda en el proceso de recolección de la información, quiere decir, no se obtiene información acerca de ello en las entrevistas, visitas y grupos focales.

El Entorno Familiar pretende brindar una atención integral, eficiente y oportuna a todas las familias ingresadas al programa; a través de la asistencia completa en el mismo lugar de su vivienda; diagnóstico temprano; prevención de enfermedades, accidentes y complicaciones de enfermedades; educación familiar en derechos y deberes en salud; estimulación de la comunicación efectiva en la familia; intervención de los factores de riesgo acorde a las exigencias de cada etapa del ciclo evolutivo.

El Entorno Laboral pretende verificar el cumplimiento de la empresa en la afiliación a la seguridad social, promoción de la salud y calidad de vida en el ámbito laboral; esto se lleva a cabo a través de campañas educativas específicas: asesorías en el tema de vinculación laboral, normatividad y riesgos laborales, entre otras; y responsabilidades empresariales, en el tema de salud pública.

El Entorno Comunitario pretende fortalecer la participación ciudadana en la estrategia de Atención Primaria en Salud, a través de acciones de formación, articulación, empoderamiento para la difusión y validación de la estrategia en los procesos de desarrollo local.

La Escuela Saludable todavía no es ejecutada en esta prueba piloto, pero, tiene como pretensión contribuir al desarrollo humano de los escolares; propiciando acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad en torno al centro educativo; promoviendo el desarrollo humano sostenible de las niñas, los niños y los jóvenes, a través del desarrollo de habilidades y destrezas para cuidar su salud, la de su familia y comunidad.

Médico en Casa, cuyo objetivo es que un médico, un fisioterapeuta y un trabajador social, estén y atiendan a las personas discapacitadas. La diferencia entre médico en casa y Atención Primaria en Salud, es que esta última, busca y gestiona el riesgo antes de que haya una enfermedad, mientras el médico en casa, atiende al paciente enfermo.

5.1.3. DIMENSIÓN DE GESTIÓN

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

Figura 11. Dimensión 3: Gestión



Fuente: Elaboración propia.

5.1.3.1. Acciones

Las Acciones están relacionadas con la ruta metodológica que se lleva a cabo durante la ejecución de la estrategia, allí se da cuenta de: brigadas de salud, visitas familiares, encuentros comunitarios y visitas a PYMES.

Las Brigadas de Salud son acciones realizadas por el equipo de trabajo de la estrategia, que son llevadas a cabo en un momento determinado (no tienen un momento preestablecido, ni son prerrequisito de otra acción). Éstas pretenden convocar a los diferentes actores del territorio donde se realice; por lo general, son ejecutadas una vez se haya hecho la revisión del sector priorizado; además, permite avanzar en acciones que no se hicieron manifiestas en la visita (aplica especialmente para el entorno familiar). Las brigadas se incorporan a actividades municipales de gobierno y son concertadas con los actores locales. En este espacio se hace una revisión general de las situaciones que presenten cada una de las personas, en caso de necesitar alguna acción especializada, se les asigna cita a las personas, para que inicialmente, acudan a la ESE del municipio.

Para el caso de las Visitas Entornos, estas son llevadas a cabo por un equipo de trabajo, cuyo objeto es realizar ejercicios de diagnóstico según el entorno, identificando factores de riesgo y externalidades que puedan afectar la calidad de vida de las personas y las comunidades que allí conviven. Otra de las acciones que está relacionada, son los encuentros comunitarios; allí se realizan reuniones con los líderes comunales, con quienes se concretan las diferentes actividades a realizar y la vinculación de estos a la estrategia de Atención Primaria en Salud. En estos encuentros, también se llevan cabo sesiones educativas, pero, siempre se realizan en las diferentes actividades que convoque la comunidad, respetando el proceso organizativo y autónomo de cada comunidad.

5.1.3.2. Ruta Metodológica

La Ruta Metodológica que se define para el municipio, está ligada con las directrices de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de la Gobernación de Antioquia, pero haciendo énfasis en la Salud Mental, donde el municipio ha construido su protocolo. En este apartado se dará cuenta de 3 momentos que se realizan en la ruta implementada por el municipio, siendo primera la evaluación, seguido del diagnóstico y la intervención.

Cada año se toma los datos de población intervenida del año anterior (*evaluación*), se hacen reuniones de análisis buscando factores a intervenir, se hace una visita de actualización de datos o recolección de datos sino se tiene información (*diagnóstico*), en esta primera visita, se hacen procesos de remisión a programas que se tienen falta, (una copia de esta remisión queda para el equipo, para poder hacer seguimiento al cumplimiento de estas); además, de acuerdo a los riesgos que se hayan identificado, se hacen procesos de educación y una especie de plan de trabajo conjunto para solucionar esos riesgos (entre un mes y dos); después, se hace una segunda visita de seguimiento de los compromisos de mejoramiento y se observa si acuden a los servicios a los que se remitió (*intervención*).

En el campo de lo comunitario, a través del grupo gestor, mensualmente se hace una reunión con la comunidad en una comuna o sector diferente del municipio; allí se hace un acercamiento con el equipo extramural. En el entorno de las empresas se les hace un listado de verificación que estén todas las condiciones laborales adecuadas y se hacen algunas recomendaciones para que las fortalezcan.

5.1.3.3. Transversales

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

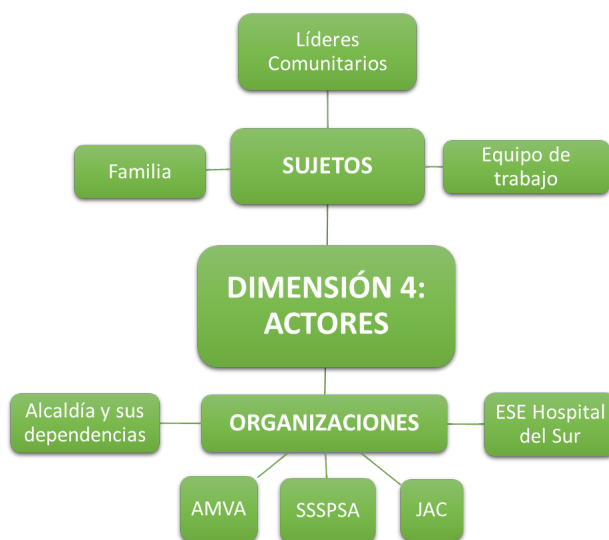
La Gestión de la Información se desarrolla a lo largo de la ejecución de la estrategia e incluye el registro de la información, la producción de datos que permitan dar a conocer los resultados, avances, necesidades y en general, los datos cuantitativos y cualitativos de la población acompañada. Para el caso del municipio, la información que se está recolectando en la prueba piloto, tiene como objetivo generar una línea base para construir los indicadores en el futuro y de esta manera, poder medir el impacto de Atención Primaria en Salud.

Guías, Normas y Procesos: es desarrollado por el equipo técnico y administrativo de la estrategia, quienes aplican una serie de instrumentos para la recolección de información en los ámbitos de intervención; además, aplican los diferentes protocolos que se establecen para intervenir cada uno de los actores. Este proceso todavía se encuentra en proceso de evaluación, debido a que la estrategia se encuentra en el desarrollo de la prueba piloto.

5.1.4. DIMENSIÓN DE ACTORES

Los Actores juegan un papel fundamental en la estrategia de Atención Primaria en Salud del municipio, donde aportan insumos para el buen funcionamiento de las acciones individuales y colectivas. Estos determinan los recursos, los lineamientos, los alcances en la ejecución de la estrategia. Para esta dimensión se definieron dos categorías, la de Sujetos y Organizaciones, para ver la forma en que estos participan de forma individual y colectiva.

Figura 11. Dimensión 3: Gestión



Fuente: Elaboración propia.

AMVA: Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

SSSPSA: Secretaria Seccional y Protección Social de Antioquia.

JAC: Junta de Acción Comunal.

5.4.1.1. Sujetos

La Familia es quien ocupa el primer lugar en la estrategia, allí se concentra el mayor número de personas a las que se quiere llegar y aportar al mejoramiento de sus condiciones de vida en salud, además, la familia es el ámbito de actuación más importante de la estrategia. También se encuentra el Equipo de Trabajo, quienes son los encargados de desarrollar la estrategia en el territorio y que son esenciales en la delimitación y acompañamiento de las familias, convirtiéndose en tejedor de relaciones entre la comunidad y la administración municipal.

Por último, se encuentra: los Líderes Comunitarios, quienes juegan un papel determinante en la consolidación de la estrategia de Atención Primaria en Salud; su rol como actores con reconocimiento en el territorio, permite un mejor ingreso del equipo de trabajo a las familias y a las actividades comunitarias; además, se pretende que ellos sean los que en el futuro puedan realizar procesos de organización para el fortalecimiento de la estrategia como un hecho municipal.

5.4.1.2. Organizaciones

La Alcaldía Municipal y sus Dependencias juegan un papel importante en la puesta en marcha de la estrategia, desarrollando el ejercicio de aprestamiento en el proceso de intervención, también realizan el ejercicio de priorización técnica de los recursos para la puesta en marcha de las acciones y las actividades de la ruta metodológica y, por último, son los responsables del cumplimiento de lo planeado operativa, administrativa, social y políticamente.

Otros dos actores son: el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, quien realiza acompañamiento y seguimiento al municipio en la orientación de la estrategia, además, ha posibilitado el enclave político para la construcción de una política pública de Atención Primaria en Salud para el municipio; y la ESE Hospital del Sur, Gabriel Jaramillo Piedrahita; encargado de operar y acompañar técnicamente la ejecución de la estrategia.

Por último, están las Juntas de Acción Comunal, quienes son el soporte en sitio, permitiendo así, acelerar el proceso de construcción de confianzas para la intervención; y la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, quien es parte de la referencia metodológica para el desarrollo y puesta en marcha de la estrategia.

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; y todos los demás actores que participaron en la formulación y puesta en marcha de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Se profundizará en varios elementos, entre los que se destacan: la capacidad institucional, los elementos centrales del Modelo propuesto, la ruta de atención, los grupos poblacionales, las líneas de acción de la intervención, la metodología del proceso de acompañamiento, la normatividad local, el papel del recurso humano; entre otros elementos hallados. A continuación, se presenta un análisis de brechas por cada uno de los componentes, realizando un comparativo entre el modelo propuesto y el modelo en escena.

CUADRO 6: ANÁLISIS DE BRECHAS

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	
DIMENSIÓN 1: PROPÓSITO				
ENFOQUES				
Vulnerabilidad	Alcaldías	Vulnerabilidad	<ul style="list-style-type: none"> El desarrollo humano está más concentrado en la creación de condiciones para vivir bien en cada uno de los entornos (familiares, laborales, ciudadanos, y escolares), pero, no se hace mayor énfasis en temas del ciclo vital, garantía de derechos o enfoque territorial. Aunque en este último, el municipio ha manifestado que su actuación es en todo el territorio y que inicialmente se concentrará en lo urbano, para luego pasar a la zona rural. La focalización está más dada en lo sectorial que en lo territorial. La estrategia tiene un enfoque de vulnerabilidad; se concentra en un tipo de población que es inicialmente direccionada por la política pública municipal y coordinada por secretaría de salud y protección social; allí se definen algunos lineamientos del enfoque diferencial, donde la salud mental, juega el principal papel en las familias con condiciones socio-económicas desfavorables. 	<ul style="list-style-type: none"> Uno de los elementos importantes de la estrategia es todo lo relacionado a la Salud Mental, allí el municipio concentra sus mayores esfuerzos, desarrollándolo a través de la promoción y la promoción en los ámbitos de actuación, es necesario dar cuenta que la promoción y la prevención no actúan como enfoque para el municipio y que estos no necesariamente se concentran en el tema de la salud mental.
Diferencial	Gobernación de Antioquia Minsalud- Ley 1438			
Desarrollo humano	Gobernación de Antioquia	Desarrollo Humano		
Ciclo Vital	Gobernación de Antioquia			
Derechos	OPS			
Territorial	Minsalud- Ley 1438			
		Salud Mental		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	
FUNDAMENTOS				
Participación social	OPS Minsalud- Ley 1438	Participación Comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> El relacionamiento con actores que viven y habitan el territorio es clave para la puesta en marcha de la estrategia, pues, es allí donde se inicia el proceso de identificación de las familias a intervenir y donde se realiza el primer acercamiento para la concertación de actividades individuales y colectivas. Además, se reconoce su proceso de autonomía organizacional, elemento clave para la construcción de confianzas. La orientación no está sólo dada en lo comunitario y lo familiar, también se ve reflejado en lo laboral y lo escolar; sin embargo, en este ejercicio de prueba piloto, se concentra más en lo familiar y algunas acciones de acompañamiento en lo comunitario. 	<ul style="list-style-type: none"> Existe una intención muy fuerte por parte de la secretaría por definir a la Atención Primaria en Salud como el fundamento primordial en las diferentes acciones que lleva a cabo, donde los todos los actores de la esfera pública tengan un papel protagónico en su quehacer.
Sostenibilidad	OPS			
Orientación familiar y comunitaria	OPS			
Determinantes sociales de salud	Gobernación de Antioquia Minsalud- Ley 1438			
Acceso y cobertura universal	OPS			
		Articulación Institucional		
		Voluntad Política		
PRINCIPIOS				
Equidad	OPS	Equidad	<ul style="list-style-type: none"> La interculturalidad no es abordada en el municipio, y este se convierte en un elemento clave a tener en cuenta, ya que la estrategia no se concentra en un territorio específico, por lo cual, se puede entender que realizan acciones con todo tipo de población y el municipio cuenta con población afrocolombiana, gitana, indígena y mestiza. Este principio es clave cuando no se hace priorización de población. La responsabilidad y la integralidad son dos elementos que aparecen recurrentemente como principios orientadores en la estrategia, manifestándose como valores que pretenden ser el eje garante de derechos. 	<ul style="list-style-type: none"> La Equidad, la solidaridad y la justicia social son los principales valores que promueve la estrategia desde el modelo propuesto, para realizar el trabajo con los diferentes grupos o actores que están participando, ayudando así fortalecer el sistema de salud municipal y su relacionamiento con las comunidades. Pero como principios alternos aparece la responsabilidad y la integralidad, que son en sí dos elementos filosóficos esenciales para la puesta en marcha de la estrategia, pues la responsabilidad no sólo está dirigida al estado, sino también a la población beneficiaria y la integralidad, está pensada en la actuación de los cuatro ámbitos (laboral, comunitarios, familiar y educativo), posibilitando así mejorar las condiciones de vida de la población.
Interculturalidad	Minsalud-Ley 1438			
Justicia Social	OPS	Justicia Social		
Solidaridad	OPS	Solidaridad		
Orientación a la calidad	OPS			
		Responsabilidad		
		Integralidad		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	
DIMENSIÓN 2: DESARROLLO				
OBJETIVOS				
Promoción y Prevención	OPS	Promoción y Prevención	<ul style="list-style-type: none"> Aportar al mejoramiento de la calidad de vida y a los entornos de la población que participa de la estrategia, es un objetivo muy alto que se proponen en el municipio, pero, este está condicionado a la información que se obtenga del proceso de sistematización de historias familiares, por tal motivo, su resultado no se podrá medir a corto plazo. 	<ul style="list-style-type: none"> Existe una relación fuerte entre las pretensiones que tiene el municipio con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y las respuestas a las necesidades de salud de la población, con los propósitos establecidos en el modelo propuesto. Los propósitos de la estrategia están marcados por el enfoque de salud mental, lo que hace que la estrategia tenga elementos diferenciadores con otras estrategias del Valle de Aburrá
Respuesta a necesidades de salud de la población	OPS	Calidad de Vida		
		Mejoramiento de los entornos		
ESTRATEGIAS				
Organización y gestión óptimas	OPS		<ul style="list-style-type: none"> Tres de las cuatro estrategias que se manifiestan, están vinculadas a la Atención Integral e Integrada; ellas son: el entorno familiar, laboral y comunitario, pero, es necesario dar cuenta de que el mayor esfuerzo en el momento, se hace en el entorno familiar, pues los otros entornos todavía están en construcción; además, los tiempos y las condiciones administrativas no han permitido que las estrategias en estos ámbitos se pueden realizar. El compromiso político está más dimensionado como una acción que aporta a la materialización de acciones desde lo operativo; es decir, como acción puntal y no como estrategia que puede ayudar a potenciar la razón de ser, de la Atención Primaria en Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> El médico en casa se determina como una estrategia basada en prevención y atención directa de la enfermedad. Elemento que aporta a la resolutiveidad de acciones que se presenten en cada caso.
Atención integral e integrada	OPS	Entorno Familiar, Laboral y Comunitario.		
Compromiso político (Responsabilidad y Rendición de cuentas)	OPS			
Educación para la salud	Minsalud- Ley 1438			
Trabajo en red	Minsalud- Ley 1438			
Interdisciplinariedad	Minsalud- Ley 1438			
Comunicación para el desarrollo	Minsalud- Ley 1438 Alcaldías			
Medición y resolutiveidad	Minsalud- Ley 1438	Médico en Casa		
Acciones intersectoriales	OPS			
		Médico en Casa		
DIMENSIÓN 3: GESTIÓN				
RUTA METODOLÓGICA O PROCESOS				
Aprestamientos	SSSYPSA	Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> La puesta en marcha de la estrategia tiene definido muy bien los tres ejes de actuación (evaluación, diagnóstico e intervención), los cuales dan cuenta de la mayoría de los elementos que propone el modelo, aunque, en el caso de la demanda inducida, no es muy claro este proceso de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> Es necesario manifestar que el municipio se acoge a los elementos planteados por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de la Gobernación de Antioquia; no obstante, como su énfasis está en la Salud Mental, estos han adecuado el cuestionario, para que estos elementos entren en el ejercicio de documentación en los ámbitos de intervención.
Diagnóstico	SSSYPSA Minsalud	Diagnóstico		
Priorización de las necesidades	SSSYPSA	Evaluación		
Generación de acuerdos	SSSYPSA			
Acercamiento de las ofertas de protección y salud	SSSYPSA Minsalud	Intervención		
Demanda inducida	SSSYPSA			
Prestación de los servicios	SSSYPSA	Intervención		
Evaluación	SSSYPSA	Evaluación		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	
ACCIONES				
Educación y prevención en salud	OMS- OPS Minsalud Gobernación	Encuentros Comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Para el caso de la alimentación, nutrición, agua potable, saneamiento básico, planificación familiar, inmunización y prevención y lucha; no se cuenta con rutas críticas para abordar este tipo de temas, tanto del municipio como de las entidades que promueven la estrategia. Sólo se plantean elementos para tener en cuenta, como acción para el autocuidado, las cuales se desarrollan principalmente en las brigadas de salud que realiza el equipo técnico. • Las brigadas de salud, son acciones complementarias de la estrategia, pero no tienen una ruta clara ni son prerrequisito de otras acciones, su ejecución está más determinada a los tiempos y planeación que realice el equipo coordinador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los encuentros comunitarios son parte fundamental en la intervención de la estrategia en el municipio, ya que permiten la activación de relaciones con líderes de cada una de las comunas o sectores donde se realiza las actividades, estos encuentros son tomados también como acciones educativas, pues, se espera que estos actores puedan asumir el liderazgo de la estrategia en el futuro.
Alimentación y nutrición adecuada.	OMS Gobernación de Antioquia SSSYPSA Alcaldías			
Agua potable y saneamiento básico.	OMS			
Asistencia materno-infantil.	OMS Gobernación de Antioquia SSSYPSA Alcaldías			
Planificación familiar	OMS Gobernación de Antioquia SSSYPSA Alcaldías			
Inmunización	OMS Gobernación de Antioquia SSSYPSA Alcaldías			
Prevención y lucha	OMS- OPS Minsalud Gobernación de Antioquia			
Tratamiento apropiado	OPS			
Suministro de medicamentos esenciales.	Minsalud			
		Brigadas de salud		
		Visitas entornos		
TRANSVERSALES				
Gestión de la información	Minsalud- Ley 1438	Gestión de la Información	<ul style="list-style-type: none"> • Para la ejecución de las historias familiares se utilizan los formatos dados por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de la Gobernación de Antioquia, pero, se le anexan otras preguntas para dar cuenta del tema de Salud mental que el foco principal de intervención del municipio. 	<ul style="list-style-type: none"> • La información recolectada es gestionada, sistematizada y entregada al equipo administrativo (gestión de la información), quien es la encargada de registrarla a las plataformas del ente departamental, además, son los encargados de la construcción de la línea base. Este es uno de los elementos más importantes dentro del funcionamiento de la estrategia, pues, cuenta con un equipo calificado para la recolección y sistematización de la información.
Normas, guías y procesos	Minsalud- Ley 1438	Normas, Guías y Procesos		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	
DIMENSIÓN 4 : ACTORES				
SUJETOS				
Ciudadano	Minsalud		<ul style="list-style-type: none"> El equipo de trabajo es muy reducido para la cobertura espacial de un municipio con un gran número de habitantes y unidades económicas (empresas). Los líderes tienen un papel fundamental en el desarrollo de la estrategia, pero, no se cuenta con lineamientos claros para abordar este momento de la estrategia, se da más a los criterios que pueda establecer la coordinación. 	<ul style="list-style-type: none"> La Familia es el eje fundamental y diferenciador de la estrategia de Atención Primaria en Salud en el municipio, dado que es en ella en la que se concentra las acciones realizadas por el equipo de trabajo.
Familias	OPS- OMS Minsalud SSSYPSA Alcaldías	Familias		
Comunidad	OPS- OMS Minsalud SSSYPSA Alcaldías	Líderes Comunitarios		
Trabajador	OPS			
Equipo de Trabajo	OPS	Equipo de Trabajo		
ORGANIZACIONES				
OMS- OPS	OMS- OPS		<ul style="list-style-type: none"> Los organismos internacionales tienen una importancia en torno a ser los generadores de lineamientos de trabajo, enfoques y en general las apuestas de la estrategia APS, pero, el municipio se concentra más en los enfoque y lineamientos que se imparten de las entidad regionales y locales, como es la Alcaldía - otras Secretarías, la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de la Gobernación de Antioquia, el Área Metropolitana del Valle de Aburrá y la ESE Hospital del Sur. 	<ul style="list-style-type: none"> La estrategia Atención Primaria en Salud para su fortalecimiento cuenta con entidades como el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, quien está realizando una gran apuesta en conjunto con los municipios para el fortalecimiento de las instancias de asociación como es la Red Metropolitana de Salud.

7. HALLAZGOS GENERALES

En este apartado, se pretende dar cuenta de los principales hallazgos encontrados en el proceso de intervención de la estrategia de Atención Primaria en Salud en el municipio; permitiendo así, tener una mirada más precisa sobre los aspectos más relevantes de las diferentes dimensiones abordadas en este proceso de sistematización. Se espera que los elementos acá plateados, sirvan para seguir fortaleciendo la intervención de la estrategia en el municipio; además, que posibiliten la incorporación de nuevas lecturas acerca de la intervención, el método, la metodología y la ruta de actuación. Los elementos dados a continuación, están relacionados con las brechas que surgen del proceso de sistematización.

Una Apuesta por la Salud Mental

Uno de los elementos importantes de la estrategia, es todo lo relacionado a la Salud Mental, allí el municipio concentra sus mayores esfuerzos, desarrollándolo a través de la Promoción y la Prevención en los entornos: familiar, escolar, laboral y comunitario; se basa en los lineamientos que ha brindado la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de la Gobernación de Antioquia; donde se ha concentrado su mirada en ámbitos territoriales, con alto grado de vulnerabilidad, siendo estos dos últimos también, elementos prioritarios para la puesta en marcha de la estrategia.

Aunque estos dos elementos que direcciona la entidad regional, son clave en la puesta en marcha de la estrategia; es necesario dar cuenta, que ellos no actúan como enfoque para el municipio y que estos, no necesariamente, se concentran en el tema de la salud mental. Este ejercicio se da más por auto-provocación, siendo la Secretaría de Salud y Protección Social, la que define ejecutar una investigación sobre el estado actual de la población de Itagüí, en el tema de salud mental; este ejercicio es realizado por la Universidad CES, quien encuentran un número de patologías, que, es de importancia para el municipio, indagar por ellas; adicionalmente, se realiza el cuestionario de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, con unas preguntas sobre la Salud Mental.

El municipio espera que la Salud Mental sea asumida en la Red Metropolitana de Salud, que viene dinamizando el Área Metropolitana del Valle de Aburrá; de esta manera, se podrá construir un indicador para todo el territorio subregional. Pero es necesario, que se definan acciones específicas para su intervención, debido a que este es un tema amplio y complejo de abordar.

Hacia una Focalización en lo sectorial y no en lo territorial

El desarrollo humano está más concentrado en la creación de condiciones para vivir bien en cada uno de los entornos (familiares, laborales, ciudadanos, y escolares), pero, no se hace mayor énfasis en temas del ciclo vital, garantía de derechos o enfoque territorial. En cuanto a los enfoques territoriales, el municipio ha manifestado que su actuación es en todo el territorio y que inicialmente, se concentrará en lo urbano, para luego pasar a la zona rural. La focalización está más dada en lo sectorial, que en lo territorial.

Esto significa que la cobertura deberá ser más grande, con acciones más claras y diversificadas. Cada una de las comunas, veredas, barrios o sectores; tienen unas particularidades diferentes en temas sociales, culturales, ambientales, espaciales y económicos; lo que puede poner en dificultades la ejecución de la estrategia al momento de construir una línea base para todo el municipio. Es por esto, que el enfoque territorial puede ser un elemento a tener en cuenta, sin dejar de lado el enfoque sectorial, pero, por la limitación de recursos, es necesario el buen desarrollo de un ejercicio de focalización; ya que esto, permitirá ser más efectivos al momento de la intervención y la obtención de resultados.

La interculturalidad, un elemento que debe ser clave en la intervención

Si la intervención está concentrada en todo el municipio, es necesario entender que éste, es un escenario que recoge a los conceptos de territorio y sociedad, que son en sí complejos y diversos, en la medida que son configurados por una multiplicidad de factores que atraviesan y caracterizan las condiciones de vida de las comunidades que viven y habitan un cierto espacio, en un momento histórico determinado. Para ello, es necesario entender que el territorio no es simplemente lugar físico que nos rodea (valles, montañas, ríos, clima, equipamientos, etc.) éste va más allá de una concepción de espacio geográfico como contenedor de objetos (naturales y artificiales); es una construcción permanente y nunca acabada, cambiante y contradictoria sobre los procesos de ocupación y apropiación de dicho espacio.

Esto es manifestado debido a que la estrategia de Atención Primaria en Salud se concentra en todo el municipio, pero no tiene en cuenta el principio de Interculturalidad, que es entendido por el modelo propuesto como: *“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”* y esto permite que se den: *“elementos de igualdad y equidad entre los diferentes grupos poblacionales que permiten el relacionamiento y convivencia armónica de todos los individuos en un territorio”*. Para el desarrollo de una estrategia con un marco territorial y sectorial tan amplio, es necesario vincular la interculturalidad como principio que permitirá actuar de una manera diferenciada, en cada uno de los ámbitos de intervención.

Una estrategia que respeta la autonomía de las comunidades.

Atendiendo al llamado de la (OPS), quien manifiesta que la participación social:

“convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas” (2007).

Es por esto, que la participación es fundamental en la puesta en marcha de la estrategia, concibiéndola como eje transversal, como un derecho propio de la ciudadanía a promover espacios de y para el fortalecimiento de la salud, como derecho fundamental; esto ayudará al desarrollo humano integral de cualquier comunidad.

La estrategia entiende y respeta que 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. Además, entiende que la estrategia se debe articular a estos espacios y no estos espacios a la estrategia, respetando así el proceso autónomo que tienen.

En este caso, es la Participación Comunitaria la que se convierte en uno de los fundamentos esenciales del desarrollo de la estrategia, posibilitando que se cuente con una participación activa de los líderes comunitarios, adscritos en su mayoría, a Juntas de Acción Comunal (JAC). Estos actores posibilitan la identificación de factores de riesgo en sus comunidades y las familias que se encuentran en situación de vulnerabilidad; lo anterior, permite que se establezcan mejores relaciones a la hora de que el equipo técnico realice las acciones correspondientes.

Estrategias basadas en los ámbitos de intervención

Un elemento clave en la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, es la definición de los ámbitos de actuación; estos corresponden al entorno: familiar, comunitario, laboral, escolar e institucional; de estos cinco, sólo tres se vienen realizando de manera clara en la prueba piloto; siendo el familiar, el entorno que mayor atención tiene en la ejecución de la estrategia, seguido del comunitario y laboral; para el caso del entorno escolar, éste sólo es mencionado como intención y propósito para las posibles vigencias; en el caso del institucional, no se da cuenta de ello ni en el proceso de documentación (descripción de los entornos).

Estas estrategias de actuación, son muy relevantes a la hora de realizar procesos de intervención integrales en un territorio determinado, posibilitando identificar los riesgos en los principales escenarios de socialización del ser humano. No obstante, es necesario que ellas se articulen y puedan actuar como un sistema, de forma orgánica, y que sus acciones atinen a los objetivos propuestos; de lo contrario, se identificarán como cinco (5) grandes actividades, que hacen parte de un proyecto de salud.

La sostenibilidad: una herramienta importante para el fortalecimiento de la estrategia (política, educativa, social, técnica, [...])

La construcción de una política pública, es un elemento fundamental en la sostenibilidad de la estrategia; sin embargo, es necesario pensar en el ejercicio de reglamentación y construcción de plan de consolidación de esta política; lo cual brinde mayores garantías para la continuidad en el tiempo, de las acciones en los diferentes entornos.

Por otro lado, está el tema educativo; pues el equipo de trabajo, realiza acciones de formación en temas relacionados a la salud clínica y pública; sin embargo, es necesario que se establezcan métodos y metodologías para la construcción de un plan de formación para el trabajo con los entornos de intervención. En este caso, la formación es una acción concreta y no está pensada como eje fundamental articulado a otras acciones para el logro de los objetivos.

El fortalecimiento de relaciones con actores sociales y comunitarios, es relevante para la continuidad de la estrategia en el territorio; por tal motivo, es necesario realizar un plan de fortalecimiento organizativo de las diferentes estructuras organizacionales que se puedan constituir en estas unidades territoriales, ya que en el mediano plazo, podrán ser las promotoras y defensoras de la estrategia en el municipio.

La gestión de la información es de suma importancia para la estrategia; no obstante, es necesario que se definan protocolos claros para la utilización de la información arrojada; además, la gestión de la información debe ir más allá del territorio de intervención e iniciar ejercicios investigativos, que sirvan como líneas base para realizar evaluaciones de impacto sobre la intervención de la estrategia en el municipio.

El seguimiento y la evaluación debe ser una acción permanente de la estrategia.

BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, J (2008), Sistematización de Experiencias, Proyecto: "Asociación de Medios de Comunicación Ciudadanos y Comunitarios de Medellín, la REDECOM", Medellín, FAONG.
- Acuerdo Metropolitano 040 de 2007, por medio del cual se adopta el Plan Integral de Desarrollo Metropolitano 2008-2020, "Hacia la Integración Regional Sostenible". Área Metropolitana del Valle de Aburrá, Medellín.
- Acuerdo Metropolitano Número 09, de junio de 2013. Crea y conforma la Red Metropolitana de Salud como órgano de concertación en salud de los municipios que integran el Área Metropolitana del Valle de Aburrá y de estos, con otros territorios e instancias competentes. Área Metropolitana del Valle de Aburrá, Medellín.
- Acuerdo Municipal 013 de 2014, por medio del cual se adoptan e implementan las políticas públicas para facilitar las estrategias: Red metropolitana de Salud y Atención Primaria en Salud Renovada (APSR), en el municipio de Itagüí. Municipio de Itagüí. Consejo Municipal
- Análisis de Situación de Salud, (ASIS), Bello, 2013.
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá (2007), Plan Integral de Desarrollo Metropolitano (PIDM) 2008-2020. Hacia la integración regional sostenible, Medellín.
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá (2009), Acuerdos Metropolitanos, Medellín, Colombia. Recuperado de: <http://www.metropol.gov.co/institucional/Acuerdos%20Metropolitanos/2013/ACUERDO%2009.pdf>
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá (2012), Plan de Gestión 2012- 2015, Pura Vida, Medellín.
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá. (2014). Observatorio Metropolitano de Información. Área Metropolitana del Valle de Aburrá. Recuperado de: <<http://www.metropol.gov.co/pages/inicio.aspx>>

- CEP Alforja (2012), La sistematización de experiencias, práctica y teoría para otros mundos posibles, CEAL- Itermon Oxfam-, San José.
- Decreto 2193. Diario oficial 45604. Bogotá, D.C. 8 de julio 2004
- Departamento Administrativo de Planeación Departamental de Medellín (2012), Anuario Estadístico de Antioquia 2012, Medellín.
- Díaz Reina, Gabriel Augusto (2011) Metabiblioteca: Revistas. Recuperado de: <http://ibero-revistas.metabiblioteca.org/index.php/Rmcientifico/article/view/275>
- Dirección Seccional y Protección Social de Antioquia. (2010). Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia. Medellín. Universidad de Antioquia.
- Gobernación de Antioquia Alcaldía Municipal de Itagüí. (2012). Plan de Desarrollo Municipal Itagüí 2012-2015, "Unidos hacemos el cambio".
- Hospital del sur Gabriel Jaramillo Piedrahita (2014), Hospital del sur. Institucional. Itagüí, Colombia. Recuperado de: <http://www.hospitaldelsur.gov.co/>
- Institución Universitaria ESUMER (2013), Propuesta técnica y económica para apoyar la conformación e implementación de la Red Metropolitana de Salud del Valle de Aburrá, 2013 – 2015, Medellín.
- Ley Nro. 18525. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 30 de junio de 1986
- Ley N° 100. Diario Oficial de la República de Colombia, No. 41.148, Sistema de Seguridad Social Integral, Bogota, Colombia, de 1993.
- Ley N° 1438. Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, de 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.
- Ley 1616 de 2013, por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.
- Ministerio de salud. Análisis de Situación de Salud, (ASIS), Bello, 2013.
Colombia. Ministerio de Salud. (2014). Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Recuperado de: <http://prestadores.minsalud.gov.co/SIHO/>

- Municipio de Itagüí (2014), municipio de Itagüí: Área Digital Institucional. Itagüí, Colombia. Recuperado de: <http://itagui.areadigital.gov.co/institucional/Paginas/Presentacion.aspx>
- Municipio de Itagüí (2012), Primer estudio de salud mental en población general Itagüí. Itagüí. Litografía Lineal.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF (1978), Atención Primaria de Salud, Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12, septiembre de 1978, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1998), Organización Mundial de la Salud [OMS]: Promoción de la Salud, EEUU. Recuperado de: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
- 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, DC.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2014), Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado en: http://www.who.int/social_determinants/es/.
- Pardo, Antonio y Miguel Ángel Ruiz (2005), Análisis de datos con SPSS 13 Base, McGraw Hill, Madrid.
- Plan de Desarrollo Municipal Itagüí 2012-2015, "Unidos hacemos el cambio".
- Plan de Desarrollo Municipal de Itagüí (2012), Unidos Hacemos el Cambio 2012 -2015, Calos Andrés Trujillo González, Itagüí.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2014), ¿Qué es el Desarrollo Humano? Recuperado en: <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=i1-----Gs=aGm=aGe=AGc=02008#.U1CE6P15M1Y>.
- Real Academia Española (2014), Diccionario de la lengua española [Dictionary of the Spanish Language] (22nd ed.), Madrid.
- Schoute, Ton (2007), Documento informativo de alianzas de aprendizaje Nro.6: Documentación de procesos, IRC Centro Internacional de Agua Potable y Saneamiento, Polonia.
- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2014). Recuperado de: <www.dssa.gov.co>

- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Página web. Consultado Abril 2015.
- Sistema de Información Hospitalaria (SIHO), Ministerio de Salud, Colombia, Página web, Consultado Abril 2015.
- Tejada Moreno, Luis Gonzalo (2011), Planeación del Desarrollo Local, una experiencia de participación ciudadana en la Comuna 6 Doce de Octubre, Institución Universitaria Esumer y Alcaldía de Medellín, Medellín.
- Torres Castillo, Alfonso (1998), La Sistematización de Experiencias Educativas: Reflexiones sobre una práctica reciente, Universidad Pedagógica Nacional, Bogotá.