



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

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

Una publicación del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, La Institución Universitaria Esumer y el Municipio de Medellín.

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

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

Anibal Gaviria Correa, **alcalde del municipio de Medellín.**

Autores

Equipo de trabajo

Profesionales, técnicos y auxiliares de la E.S.E. Metrosalud y de la Secretaría de Salud del municipio de Medellín.

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

Profesionales de la Institución Universitaria Esumer

Interventoría AMVA

Raúl Cano Jaramillo, Profesional Contador.

Coordinación de la publicación

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

Centro de Investigaciones y Prospectiva Institución Universitaria Esumer.

Diseño Gráfico

Centro de Investigaciones y Prospectiva Institución Universitaria Esumer .

Impresión

LIBRO ARTE S.A.S.

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 considere como características principales: la integración de los servicios de salud para contribuir a superar la fragmentación en la prestación, dificultades para el acceso, deficiencias en la calidad, baja eficiencia en el uso de recursos, altos costos de producción, baja calificación de los usuarios por los servicios recibidos, duplicidad en infraestructura y tecnologías y los escasos resultados en la modificación de los indicadores de salud. Adicionalmente propenderá en su conformación e implementación por la integración prioritaria de los prestadores de servicios de salud públicos - Empresas Sociales del Estado (ESE) y las Secretarías de Salud o similares; con la participación ciudadana y de los grupos de interés que contribuyan al desarrollo del objeto y alcance de la Red Metropolitana de Salud.

El Acuerdo Metropolitano Nro. 9 del 14 de junio de 2013 "Por medio del cual se crea y conforma la Red Metropolitana de Salud" tendrá como objeto, el contribuir a coordinar y articular los servicios de salud tanto asistenciales como en el ámbito de las acciones en salud pública, basados en la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APSR) y las redes de prestación de servicios de salud; a fin de brindar apoyo a los municipios que integran el Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA), para que superen algunas debilidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otras; la fragmentación en la atención individual y colectiva en salud, las deficiencias en el direccionamiento y el escaso trabajo en red del sector a nivel local y regional, que están afectando el acceso, la calidad y oportunidad, y por ende, el estado de salud y bienestar de los ciudadanos. El alcance de la Red Metropolitana en Salud es; dinamizar, apoyar, cooperar y facilitar el abordaje integral de la situación de salud del Valle de Aburrá, con el liderazgo de las Secretarías de salud o similares, las Empresas Sociales del Estado, la participación de la ciudadanía y los grupos de interés; mediante el trabajo en red para proponer y ejecutar acciones que conduzcan a la resolución de los problemas más relevantes en salud, contribuir a mejorar la gestión territorial, el acceso, la calidad y oportunidad de los servicios de salud, la calidad de vida y disminuir las inequidades en los territorios y la ciudadanía metropolitana.

Uno de los proyectos estratégicos de la Red Metropolitana de Salud es la estructuración y consolidación de la estrategia de 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 (AMVA); en el año 2013 se celebra un convenio de asociación con la Institución Universitaria Esumer con el fin de conformar e implementar la Red Metropolitana de Salud, en su fase dos. En tal sentido, ambas instituciones presentan el documento final que recopila información de la 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

INTRODUCCIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano reconoce la estrategia de Atención Primaria en Salud -APS como un elemento clave que impacta la salud y el desarrollo de las comunidades. El propósito de esta publicación es dar cuenta del trabajo realizado por los municipios del Valle de Aburrá en la estrategia de Atención Primaria en Salud a fin de documentar el trabajo realizado en el cuatrenio, el cual servirá como material de consulta y para planear el trabajo en Salud Pública de los territorios reconociendo elementos de análisis significativos para el enriquecimiento de la estrategia. Para desarrollar este trabajo se contó con el apoyo técnico de los profesionales, técnicos y auxiliares de las E.S.E y de las Secretarías de Salud, profesionales del Equipo Técnico del Programa Red Metropolitana de Salud- Área Metropolitana del Valle de Aburrá y los profesionales de la Institución Universitaria Esumer. En esta publicación se desarrollan 3 capítulos estructurales: 1. Caracterización se dan a conocer las generalidades del municipio, el perfil epidemiológico resaltando las 10 principales causas de morbi-mortalidad, descripción de la estructura administrativa entre otros de las instituciones que participan tanto en la implementación (Secretaría de Salud) como en la ejecución (Empresa Social del Estado) de la estrategia de APS en los municipios del Valle de Aburrá. 2. Documentación en este capítulo se describe el desarrollo de la experiencia de la estrategia de la Atención Primaria en Salud en el municipio bajo una mirada institucional 3. Sistematización da cuenta del modelo propuesto, modelo en escena y modelo a proponer, bajo una metodología prospectiva que permite medir las brechas entre lo que ejecutan actualmente los municipios y el ideal propuesto desde la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

RESUMEN

Dado que no se tienen antecedentes sólidos y escritos del trabajo realizado desde la estrategia de Atención Primaria en Salud en los municipios del Valle del Aburrá, el Área Metropolitana del Valle de Aburrá - Programa Red Metropolitana de Salud, la Institución Universitaria Esumer y los profesionales, técnicos, Auxiliares de la Empresa Social del Estado E.S.E y la Secretaria de Salud de cada municipio elaboraron La Sistematización de la Experiencia de Atención Primaria en Salud en cada uno de los 10 municipios del Valle de Aburrá, este trabajo servirá para planificar el trabajo en Salud Pública de los territorios reconociendo elementos de análisis significativos en pro del enriquecimiento de la estrategia y como material de consulta.

Esta publicación se compone de 3 capítulos: Caracterización, Documentación y Sistematización, en este último capítulo el Centro de investigaciones de Esumer enfocó su trabajo bajo una disciplina prospectiva la cual permite medir las 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

SUMMARY

Since there is not solid evidence nor literature on the activities performed by the Atención Primaria en Salud initiative in the municipalities of the Aburra Valley, Area Metropolitana del Valle de Aburrá - Programa Red Metropolitana de Salud, Institución Universitaria Esumer and the professionals, technicians and assistants at Empresa Social del Estado E.S.E and the Health Departments of each municipality developed the Primary Health Care Experience's Systematization in each of the 10 municipalities of the Aburra Valley.

This paper will help to plan public health works in territories by identifying meaningful analysis elements for the enrichment of the strategy and it serves as reference material. This publication consists of three chapters: characterization, documentation and systematization. In the last chapter, Esumer's research center focuses its work under a prospective discipline which helps measuring the gap between what is currently being done and the ideal proposed by the Pan American Health Organization / World Health Organization (PAHO / WHO).

ÍNDICE

CARACTERIZACIÓN	13
1. GENERALIDADES DEL TERRITORIO	15
2. DESARROLLO ECONOMICO	17
3. PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2012 - 2015 “MEDELLÍN UN HOGAR PARA LA VIDA”	20
4. ORGANIZACIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD	25
4.1. Estructura administrativa	25
4.2. Recursos humanos	26
4.3. Recursos financieros	26
4.4. Contratación con la ESE (PIC- Población no asegurada)	27
4.5. Participación social	28
5. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS	29
6. FECUNDIDAD	32
7. AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	33
8. ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN	35
8.1. Morbilidad	35
8.2. Cambios en la mortalidad	38
8.3. Principales causas de mortalidad	39
8.4. Coberturas en vacunación	39
8.5. Principales eventos de interés en salud pública	40
9. DIAGNÓSTICO DE RED EN SALUD DEL MUNICIPIO	41
10. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE CARÁCTER PÚBLICO	46
11. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD	48
12. INDICADORES	51
12.1. Indicadores de calidad	51
12.2. Indicadores de producción	59
12.3. Indicadores financieros	65

13. CONCLUSIONES	68
14. RECOMENDACIONES	70
DOCUMENTACIÓN	71
PRESENTACIÓN	73
1. ADOPCIÓN Y ADAPTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LA CIUDAD DE MEDELLIN	74
1.1. Modelo de gestión: Medellín Ciudad para la Vida	74
1.2. Modelo Medellín Ciudad Saludable	76
1.3. Atención Primaria en Salud dentro del modelo “Medellín Ciudad saludable”	81
1.3.1. Territorio Saludable:	81
1.3.2. Entornos saludables	82
1.3.3. Ciudadano Saludable	83
1.3.4. Autocuidado	84
1.3.5. Salud Ambiental	84
1.4. Enfoques de la APS para Medellín	85
1.5. Componentes de la Atención Primaria en Salud (APS)	86
2. MARCO POLITICO Y LEGAL DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	89
3. REFERENTE CONCEPTUAL DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD- APS	94
3.1. Principios de la APS	95
3.2. Componentes de la Atención Primaria en Salud	98
3.2.1. Componente acción intersectorial/transectorial por la salud	98
3.2.2. Componente Servicios de salud	98
3.2.3. Componente participación social comunitaria y ciudadana	99
4. DESARROLLO ESTRATEGIA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL ENTORNO HOGAR Y COMUNITARIO “SALUD EN EL HOGAR”	100
4.1. Objetivo General	100
4.2. Objetivos Específicos	100
4.3. Familias sujeto de acompañamiento por el Programa “Salud en el Hogar”	101
4.4. Líneas de Acción	101
4.4.1. Línea de Promoción y Prevención	101
4.4.2. Desarrollo de la Línea de promoción y prevención en el entorno del Hogar:	102
4.4.2.1. Fases del proceso de acompañamiento familiar:	103
4.4.3. Desarrollo de la Línea de promoción y prevención en el entorno Comunitario	103
4.4.4. Línea de Cuidado Primario	104

4.5. Recurso Humano	105
4.5.1. Equipo técnico de APS de la Secretaría de Salud	105
4.5.2. Ámbitos de acción del equipo técnico de APS en el municipio de Medellín	106
4.5.3. Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS):	108
4.6. Implementación del programa Salud en el hogar desde sus distintos ejes	108
4.6.1. Línea de promoción y prevención	108
4.6.1.1. Eje Cuidado de la Salud-Enfermería	108
4.6.1.2. Eje salud Alimentaria y Nutricional	114
4.6.1.3. Eje Salud Mental	120
4.6.1.4. Eje Tejido Social en Salud	127
4.6.2. Línea Cuidado Primario	138
4.6.2.1. Eje cuidado primario	138

SISTEMATIZACIÓN 145

1. PRESENTACIÓN 147

2. METODOLOGÍA: SOBRE LA DOCUMENTACIÓN Y LA SISTEMATIZACIÓN 149

3. OBJETIVOS 154

3.1 General: 154

3.2 Específicos: 154

4. MODELO PROPUESTO - ANALISIS CRÍTICO DE LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA 155

4.1 DIMENSIÓN 1: PROPÓSITO 158

 4.1.1 Enfoques 158

 4.1.2 Fundamentos 159

 4.1.3 Principios 160

4.2 DIMENSIÓN 2: DESARROLLO. 161

 4.2.1 Objetivos 162

 4.2.2 Estrategias/Programas 163

4.3 DIMENSIÓN 3: GESTIÓN 164

 4.3.1 Ruta Metodológica 165

 4.3.2 Acciones 167

 4.3.3 Transversales 168

4.4 DIMENSIÓN 4: ACTORES 168

 4.4.1 Sujetos 170

 4.4.2 Organizaciones 170

5. ANALISIS DEL MUNICIPIO 173

5.1. DESCRIPCIÓN MODELO EN ESCENA DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN 174

 5.1.1. Dimensión de Propósito 175

 5.1.1.1. Enfoques 175

 5.1.1.2. Principios Generales 176

5.1.1.3. Fundamentos	177
5.1.2 Dimensión de Desarrollo	177
5.1.2.1 Objetivos	178
5.2.2. Estrategias / Programas	179
5.1.3. Dimensión de Gestión	180
5.1.3.1. Ruta Metodológica	181
5.1.3.2. Acciones	182
5.1.3.3 Transversales	183
5.1.4 Dimensión de Actores	183
5.1.4.1. Sujetos	184
5.1.4.2. Organizaciones	185
6. ANÁLISIS DE BRECHAS	186
7. HALLAZGOS GENERALES	191
GLOSARIO DE TÉRMINOS	196
BIBLIOGRAFÍA	198

LISTA DE GRÁFICOS Y TABLAS

GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentaje de hogares con dos o más Necesidades Básicas Insatisfechas	18
Gráfico 2. Porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	18
Gráfico 3. Pirámides poblacionales. Bello. 2005-2013-2020	29
Gráfico 4. Comportamiento de la distribución porcentual de los grupos de edad 0 a 14 años.	30
Gráfico 5. Comportamiento de la distribución porcentual de mayores de 60 años	31
Gráfico 6. Tasa bruta de natalidad	32
Gráfico 7. Porcentaje de cobertura de aseguramiento al SGSSS	34
Gráfico 8. Distribución porcentual principales causas de consulta externa.	36
Gráfico 9. Distribución porcentual principales causas de consulta urgencias.	37
Gráfico 10. Distribución porcentual principales causas de hospitalización	37
Gráfico 11. Tasa bruta de mortalidad, Medellín. 2005-2013	38
Gráficos varios. Indicadores de calidad	51
Gráficos varios. Indicadores de producción	59
Gráficos varios. Indicadores financieros	65

TABLAS

Tabla 1. Recurso Humano. Dirección Local de salud	26
Tabla 2. Recursos propios para salud	27
Tabla 3. Cobertura de la seguridad social en salud	33
Tabla 4. Comportamiento morbilidad consulta externa	35
Tabla 5. Tasa de natalidad	38
Tabla 6. Tasa de mortalidad por causa	39
Tabla 7. Comportamiento de las coberturas en vacunación. Medellín. 2007-2013	40
Tabla 8. Comportamiento de las coberturas en vacunación	40
Tabla 9. Principales eventos de interés en salud pública	43
Tabla 10. Servicios habilitados por profesional independiente	43
Tabla 11. Oferta de camas y salas de atención	44
Tabla 12. IPS públicas	46
Tabla 13. Plataforma estratégica	48
Tabla 14. Capacidad instalada	48
Tabla 15. Recursos humanos	49
Tabla 16. Portafolio de servicios	50

CAPÍTULO 1 CARACTERIZACIÓN

1. GENERALIDADES DEL TERRITORIO

Medellín es la capital del departamento de Antioquia. Es la segunda ciudad más poblada de Colombia después de la capital. Pertenece a la región noroccidental del país; se ubica a 409 km. de Bogotá Distrito capital y hace parte de la primera Área Metropolitana creada en Colombia en 1980, la segunda Área Metropolitana en población en el país, después del Distrito Capital de Bogotá. Está situada en el centro del Valle de Aburrá ubicada en un estrecho valle de la cordillera central, es atravesada por el río Medellín que se convierte en el eje natural que divide la ciudad en dos grandes zonas, donde se localizan las vertientes oriental y occidental, con características geológicas, topográficas y geomorfológicas diferentes.

La ciudad cuenta con un área total de 380,64 km² de los cuales 110,22 km² son suelo urbano y 270,42 km² son suelo rural, tiene una temperatura promedio de 22 °C y una altura promedio sobre el nivel del mar de 1.425 mts.

Medellín en su división administrativa se encuentra territorialmente dividido en el área urbana en 6 zonas urbana geográficas, las cuales están conformadas por dieciséis (16) comunas, las zonas en realidad carecen de valor territorial, y solo son utilizadas para agrupar a las comunas según su ubicación dentro de la ciudad. Estas comunas se dividen en barrios y en áreas institucionales. La ciudad tiene 249 barrios oficiales y 20 áreas institucionales. Las áreas institucionales son grandes sectores con algunas características de barrio, pero su población no es permanente y carecen de viviendas, ejemplo los campus universitarios.

La zona rural se divide en 5 corregimientos, Altavista, Palmitas, Santa Elena, San Antonio de Prado y San Cristóbal; estos últimos son los corregimientos más poblados de Colombia. Estos corregimientos a su vez se dividen en veredas.

2. DESARROLLO ECONOMICO

En el tema económico es una urbe con gran dinamismo, Medellín es el segundo centro económico más importante de Colombia, después de Bogotá, destacada como uno de los principales centros financieros, industriales, comerciales y de servicios de Colombia, y por ser la sede de numerosas empresas nacionales e internacionales, principalmente en los sectores textil, confecciones, metalmecánico, eléctrico y electrónico, financiero, telecomunicaciones, automotriz, alimentos, entre otros.

Según datos del observatorio de políticas públicas de la Alcaldía de Medellín y con datos de la Cámara de Comercio de Medellín, la ciudad al año 2011 tenía 64.157 empresas o establecimientos económicos, de los cuales 843 por el tamaño de sus activos se consideran gran empresa, 1.176 mediana empresa, 5.452 pequeña empresa y 56.686 microempresas.

La ciudad representa más de 8% del PIB Nacional y en conjunto con el Valle de Aburrá aportan cerca del 11%, siendo una de las regiones más productivas del país.

La industria textil y de confecciones es una de las grandes exportadoras de productos hacia los mercados internacionales; el desarrollo en estos sectores ha convertido a la ciudad en un importante centro de la moda a nivel latinoamericano.

El índice de calidad de vida ICV del año 2011 para la ciudad de Medellín, según encuesta diseñada por el Departamento Administrativo de Planeación y realizada por el Centro de Estudios de Opinión (CEO) de la Universidad de Antioquia, arroja un resultado general para la ciudad de 83.48%, sin embargo este comportamiento no es homogéneo para la totalidad de las comunas y corregimientos; en algunas comunas como Villa Hermosa, Popular, Santa Cruz y Manrique el ICV está por debajo de 80%.

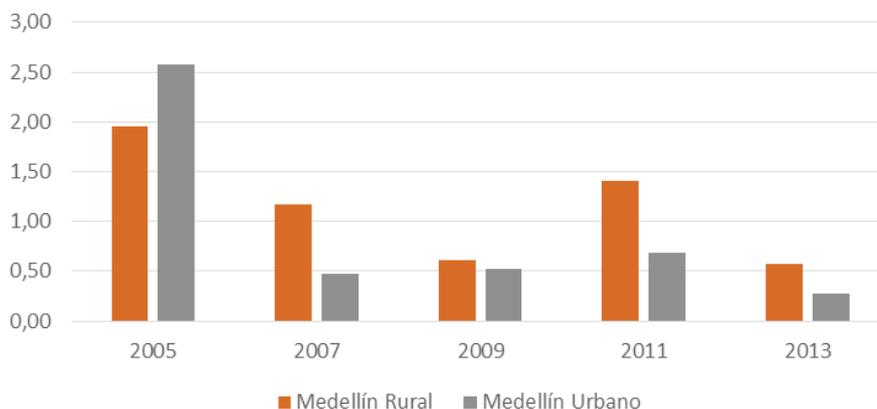
Según datos del Departamento Administrativo de Planeación Municipal, la medición del índice de desarrollo humano (IDH) para la ciudad, que clasifica los países a partir de variables que tienen en cuenta el factor económico, la educación y la salud, se ha venido incrementando paulatinamente durante los últimos cinco años, siendo los componentes de crecimiento del ingreso y logro educativo los que más han incidido en su evolución.

Entre los años 2004 y 2011 el IDH pasó de 80,21 a 86,44, es decir un incremento de 6,23 puntos porcentuales. En términos generales los habitantes de Medellín disfrutan hoy de una vida más prolongada y saludable, pueden acceder a más niveles de educación, así como a una mayor proporción de bienes y servicios. Sin embargo el crecimiento no es igual para todas las comunas y este índice está por debajo de 80 puntos en la comuna 1 Popular y en el corregimiento de Palmitas.

Otro dato importante, es que según estadísticas oficiales del gobierno nacional, Medellín es la ciudad más desigual de Colombia, con un preocupante coeficiente de Gini de 0.54, jalonado principalmente por su índice de pobreza situado en el 22%.

En el municipio la cantidad de hogares que presentan dos o más necesidades insatisfechas, considerado como población en situación de miseria, presentó un cambio significativo desde el año 2005 hasta el año 2013, tanto en el área urbana como en el área rural; según datos de las encuestas de calidad de vida realizadas por el Área Metropolitana. Ver gráfico 1.

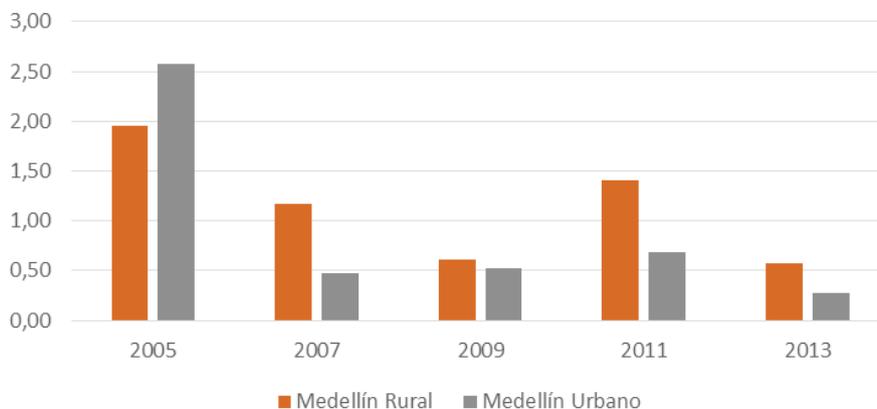
Gráfico 1. Porcentaje de hogares con dos o más NBI. Medellín. 2005-2013



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

En cuanto al porcentaje de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha (pobreza), el municipio, según las encuestas realizadas por el Área Metropolitana, presentó una disminución sostenida desde el año 2005 hasta el año 2013. Ver Gráfico 2.

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



Fuente: Observatorio Metropolitano de Información. AMVA

Transporte:

La ciudad tiene un sistema de transporte muy completo conformado en gran parte por el metro que fue el primer sistema de transporte masivo que se construyó en Colombia. El metro atraviesa el área metropolitana de sur a norte, y pasa por varios municipios entre Bello y Sabaneta; también se extiende desde el centro de la ciudad hacia el oeste, y desde el norte al noreste. El Metro combina el sistema férreo con el sistema de cable aéreo llamado metrocable. La Red del Metro posee una longitud de 33 km y comprende cinco líneas: Línea A (férrea) con 19 estaciones, Línea B (férrea) con 7 estaciones, la línea L (cable) que comunica el área metropolitana con el parque natural de Arví desde la estación Santo Domingo Sabio hasta el corregimiento de Santa Elena, la Línea K y la Línea J cuentan cada una con 3 estaciones. Adicionalmente, la ciudad cuenta con el Metroplús, sistema de transporte de buses articulados que está integrado físicamente con el Metro de Medellín.

Existe en la ciudad un sistema privado de buses urbanos que atiende todas las comunas y zonas de la urbe, el cual se está estructurando desde 2007 en el llamado, Sistema Integrado de Transporte SIT, un proyecto en marcha que integrará el servicio de buses urbanos con el Metro y el nuevo sistema Metroplús. De igual manera, hay numerosas empresas de taxis que cubren toda el Área Metropolitana, y entre ellas hay algunas con servicios bilingües en inglés-español. Algunas empresas prestan servicios intermunicipales; es usual, además, el servicio de taxi colectivo.

Servicios públicos:

El Municipio cuenta con servicios de agua potable, acueducto, alcantarillado, energía y telefonía que cubren el área urbana y rural, prestados básicamente por las Empresas Públicas de Medellín. Según el Observatorio Metropolitano de Información (OMI) los servicios públicos domiciliarios en Medellín tienen siguientes cubrimientos al año 2013:

- Acueducto: Urbano 98,9%, rural 97,09%
- Alcantarillado: Urbano 96,86%, rural 85,85%
- Red de gas natural: Urbano 72,52%, rural 50,33%,
- Energía eléctrica: Urbano 99,89%, rural 99,47%

La Secretaria de Salud de Medellín, realiza la vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano en forma continua a los acueductos urbanos y rurales. La calidad es medida con el Índice de Riesgo para el Consumo de Agua Potable (IRCA), en donde el rango de medición que no representa riesgo para el consumo humano oscila entre 0% y 5%, realizan la vigilancia y el control de la calidad del agua de 21 acueductos que funcionan en la ciudad, los cuales fueron certificados en su totalidad como abastecedores de agua apta para el consumo humano. El suministro de agua potable se garantiza al 95% de la población, ya que fenómenos de migración y de desplazamiento que se presentan en la ciudad hacen que algunas zonas subnormales no dispongan de este servicio.

3. PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2012 - 2015 “MEDELLÍN UN HOGAR PARA LA VIDA”

La parte estratégica del plan se estructuró teniendo en cuenta unas líneas macro que orientan el desarrollo de la ciudad, estas agrupan varios componentes o sectores donde se identifican los problemas, se definen los programas y proyectos a desarrollar para lograr los propósitos de cada línea. El propósito fundamental del Plan es construir una sociedad equitativa que sea incluyente en lo social, distributiva en lo económico, democrática en lo político y sostenible en lo ambiental.

Los principios fundamentales que orientan el plan son: la vida como valor supremo, la búsqueda de la equidad como producto de la racionalidad política y social, la legalidad y cuidado de los bienes y recursos públicos y la primacía del interés general sobre el particular.

El Plan de Desarrollo de Medellín reconoce a la Familia como el eje fundamental para el trabajo por la vida, la equidad, la inclusión y la creación de oportunidades que les permitan el disfrute de su bienestar integral.

Las líneas estratégicas del Plan de desarrollo son:

- Línea 1. Ciudad que respeta, valora y protege la vida
- Línea 2. Equidad, prioridad de la sociedad y del gobierno
- Línea 3. Competitividad para el desarrollo económico con equidad
- Línea 4. Territorio sostenible: ordenado, equitativo e incluyente
- Línea 5. Legalidad, legitimidad e institucionalidad para la vida y la equidad

La línea estratégica 1: **Ciudad que respeta, valora y protege la vida**, incluye el componente salud. Adicionalmente el Plan de Desarrollo de la ciudad, formula 27 programas bandera para ejecutar en el periodo, que expresan los énfasis al interior de las líneas estratégicas y significan un importante ejercicio de articulación de diferentes instituciones y áreas al interior de la Administración Municipal. Dentro de estos programas se incluyen dos del componente salud: Salud en el Hogar y Medellín sana y libre de adicciones.

Plantea un trabajo importante de transversalización y articulación a nivel regional y departamental mediante la Alianza Medellín y Antioquia AMA, de una manera solidaria y recíproca, mostrando con ello que como ciudad capital, Medellín se abre a las problemáticas del Departamento y se preocupa por ellas, reconociendo un beneficio mutuo en la interacción y la articulación.

En general el Plan de Desarrollo, plantea algunos retos para la ciudad a mediano y largo plazo, entre los cuales para salud se incluyen:

- Desarrollar la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), mediante el fortaleciendo de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud mediante el fortalecimiento de la red pública hospitalaria.

La línea estratégica 1 Ciudad que respeta, valora y protege la vida, constituye y desarrolla el pilar del plan, que permite hacer de Medellín, un hogar para la vida. Busca promover condiciones para que en la ciudad, el respeto por la vida se convierta en un valor absoluto y principio rector de toda la dinámica social e institucional. En esta se plasman los programas y proyectos que buscan prevenir afectaciones a la población mediante el control de situaciones que atentan contra la vida y la seguridad humana. El objetivo de esta línea es garantizar a la población los derechos humanos fundamentales de seguridad y convivencia, salud, cultura, recreación y deporte, soportados en la familia como formador primario del ser humano, y con la participación y corresponsabilidad intersectorial.

En cuanto al componente salud, el objetivo que define es:

Mejorar las condiciones de salud como contribución al desarrollo humano integral y la calidad de vida de la población, a través de la promoción y educación en salud, prevención de la enfermedad y control de factores de riesgo. Todo esto, en el marco de un trabajo intersectorial e interinstitucional con los actores del Sistema de Protección Social, promoviendo el derecho a la salud y abordar los determinantes de la salud, desde la familia, con enfoque de ciclos vitales y territorio. (Alcaldía de Medellín, 2012).

Se considera que es necesaria la implementación del modelo de APS, para reforzar la importancia de la promoción y prevención con el fin de disminuir la carga de enfermedad y muerte, para mejorar la eficiencia, con costos de atención más bajos y usuarios más satisfechos.

El componente salud propone desarrollar seis programas:

Dos programas estratégicos “Salud en el Hogar” y “Medellín sana y libre de adicciones” y cinco programas adicionales: Salud pública; Acceso a los servicios de salud; Direccionamiento del sector salud; Desarrollo de la Secretaría de Salud y Ciudad viva, consolidación de la infraestructura de la red pública hospitalaria. A continuación se describen los programas:

Programa estratégico: Salud en el hogar – APS

El objetivo de este programa es acercar los servicios de salud a los hogares más vulnerables de la ciudad, llevando acciones integrales de cuidado primario ambulatorio, prevención de la enfermedad y promoción de la salud a través de equipos de salud multidisciplinarios. Con ellos se busca la transformación de un modelo de salud asistencial a uno preventivo, con énfasis en la participación social y comunitaria, la articulación entre los actores y acciones intersectoriales a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APSR).

Se trabajan las siguientes líneas:

- Acciones de promoción y prevención en el hogar
- Cuidado primario en personas con movilidad reducida
- Articulación con la atención domiciliaria
- Acciones en los ámbitos escolar, laboral y comunitario
- Participación social.

Jóvenes por la vida

Es otro programa estratégico, cuyo objetivo es proteger a los jóvenes mediante la implementación de estrategias para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, la prevención del primer consumo y el embarazo en adolescentes, a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida y el ejercicio de una vida sexual saludable y responsable para que mejoren su calidad de vida y se conviertan en agentes de cambio de la sociedad. Los proyectos definidos son:

- Prevención del consumo de sustancias psicoactivas
- Prevención del embarazo adolescente. Sexualidad responsable

Programa: Direccionamiento del sector salud

Busca direccionar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en la ciudad a través de acciones intersectoriales, de articulación entre los actores y fomento de la participación social en salud, para adoptar, formular y ejecutar políticas públicas que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Los proyectos definidos son:

- Articulación intersectorial e interinstitucional: Alianza por la Salud y la Vida
- Fortalecimiento de la participación en salud.

Programa: Salud pública

El objeto es promover la adopción de factores de protección de la salud y fomento de una cultura saludable en la población del municipio, mediante acciones e intervenciones individuales y colectivas acordes con la normatividad y las competencias delegadas al municipio, dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, la prevención y control de los riesgos, con enfoque de familia y sus ciclos vitales, según ámbitos de intervención. Así mismo, ejercer la vigilancia, inspección y control de los factores de riesgo del ambiente, consumo, vectores y zoonosis y la vigilancia de la salud pública, con el fin de lograr los objetivos definidos en el Plan Nacional de Salud Pública y el Plan de Salud Municipal. Los proyectos definidos son:

- Promoción y educación en salud
- Prevención de los riesgos en salud
- Control de factores de riesgo del ambiente, consumo y zoonosis
- Vigilancia epidemiológica para la salud.

Programa: Acceso a los servicios de salud

Su objetivo es gestionar y supervisar el acceso a los servicios de salud mediante la coordinación de actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y seguimiento a la prestación de los servicios, con el propósito de que los ciudadanos de Medellín obtengan servicios de salud con calidad y eficiencia, a través de la gestión para el aseguramiento de la población objeto al Régimen Subsidiado, el acceso a los servicios de salud por parte de la población no asegurada, el fomento de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social, la supervisión y vigilancia del acceso a los servicios, la gestión para el mejoramiento de la calidad de la atención en los servicios y el apoyo a la red de prestación de servicios; se pondrá énfasis en la red de urgencias, emergencias y desastres y la atención prehospitalaria, así como el apoyo a la red primaria de atención, mejorando su capacidad resolutoria para dar respuesta a la estrategia de APS. Los proyectos definidos son:

- Gestión para el aseguramiento en el régimen subsidiado
- Acceso a los servicios de salud de la población no asegurada
- Fomento de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Calidad y humanización de los servicios de salud
- Supervisión y vigilancia del acceso a los servicios de salud
- Fortalecimiento de las redes integradas e integrales de servicios de salud, con énfasis en urgencias, emergencias y desastres.

Programa: Desarrollo de la Secretaría de Salud.

Su objetivo es fortalecer la Secretaría de Salud para el cumplimiento de las competencias delegadas, a través de la modernización de la estructura administrativa, el mejoramiento de los espacios locativos, el desarrollo de tecnologías de información y comunicación (TIC) en salud y el fortalecimiento de la gestión del conocimiento, que posibiliten la generación de información con calidad, oportunidad y cobertura para mantener actualizado el análisis de la situación de salud de la ciudad a través de un observatorio que sirva para la toma de decisiones y el direccionamiento de las políticas, programas, proyectos y estrategias en salud. Los proyectos definidos son:

- Gestión del conocimiento –Observatorio de salud– y desarrollo de tecnologías de información en salud
- Fortalecimiento de los recursos humanos, físicos y tecnológicos de la Secretaría.

Programa: Ciudad viva, consolidación de la infraestructura de la red pública hospitalaria

Pretende mejorar y fortalecer la red pública de prestación de servicios de salud, de acuerdo con los requerimientos del Sistema Obligatorio de la Calidad y las condiciones de sismorresistencia, mediante la adecuación, construcción, reconstrucción y dotación de sedes y unidades hospitalarias de la red pública, acordes con las necesidades de atención reflejadas en las dinámicas poblacionales, buscando mejorar los estándares de calidad en la atención. Los proyectos definidos son:

- Reconstrucción de la Unidad Hospitalaria Buenos Aires
- Construcción de la segunda fase de la Unidad Hospitalaria San Cristóbal y Pajarito

- Construcción de la primera fase del Centro Integral de Servicios Ambulatorios para la mujer y la familia
- Construcción de centros de salud Las Estancias y La Cruz
- Dotación y adecuación para mejorar la capacidad resolutoria de la red pública hospitalaria.

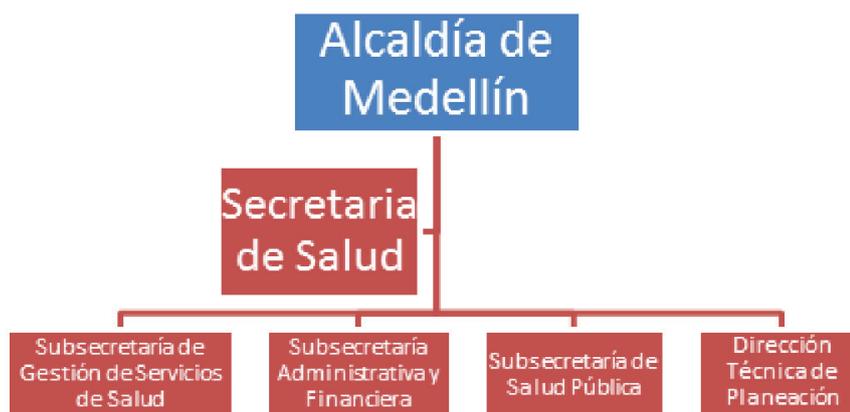
La Secretaria de Salud formuló el Plan de Salud Municipal “Medellín ciudad saludable” siguiendo los lineamientos metodológicos del decreto 3039 del 2007 Plan Nacional de salud pública y la resolución 425 del 2008, en cuanto a los propósitos y lineamientos de las políticas de salud nacionales, se formula como un plan sectorial que es aprobado y hace parte integral del Plan de Desarrollo Municipal para el periodo 2012-2015. En este define las prioridades en salud para el periodo de vigencia, los objetivos, metas y estrategias para su cumplimiento y las enmarca en las competencias de todos los actores involucrados, teniendo presente la disponibilidad de recursos. El plan será ajustado de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional sobre los planes decenales de salud estipulados en la Ley 1438 de 2011 y Ley 1450 de 2011

4. ORGANIZACIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD

El municipio de Medellín cuenta con la dependencia Secretaria de Salud para cumplir las competencias del sector salud. Según los resultados de la evaluación realizada por la Secretaría Departamental de Salud y Protección Social de Antioquia, para evaluar la capacidad de gestión municipal en salud del año 2013, la Secretaria de Salud obtuvo una calificación de 99 acreditando su capacidad de gestión. En el plan de mejoramiento como resultado de la evaluación debe implementar acciones para contratar el Plan de Intervenciones Colectivas PIC en forma oportuna.

4.1. Estructura administrativa

La Secretaria de Salud del municipio de Medellín cuenta con la siguiente estructura administrativa:



Fuente: Municipio de Medellín. 2015.

En el proceso de modernización realizado en el municipio en el año 2012, se suprime la Subsecretaría de Planeación y se crea la Dirección Técnica de Planeación. Esta dependencia tenía a su cargo procesos relacionados con el direccionamiento del sector tales como la adopción, adaptación, formulación y seguimiento de las políticas, planes y programas del sector salud, el componente de relacionamiento intersectorial y de participación social, los sistemas de información y la gestión del conocimiento.

4.2. Recursos humanos

La Secretaria de Salud del municipio cuenta con un equipo humano conformado por:

Tabla 1. Recurso humano. Secretaría de Salud. Medellín. 2013

AREA	MODALIDAD VINCULACIÓN		PERFIL DEL CARGO			TOTAL
	DIRECCION (Despacho Secretario)	De planta	Contratos PS	Profesional	Técnico	
Dirección: Secretario de Salud	1		1			1
Aseguramiento - Prestación de servicios	16	2	15	0	3	18
Salud Pública (incluye vigilancia epidemiológica)	18	24	39	0	3	42
Vigilancia y control - Salud Ambiental	43	3	12	29	2	46
Participación social	8	9	15		2	17
Sistemas de información	8	22	6	1	1	30
Administrativo (incluye Fondo local de salud y otros)	14	16	24	3	3	30
Otras áreas	4	0	1	0	3	4
Totales	112	76	113	33	17	188

Fuente: Secretaria de Salud Medellín, (enero de 2013).

Según la Tabla 1, de los 188 funcionarios que tiene la Secretaria de Salud el 59,5% es personal vinculado y el 40,5% son funcionarios contratados bajo la modalidad de prestación de servicios, situación que se convierte en un factor determinante en la gestión de la Secretaria por el desgaste administrativo que implica la contratación del personal, el riesgo jurídico para la administración municipal, la pérdida de conocimiento y la continuidad en los programas y proyectos. Hay una alta profesionalización del talento humano en la Secretaria, el 77,6% de los funcionarios son profesionales y técnicos de las diferentes disciplinas de salud.

La Secretaria de Salud de Medellín actualmente funciona en el Edificio Plaza de la Libertad lo que mejora la integralidad y el modelo de operación por procesos.

4.3. Recursos financieros

Medellín es el único municipio del Área Metropolitana que en la Secretaria de Salud cuenta con una dependencia (Subsecretaria), con equipo humano para el manejo del fondo local de salud. Tiene conformadas las cuatro cuentas maestras según los lineamientos de resolución 3042 de 2007, 4204 de 2008 y 991 de 2009. Desde la Secretaria de salud hacen toda la ordenación para los pagos según los requisitos de cada cuenta, asignan un funcionario exclusivo para el manejo de cada cuenta y se retroalimentan con la Secretaria de Hacienda en forma permanente.

El presupuesto para salud se compone en un alto porcentaje de recursos del Sistema General de Participaciones SGP para aseguramiento, atención de la población no asegurada y salud pública. Los recursos de destinación específica para cumplir las competencias en salud pública, para el fortalecimiento de la red y otros programas de salud, son financiados con recursos propios, pero son insuficientes, los. La asignación en recursos propios durante los últimos cinco años ha sido la siguiente:

Tabla 2. Recursos financieros. Secretaría de Salud. Medellín. 2012

RECURSOS FINANCIEROS	2008	2009	2010	2011	2012
Cofinanciación régimen subsidiado	22.799.351.153	19.592.236.257	2.589.983.229	9.641.352.144	22.652.428.409
Proyectos de inversión salud pública	8.539.622.657	16.289.044.563	19.450.532.636	21.556.604.630	25.876.781.882
Salud ambiental vigilancia y control en salud	883.977.102	3.093.555.618	3.438.490.312	4.528.411.480	4.844.221.965
Red pública de salud	30.148.873.776	48.145.696.578	48.187.433.091	40.181.228.992	15.916.468.321
Otras inversiones	4.871.051.455	6.399.638.026	14.584.828.073	24.630.887.605	32.754.607.822
TOTAL	67.242.876.143	93.520.171.042	88.251.267.341	100.538.484.851	102.044.508.399

Fuente: Secretaria de Salud Medellín, enero de 2012.

4.4. Contratación con la ESE (PIC- Población no asegurada)

El mayor porcentaje del Plan de Intervenciones Colectivas para la población (PIC), lo contratan con la ESE Metrosalud, es importante resaltar en que Medellín, mediante la figura de vigencias futuras, la Secretaria logro hacer los contratos para el periodo 2012-2015, lo que permite la continuidad de los programas y acciones durante el periodo.

Para dar cumplimiento a la ejecución del PIC se suscribieron varios contratos:

- Salud en el hogar- APS (Atención Primaria en Salud)
- Escuelas y colegios saludables
- Operación del sistema de vigilancia epidemiológica en la ciudad

Se contrata con el INDER las acciones de promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas. Adicionalmente, mediante proceso de licitación (selección abreviada) contratan las acciones de información, educación y comunicación IEC de las líneas de SSR, salud oral, vacunación

y la operación del sistema de vigilancia epidemiológica. Con la ESE Metrosalud tienen el contrato para atención de la población pobre no asegurada al SGSSS.

4.5. Participación social

En el componente salud, de las organizaciones comunitarias estipuladas en la norma según el decreto 1757 de 1994, la Secretaría de Salud tiene conformados y en funcionamiento los Comités de participación social en salud COPACOS para cada comuna y corregimiento; el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud CMSSS, las Asociaciones de Usuarios de las ESE Metrosalud y Hospital General de Medellín y las Veedurías en Salud legalmente conformadas.

Adicionalmente Medellín tiene conformadas las Mesas Ampliadas de Salud por Comuna y Corregimiento con la participación de diferentes organizaciones comunitarias públicas y privadas para trabajar en red que se constituyen en una base ampliada para el COPACOS a nivel comunal y corregimental, sirven de apoyo al trabajo comunitario.

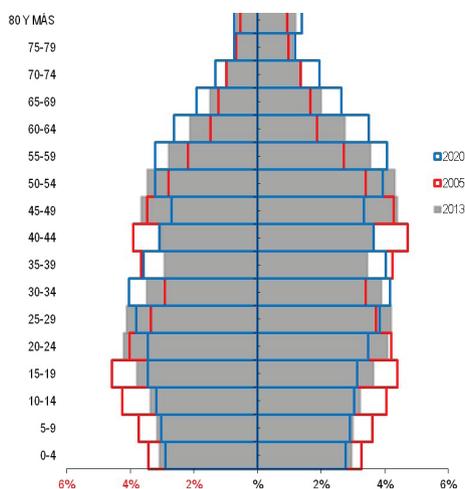
Otro espacio importante lo constituye la política de Planeación Local Y Presupuesto Participativo que rige desde el año 2005 en la ciudad, es un proceso democrático de participación ciudadana, que permite a los habitantes, analizar su presente y futuro, planear y definir propuestas, asignar recursos y decidir de forma directa cómo invertir una parte de los recursos públicos en obras y servicios de acuerdo a las necesidades prioritarias de cada comunidad. El equipo de participación social de la Secretaría de Salud está integrado por un 7 profesionales y es el encargado de asesorar técnica y financieramente las comunidades en el tema de salud.

5. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS

De acuerdo información del DANE, censo 2005 proyectado al 2014, el Municipio de Medellín cuenta con 2.441.123 habitantes, de los cuales el 98,5% residen en la zona urbana y el resto en el área rural; el 47.1% de la población es de sexo masculino y el 52.9% son de sexo femenino. En la distribución por grupos de edad, el 6,3% son niños menores de 5 años; el 19,9% en población menor de 15 años, el 13,2% es la población mayor de 60 años, el 8,1% es la población adolescente entre 15 y 19 años y con el 31.7% se encuentran las mujeres en edad fértil entre 10 y 49 años.

Medellín no escapa a la tendencia colombiana de crecimiento de las áreas urbanas en detrimento de la población rural, este proceso de urbanización acelerado no se debe exclusivamente a la industrialización, ya que existen complejas razones políticas y sociales como la pobreza y la violencia, las cuales han motivado la migración del campo a la ciudad a lo largo del siglo XX, generando un crecimiento exponencial de la población en las zonas urbanas. Hoy en día el 58% de la población de Antioquia habita en el Valle de Aburra. El 66% de los habitantes de dicha área, corresponden a Medellín, de los cuales el 61,3% nacieron en la ciudad, el 38,4% en otro municipio y el 0,3% son de otro país.

Gráfico 3. Pirámides Poblacionales. Medellín. 2005 – 2014 - 2020



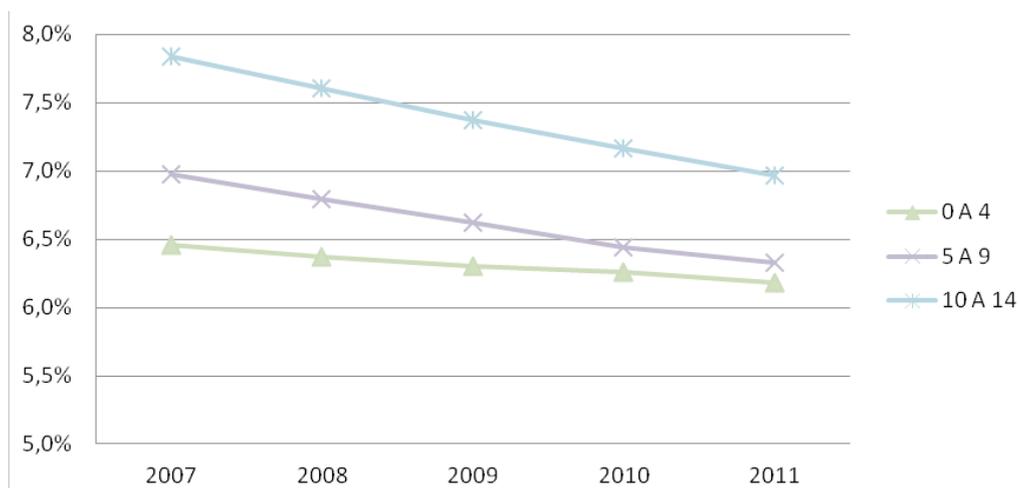
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE.

Quizás una de las pirámides poblacionales que más ha perdido su forma, es la pirámide de la ciudad de Medellín. Para el año 2005 y 2013 la estructura y composición de la población toma una forma de reloj de arena, con una base poblacional pequeña y una punta amplia.

Se observaba en el 2005 un alto número de personas en el grupo de 15 a 19 años que pasan a formar parte en el 2013 del grupo poblacional de 20 a 24 años, siendo este el de mayor distribución para los hombres y curiosamente para las mujeres en este mismo año, el grupo de 45 a 49 años, es el de mayor distribución. Se observa para el 2005 una depresión significativa en el grupo de 30 a 34 años que pasa para el 2013 a ser del grupo de 35 a 39 años. Se observa en el 2013, una nueva pirámide a partir del grupo de edad de 45 a 49 años.

El crecimiento para la ciudad de Medellín en el período es solo del 4.4%, convirtiéndose en el municipio de menor crecimiento poblacional. Este cambio de la pirámide poblacional refleja el cambio en las condiciones demográficas de la ciudad acercándose cada vez más a las condiciones de una población desarrollada. Ver Gráfico 3.

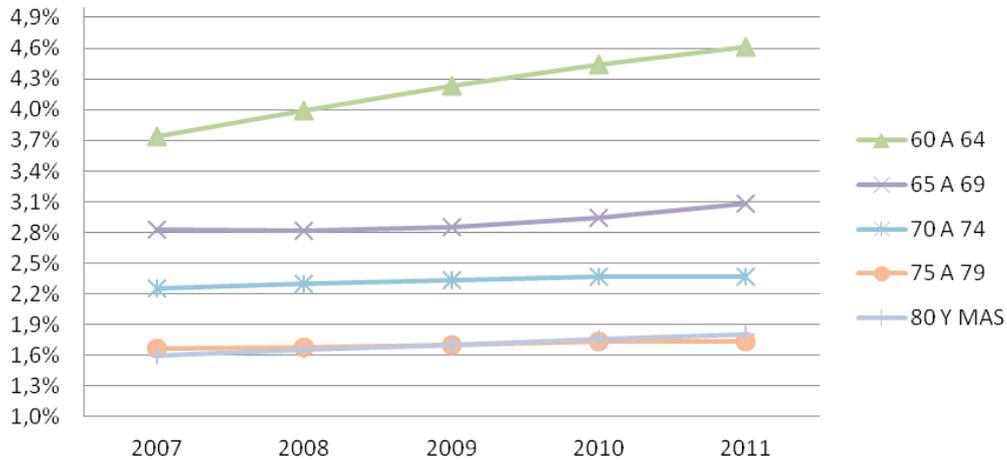
Gráfico 4. Comportamiento de la distribución porcentual de los grupos de edad de 0 a 14 años. Medellín. 2007-2011



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE

En la distribución porcentual de los grupos de edad, es importante el descenso de los grupos de 5 a 9 de 0.7% y de 10 a 14 de 0.8% en los últimos cinco años. Ver Gráfico 4.

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



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE.

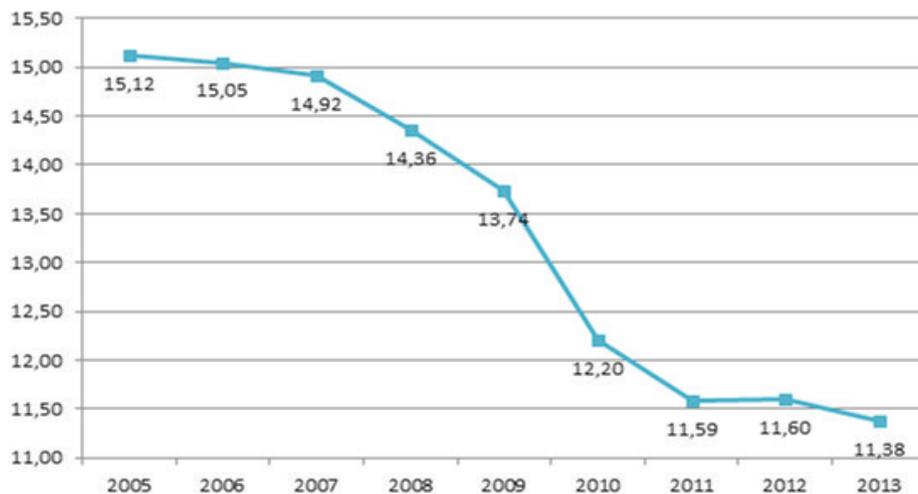
Por otro lado, se nota un incremento a partir del grupo de edad de 60 años. Aunque en todos los grupos después de esta edad, se observa un incremento sostenido, el cambio más representativo lo aporta el grupo de 60 a 64 años donde el incremento ha sido del 0.9% en los últimos cinco años. Ver Gráfico 5.

6. FECUNDIDAD

Al igual que en los demás municipios del Valle de Aburrá, en Medellín se ha experimentado una disminución en las tasas de fecundidad general y en la tasa global. La tasa general de fecundidad para el municipio de Medellín a diciembre de 2012 es del 47.9, por encima de la tasa del Valle de Aburrá, que es del 43.6, y por debajo de la tasa del Departamento de Antioquia, que es del 48.2. Medellín tiene la tasa más alta de fecundidad en el Valle de Aburrá.

Las tasas específicas de fecundidad de los grupos de edad de 10 a 14 y 15 a 19, han sido las más altas en todos los cinco años revisados en el Valle de Aburrá. Aunque se observa una tendencia hacia la disminución, no pasa lo mismo con el grupo de 10 a 14 años que ha tenido cambios muy poco significativos. En los demás grupos de edad, la fecundidad ha disminuido a lo largo de los cinco años.

Gráfico 6. Tasa bruta de natalidad para el municipio de Medellín años 2005- 2013



Fuente: Observatorio Metropolitano de Información. AMVA.

Como se observa en el Gráfico 6, la tasa de natalidad para el municipio de Medellín presenta un periodo de baja constante desde el año 2005 hasta el año 2013, siendo este último el año con el registro más bajo. Es importante resaltar, además, que la tasa bruta de natalidad para el municipio se mantiene por debajo de la media nacional, la cual se encuentra alrededor de los 17 nacimientos por cada mil habitantes.

7. AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Tabla 3. Población afiliada al régimen subsidiado y al régimen contributivo y cobertura de aseguramiento años 2007-2013

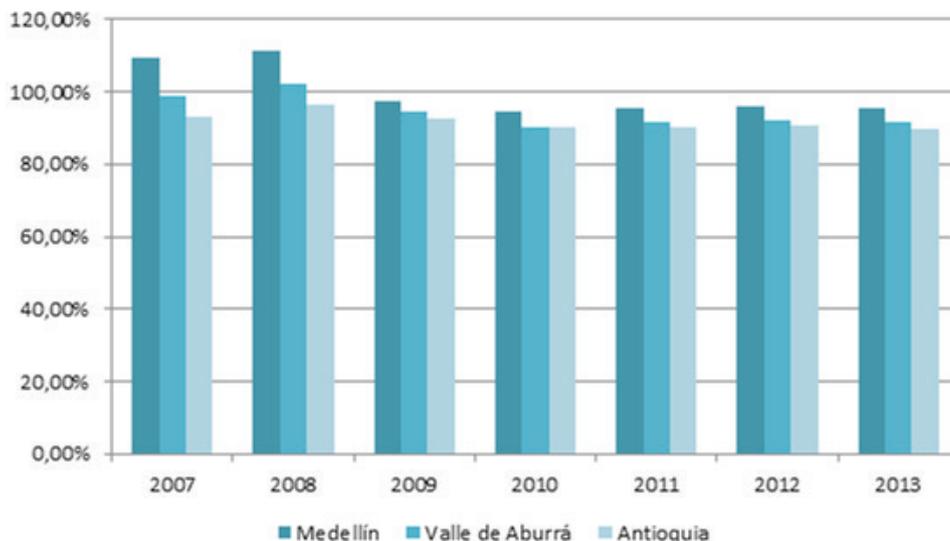
Año	Población	Régimen subsidiado		Régimen contributivo		Porcentaje de cobertura de aseguramiento al SGSSS	Población pendiente por afiliar al SGSSS
		Número de afiliados	Porcentaje de aseguramiento	Número de afiliados	Porcentaje de aseguramiento		
2007	2.264.776	872.727	38.53%	1.601.710	70.72%	109.26%	-209.661
2008	2.290.831	867.727	37.88%	1.679.894	73.33%	111.21%	-256.790
2009	2.316.853	693.129	29.92%	1.563.556	67.49%	97.40%	60.168
2010	2.343.049	644.079	27.49%	1.568.377	66.94%	94.43%	130.593
2011	2.368.282	581.390	24.55%	1.656.519	69.95%	95.50%	130.373
2012	2.393.011	598.359	25.00%	1.669.103	70.89%	95.89%	125.549
2013	2.417.325	601.622	24.89%	1.680.805	70.69%	95.57%	106.994

Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (SSSPSA).

La afiliación a los servicios de salud en el municipio de Medellín se encuentra principalmente en el régimen contributivo, porcentaje que oscila entre el 66% y el 73% de la población, a lo largo de los últimos seis años. A su vez, el régimen subsidiado mantiene un comportamiento de disminución, pasando del 38,53% en el año 2007, al 24,89% en el año 2013. Ver Tabla 3.

Es importante destacar además, la disminución progresiva del porcentaje de cobertura de aseguramiento entre los años 2007 y 2010, para encontrar finalmente a partir del 2011 un punto de estabilidad alrededor del 95%. Ver Tabla 3.

Gráfico 7. Porcentaje de cobertura de aseguramiento al SGSSS. Medellín 2007 – 2013. Comparativo



Fuente: Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (SSSPSA).

En el Gráfico 7 se aprecia una comparación de los porcentajes de cobertura de aseguramiento para las escalas municipal, metropolitana y departamental. Allí se evidencia que el municipio de Medellín se encuentra por encima del porcentaje total correspondiente al Valle de Aburrá y al Departamento de Antioquia, en el rango que va entre los años 2007 y 2013, con valores por encima del 94%.

La cobertura del SGSSS en los últimos cinco años muestra un comportamiento muy estable en los dos regímenes, aunque se percibe un leve descenso en el régimen subsidiado a partir del año 2009. Las coberturas a partir del año 2009 han sido superiores al 90%, con un porcentaje alto de afiliación en el régimen contributivo; la población no afiliada no ha superado el 10% en el período revisado. Ver Gráfico 7.

8. ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

8.1. Morbilidad

Al revisar el perfil de morbilidad del municipio de Medellín proveniente del servicio de consulta externa, se observa un porcentaje muy bajo de frecuencia de uso de población rural. De igual forma, la población femenina registra un mayor porcentaje en la consulta, al igual que la población de 15 a 44 años. Resalta la disminución a partir del año 2010 de la frecuencia de uso en consulta externa en el grupo de menores de un año y el incremento de más del 100% en la frecuencia del grupo de mayores de 60 años.

Tabla 4. Morbilidad consultada. Consulta externa. Medellín. 2007-2011

MORBILIDAD CONSULTADA. CONSULTA EXTERNA. MEDELLÍN 2007-2011					
VARIABLE	AÑO				
	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL	2025763	1036391	1931223	3341791	97126
URBANO	98,5%	97,7%	99,1%	98,5%	97,4%
RURAL	1,5%	2,2%	0,9%	1,5%	2,6%
HOMBRES	34,9%	37,7%	38,0%	34,8%	45,1%
MUJERES	65,1%	62,3%	62,0%	65,2%	54,9%
< 1 AÑO	10,4%	13,4%	11,5%	2,9%	2,9%
1 A 4	5,8%	5,1%	7,4%	7,6%	2,6%
5 A 14	5,3%	6,0%	5,7%	8,3%	2,8%
15 A 44	41,8%	34,6%	39,4%	36,6%	43,1%
45 A 59	24,5%	22,6%	22,3%	20,4%	22,1%
> 60	12,3%	18,3%	13,7%	24,2%	26,3%

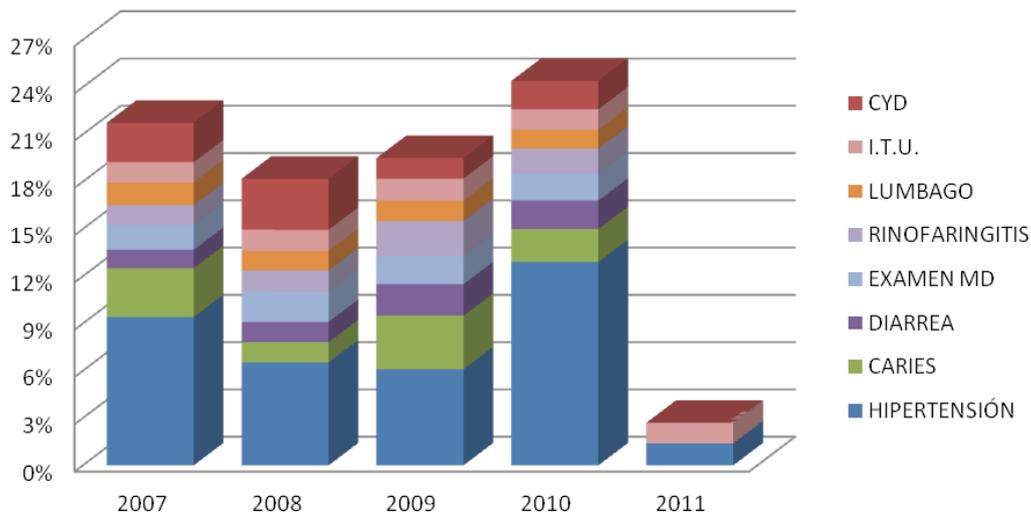
Fuente: Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (SSSPSA).

Las principales causas de consulta de este servicio, registran como principal diagnóstico la hipertensión arterial, esencial primaria con porcentajes que alcanzan hasta el 12% del total de las consultas. Resalta también la caries dental que en algunos años ha sido la segunda causa de consulta en la población medellinense. El programa de crecimiento y desarrollo se consolida como el programa de detección

temprana más representativo del municipio al hacer parte del perfil de consulta y estar entre el segundo y el cuarto lugar en la lista. Llama la atención que las consultas por enfermedades transmisibles como la diarrea y el resfriado común ocupan un lugar importante en el listado de las 10 primeras causas de consulta.

Al analizar el comportamiento de las consultas del servicio de urgencias, al igual que en la consulta externa, el mayor porcentaje es para la población urbana, así mismo; las mujeres son las que más frecuentemente hacen uso de este servicio en el municipio de Medellín. El grupo de 15 a 44 años es el más representativo, le sigue el grupo de mayores de 60 años. Llama la atención comparado con otros municipios, la poca disminución en la frecuencia de consulta de los grupos menores de 15 años. Ver gráfico 8.

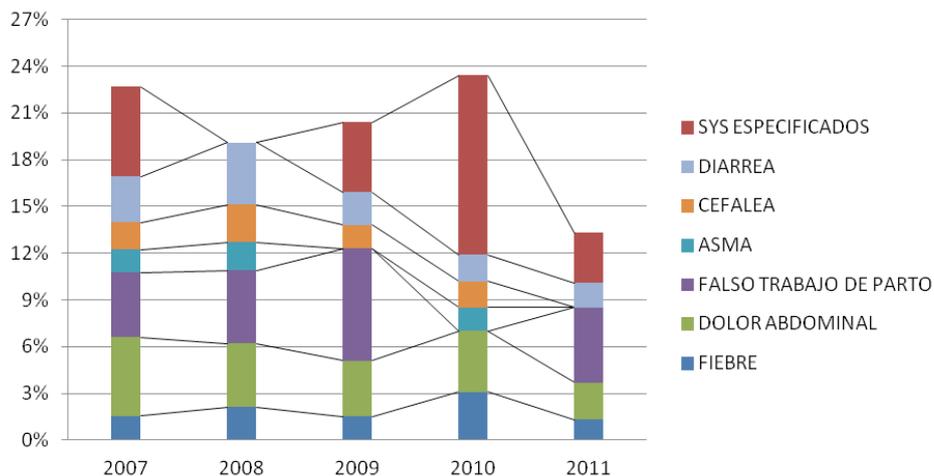
Gráfico 8. Distribución porcentual principales causas de consulta externa. Medellín. 2007-2011



Fuente: Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (SSSPSA).

Al analizar las principales causas de consulta por el servicio de urgencias, el dolor abdominal, el falso trabajo de parto, la fiebre y otros signos y síntomas especificados, son las causas más consistentes para el municipio de Medellín. Resalta la frecuencia de consulta por diarrea en los servicios de urgencias. Ver Gráfico 9.

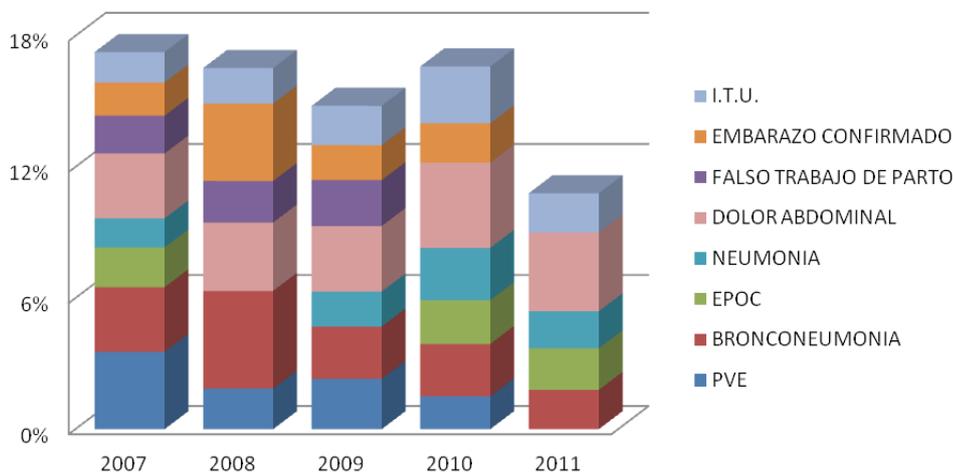
Gráfico 9. Distribución porcentual principales causas de consulta urgencias. Medellín. 2007-2011



Fuente: Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (SSSPSA).

Por último, el perfil de morbilidad proveniente del servicio de hospitalización, evidencia un comportamiento similar que los servicios de consulta externa y urgencias en relación con la zona de residencia, el sexo y el grupo de edad. En la revisión de las principales causas, se encuentra que la bronconeumonía, el dolor abdominal y la infección urinaria son las causas más consistentes de hospitalización durante el período revisado. Siguen apareciendo aunque con tendencia a disminuir la atención del parto y empieza a aparecer la enfermedad pulmonar obstructiva crónica como causa importante de hospitalización, siendo esta la única enfermedad crónica del listado. Ver Gráfico 10.

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



Fuente: Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (SSSPSA).

8.2. Cambios en la mortalidad

Tabla 5. Tasa de mortalidad por mil habitantes.
Medellín. Comparativo. 2005-2013

	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	Tasa x Mil habitantes																
Medellín	11143	5,0	11597	5,2	11514	5,1	12158	5,3	12943	5,6	13142	5,6	12560	5,3	12255	5,1	11945	4,9
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. (SSPSA).

La tasa de mortalidad para el municipio de Medellín muestra un comportamiento por encima de 5,0, a excepción del año 2013 en el que su valor fue de 4,94. Destaca así mismo el hecho de que la tasa municipal se encuentra por encima de la correspondiente a las escalas metropolitana y departamental. Ver Gráfico 11.

Gráfico 11. Tasa bruta de mortalidad, Medellín. 2005-2013



Fuente: Observatorio Metropolitano de Información. AMVA.

8.3. Principales causas de mortalidad

Tabla 6. Tasa de mortalidad por causa. Medellín. 2005-2013

Tasa por causa de mortalidad	2005	2007	2009	2011	2013
Mortalidad infantil en menores de 1 año	12,10	11,32	10,29	9,10	9,08
Mortalidad infantil en menores de 5 años	3,21	3,09	2,70	2,09	2,02
Mortalidad por cáncer de cuello uterino	6,75	5,76	5,87	6,06	5,55
Mortalidad por cáncer de mama	12,56	14,11	15,66	16,36	16,88
Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	4,05	1,37	0,68	0,00	0,00
Mortalidad por homicidio	35,63	33,37	93,51	67,43	37,98
Mortalidad por infarto agudo de miocardio	62,72	65,42	65,07	63,42	67,26
Mortalidad por suicidio	5,96	4,68	5,39	4,69	4,88
Mortalidad por tuberculosis pulmonar	1,76	2,96	2,46	3,38	3,19
Mortalidad por VIH-SIDA	7,00	6,05	5,78	5,66	6,25

Fuente: Observatorio Metropolitano de Información. AMVA.

La tasa de mortalidad por causa, como se observa en la Tabla 6, evidencia que para la ciudad de Medellín la mortalidad por infarto agudo de miocardio es la de mayor preponderancia, con valores que oscilan entre 62 y 67; a excepción de los años 2009 y 2011 en los que los homicidios fueron la causa principal (93,51 y 67,43 respectivamente).

Otro aspecto relevante en relación con la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, es que a diferencia de municipios como Envigado y Sabaneta cuyos valores corresponden a 0,0 para todos los años, Medellín presenta una disminución paulatina de esta tasa, encontrándose incluso por encima de la tasa del área metropolitana entre los años 2005 y 2009, como puede evidenciarse en el Gráfico 8.

Las principales causas de mortalidad para Medellín incluyen la enfermedad isquémica, los homicidios, las enfermedades crónicas respiratorias, las enfermedades cerebrovasculares y la neumonía. Llama la atención la aparición de dos cánceres en las principales causas de mortalidad del municipio de Medellín, el cáncer de pulmón y el cáncer de estómago.

El municipio de Medellín ha registrado de forma consistente las tasas crudas de mortalidad más altas del Área Metropolitana, aunque para los años 2007, 2008 y 2011 otros municipios han registrado tasas crudas más altas, el cambio porcentual en los últimos cinco años permite realizar esta conclusión.

8.4. Coberturas en vacunación

Al analizar el comportamiento de la cobertura de vacunación con los principales biológicos del PAI, se observa unas coberturas para todos los biológicos por encima del 95%. Resalta la cobertura con BCG,

explicada por la atención de partos de mujeres residentes en otros municipios del Valle de Aburrá. Es importante tener en cuenta que la ciudad concentra el gran porcentaje de atención de partos del Valle de Aburra y es muy posible que por esta razón tenga mayores coberturas en el PAI sobre todo en los biológicos de menores de un año.

Tabla 7. Comportamiento de las coberturas en vacunación. Medellín. 2007-2013

Año	POLIO		DPT		BCG		HEPATITIS B		H.I.B		SRP		FIEBRE AMARILLA	
	3a. Dosis	%	3a. Dosis	%	Dosis Única	%	3a. Dosis	%	3a. Dosis	%	Dosis Única	%	Dosis Única	%
2007	29.428	101,2 %	29.965	103,0 %	41.663	143,2 %	29.892	102,8 %	29.970	103,0 %	31.500	107,5 %	31.654	108,0 %
2008	29.289	101,1 %	29.428	101,6 %	42.379	146,3 %	29.427	101,6 %	29.471	101,8 %	31.929	109,6 %	30.088	103,2 %
2009	28.911	99,9 %	28.961	100,0 %	35.370	122,2 %	29.015	100,2 %	28.962	100,0 %	32.790	112,7 %	32.873	113,0 %
2010	27.666	94,6 %	27.684	94,6 %	32.418	110,8 %	27.660	94,6 %	27.683	94,6 %	28.546	97,9 %	21.079	72,3 %
2011	25.350	85,8 %	25.354	85,8 %	34.396	116,4 %	25.273	85,6 %	25.357	85,8 %	29.821	101,8 %	31.728	108,4 %
2012	25.293	87,2 %	25.341	87,4 %	33.389	115,1 %	25.348	87,4 %	25.352	87,4 %	26.253	91,2 %	26.013	90,4 %
2013	24.978	87,7 %	25.006	87,8 %	30.372	106,6 %	25.018	87,8 %	25.018	87,8 %	26.633	94,2 %	26.333	93,1 %

Fuente: Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (SSSPSA).

Fuente: Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (SSSPSA).

La cobertura de vacunación en el municipio de Medellín, presenta una disminución progresiva entre los años 2007 y 2013, pasando de valores por encima del 100% a porcentajes que oscilan entre el 87% y el 94% para el año 2013. Ver Tabla 7.

8.5. Principales eventos de interés en salud pública

En la Tabla 8 se resume el número de casos de algunos eventos de interés en salud pública en los últimos cinco años. Llama la atención el aumento sostenido de los casos de tuberculosis pulmonar, el reporte de intento de suicidio que arroja cifras en aumento año tras año y la persistencia de casos de sífilis congénita.

Tabla 8: Comportamiento del número de casos de algunos eventos de interés en salud pública. Medellín. 2007-2013

COMPORTAMIENTO DEL NÚMERO DE CASOS DE ALGUNOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA. MEDELLÍN. 2007 - 2013							
EVENTO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
VIH	454	462	539	484	635	650	693
PREVALENCIA VIH	0,131	0,150	0,171	0,190	0,215	0,272	0,287
SIFILIS CONGÉNITA	129	135	84	85	60	66	55
TUBERCULOSIS PULMONAR	736	837	887	1162	1316	1174	1311
INTENTO DE SUICIDIO	---	638	1100	1071	1631	1831	1722
DENGUE	2495	180	399	15782	828	721	2537

Fuente: Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (SSSPSA).

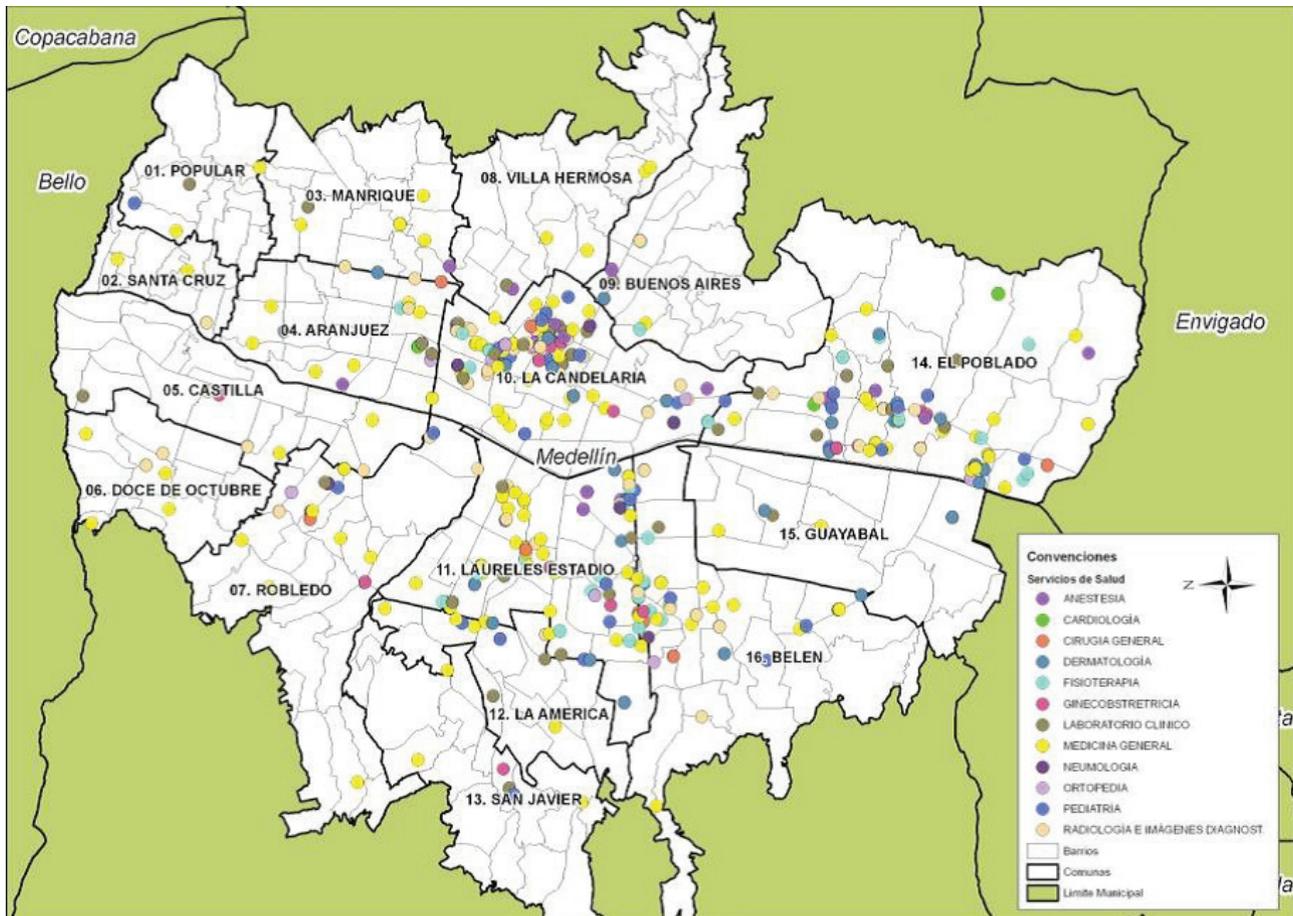
9. DIAGNÓSTICO DE RED EN SALUD DEL MUNICIPIO

Según el último estudio realizado en el año 2011 para establecer el diagnóstico de la demanda, la oferta y déficit de servicios de salud en la ciudad Medellín, en la actualidad, Medellín cuenta con 850 Instituciones habilitadas para la prestación de servicios de salud, de las cuales 457 son de baja complejidad (53.8%), 365 de mediana complejidad (42.9%) y 28 (3.3%) de alta complejidad.

Del total de instituciones habilitadas el 77.4% son instituciones privadas con ánimo de lucro; 48 (5.6%) corresponden a la red pública municipal conformada por dos Empresas Sociales del Estado, El Hospital General de Medellín, entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa que presta servicios de salud de alta complejidad y la Empresa Social del Estado (ESE) Metrosalud que presta servicios de primero y segundo nivel de complejidad, conformada por 47 puntos de atención (10 hospitales y 37 centros de salud) ubicados estratégicamente en todas las zonas de la ciudad; en ellas se brindan servicios de salud a la población más vulnerable adscrita al régimen subsidiado de salud, que son aproximadamente 900 000 personas.

De acuerdo con los resultados del Diagnóstico, el índice de camas hospitalarias del municipio de Medellín es de 22 por 10 mil habitantes y de 14.3 para el departamento, valores superiores a los del país (10 camas por 10 mil habitantes). Según este estudio, el municipio de Medellín cuenta en la actualidad con 5.154 camas generales (60% del total de camas del departamento), 426 camas de cuidado intensivo (UCI) y 408.

Figura 2. Georreferenciación de los servicios de salud según especialidad.
Medellín 2013



Fuente: Dirección Técnica de Planeación. Secretaría de Salud. Alcaldía de Medellín

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas en Medellín, según su naturaleza jurídica, a junio de 2012 se observa en la Tabla 9.

Tabla 9. Número de instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS. Medellín.

Naturaleza jurídica	Total	Porcentaje
Privado con ánimo de lucro	819	78,6
Privado sin ánimo de lucro	137	13,1
Pública	82	7,9
Mixta	4	0,4

Fuente: Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, bases de datos Habilitación. Información preliminar sujeta a ajustes por las continuas novedades que reportan las IPS. Procesamiento: Secretaría de Salud de Medellín publicada en el libro de indicadores de salud 2011.

Adicionalmente, a junio de 2012 el número de profesionales independientes habilitados en la ciudad de Medellín según datos de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia eran 5.013, la tabla siguiente muestra la cantidad y el porcentaje de profesionales por área.

Tabla 10. Número de servicios habilitados por profesional independiente. Medellín.

Servicio habilitado por el Profesional Independiente	Total	%
Odontología general	914	18,2
Toma e interpretaciones de radiologías odontológicas	660	13,2
Medicina general	337	6,7
Ortodoncia	312	6,2
Ginecobstetricia	176	3,5
Oftalmología	175	3,5
Medicina alternativa - terapia alternativa	148	3,0
Psicología	146	2,9
Otras consultas de especialidad	133	2,7
Ortopedia y/o traumatología	127	2,5
Medicina interna	115	2,3
Cirugía plástica y estética	108	2,2
Cirugía general	96	1,9
Dermatología	95	1,9
Otorrinolaringología	93	1,9
Rehabilitación oral	90	1,8
Odontopediatría	88	1,8
Fisioterapia	83	1,7
Periodoncia	80	1,6
Pediatría	78	1,6
Psiquiatría	64	1,3
Urología	57	1,1

Servicio habilitado por el Profesional Independiente	Total	%
Endodoncia	55	1,1
Nutrición y dietética	55	1,1
Optometría	50	1,0
Centros y servicios de estética	45	0,9
Sala general de procedimientos menores	45	0,9
Otros Servicios	588	11,7
Total por comunas	5013	100

Fuente: Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia, bases de datos Habilitación. Información preliminar sujeta a ajustes por las continuas novedades que reportan las IPS. Procesamiento: Secretaría de Salud de Medellín publicada en el libro de indicadores de salud 2011.

Tabla 11. Oferta de camas y salas de atención declaradas por las IPS de Medellín, según su naturaleza jurídica. Junio de 2012

Descripción	Naturaleza Jurídica de las IPS				Total general	%	
	Privado con Ánimo de Lucro	Privado sin Ánimo de Lucro	Pública	Mixta			
Camas	Adultos	769	1374	452	524	3119	54,1
	Pediátricas	131	399	133	32	695	12,1
	Obstetricia	143	188	117	34	482	8,4
	Cuidado Intermedio Adulto	72	117	29	44	262	4,5
	Cuidado Intensivo Adulto	91	121	36	32	280	4,9
	Farmacodependencia	-	130	63	-	193	3,4
	Salud Mental Psiquiatría	59	68	-	-	127	2,2
	Cuidado Intermedio Neonatal	29	80	39	-	148	2,6
	Cuidado Intensivo Neonatal	27	35	8	-	70	1,2
	Cuidado Intensivo Pediátrico	-	24	8	-	32	0,6
	Cuidado Intermedio Mental	16	-	-	-	16	0,3
	Cuidado Intermedio Pediátrico	3	11	-	-	14	0,2
	Cuidado Agudo Mental	12	-	-	-	12	0,2
	Quemados Pediátrico	-	15	-	-	15	0,3
	Quemados Adultos	-	17	-	-	17	0,3
	Total	1352	2579	885	666	5482	95,2

Descripción		Naturaleza Jurídica de las IPS				Total general	%
		Privado con Ánimo de Lucro	Privado sin Ánimo de Lucro	Pública	Mixta		
Salas	Salas de Partos	7	10	10	-	27	0,5
	Salas de Quirófano	116	103	15	17	251	4,4
	Total	123	113	25	17	278	4,8
TOTAL GENERAL		1475	2692	910	683	5760	100

Fuente: Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia, bases de datos Habilitación. Información preliminar sujeta a ajustes por las continuas novedades que reportan las IPS. Procesamiento: Secretaría de Salud de Medellín publicada en el libro de indicadores de salud 2011.

10. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE CARÁCTER PÚBLICO

El municipio de Medellín cuenta con 58 IPS de carácter público y 1662 de carácter privado, de acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, la cual se encuentra adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 12. Instituciones Prestadoras de Salud de carácter público. Medellín.

Instituciones Prestadoras de Salud de carácter público	E.S.E. Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez
	Hospital Infantil Concejo de Medellín
	E.S.E. Hospital Carisma
	E.S.E. Hospital La María
	IPS CAPRECOM RM Medellín
	E.S.E. Metrosalud y sus UPSS y Centros de Salud
	Unidad Hospitalaria de Belén Héctor Abad Gómez
	Unidad Hospitalaria de Manrique Hermenegildo de Fex
	Unidad Hospitalaria del Doce de Octubre Luis Carlos Galán Sarmiento
	Unidad Hospitalaria de Castilla Jaime Tobón Arbeláez
	Unidad Hospitalaria Santa Cruz
	Unidad Prestadora de Servicios de Salud de San Antonio de Prado Diego Echavarría Misas
	Unidad Prestadora de Servicios de Salud de San Cristóbal
	Unidad Prestadora de Servicios de Salud de San Javier
	Unidad Prestadora de Servicios de Salud de Buenos Aires Braulio Henao
	Centro de Salud de Altavista
	Centro de Salud de Guayabal
	Centro de Salud Trinidad
	Centro de Salud Belén Rincón
	Centro de Salud Salvador
	Centro de Salud Santa Elena
	Centro de Salud Enciso
	Centro de Salud Loreto
	Centro de Salud Villatina
	Centro de Salud Sol de Oriente
	Centro de Salud San Lorenzo
	Centro de Salud Carpinelo
	Centro de Salud San Blas

Instituciones Prestadoras de Salud de carácter público	Centro de Salud El Raizal
	Centro de Salud Moravia
	Centro de Salud Aranjuez
	Centro de Salud Villa del Socorro
	Centro de Salud Popular
	Centro de Salud Pablo VI – E.S.E. Metrosalud
	Centro de Salud Civitón
	Centro de Salud Pichacho
	Centro de Salud Santander
	Centro de Salud San Camilo
	Centro de Salud El Triunfo
	Centro de Salud Robledo
	Centro de Salud Florencia
	Centro de Salud Alfonso López
	Centro de Salud Santa Rosa de Lima
	Centro de Salud Estadio
	Centro de Salud Luis Javier García
	Centro de Salud La Loma
	Centro de Salud Villa Laura
	Centro de Salud Palmitas
	Centro de Salud Margaritas
	Centro de Salud El Limonar
Centro de Salud del Poblado	
Centro de Salud Llanaditas	

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria.

11. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD

Mediante Acuerdo Municipal No 752 DE 1994 Metrosalud se convierte en Empresa Social del Estado, cuyo objeto es la prestación de servicios de salud como servicio público a cargo del municipio de Medellín y como parte del servicios público de seguridad social establecido en la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios.

Tabla 13: Plataforma Estratégica. ESE Metrosalud. 2014

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

Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

Tabla 14: Capacidad Instalada. ESE Metrosalud. 2014

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

Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

Tabla 15: Recursos Humanos. ESE Metrosalud. 2014

CARGO	CANTIDAD
Auxiliar administrativo	245
Auxiliar enfermería	482
Auxiliar salud oral	128
Auxiliar en servicios farmacéuticos	31
Auxiliar de laboratorio clínico	11
Enfermeras	142
Bacteriólogos	33
Camillero	12
Conductor de ambulancia	25
Conductor t.l.	11
Director hospital	10
Encargado(a) de oficios varios	73
Gerente general	1
Líder de programa	25
Médico especialista	11
Médico general	361
Odontólogo	143
Celaduría o vigilancia	32
Preparadora de alimentos	13
Profesional especializado	18
Psicólogos	8
Trabajadores sociales	9
Profesional universitario	68
Nutricionistas	7
Profesional universitario área	49
Secretaria	32
Regentes de farmacia	23
Subgerente	2
Técnicos estadísticos	9
Técnicos radiología	10
Técnico operativo	93
Total general	2117

Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

Tabla 16: Portafolio de Servicios. ESE Metrosalud. 2014

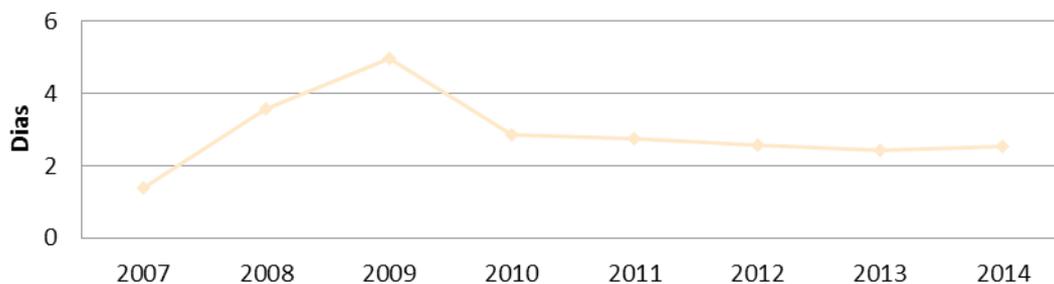
SERVICIOS
Medicina General , Odontología
Laboratorio, Radiología, Ecografía , Mamografía
Endoscopia, Colonoscopia, Rectosigmoidoscopia
Cirugía General, Ortopedia
Ginecoobstetricia , Urología
Otorrinolaringología
Oftalmología
Nutrición
Psicología

Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

12. INDICADORES

12.1. Indicadores de calidad

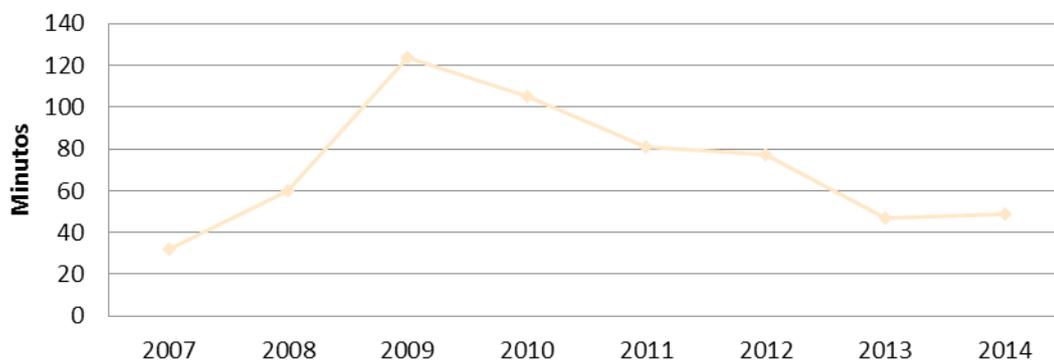
Gráfico 12. Comportamiento de la oportunidad en la asignación de cita médica general. ESE Metrosalud. 2007-2014



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

La oportunidad en la asignación de cita médica general cumple con los estándares nacionales, máximo tres días, desde el año 2010. Ver Gráfico 12.

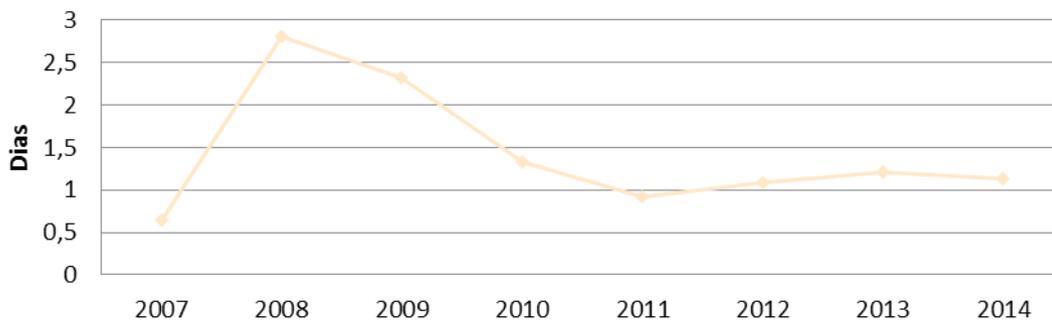
Gráfico 13. Comportamiento de la oportunidad en la consulta de urgencias. ESE Metrosalud. 2007-2014



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

La oportunidad en la consulta de urgencias ha mejorado progresivamente desde el año 2010, manteniéndose en alrededor de 50 minutos en los dos últimos años evaluados. Ver Gráfico 13.

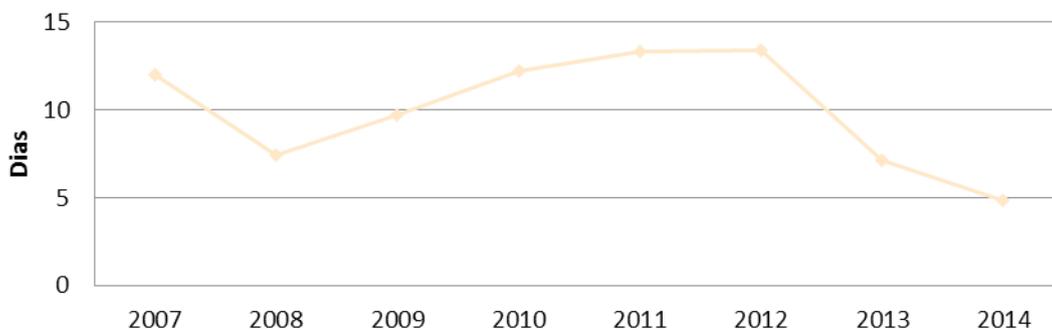
Gráfico 14. Comportamiento de la oportunidad en la atención de servicios de imagenología. ESE Metrosalud. 2007-2014



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud

Se tiene un proceso de mejoramiento continuo desde el 2008 en la oportunidad en la atención en los servicios de imagenología, al pasar de casi 3 días en el 2008 a alrededor de un día desde el año 2011. Ver Gráfico 14.

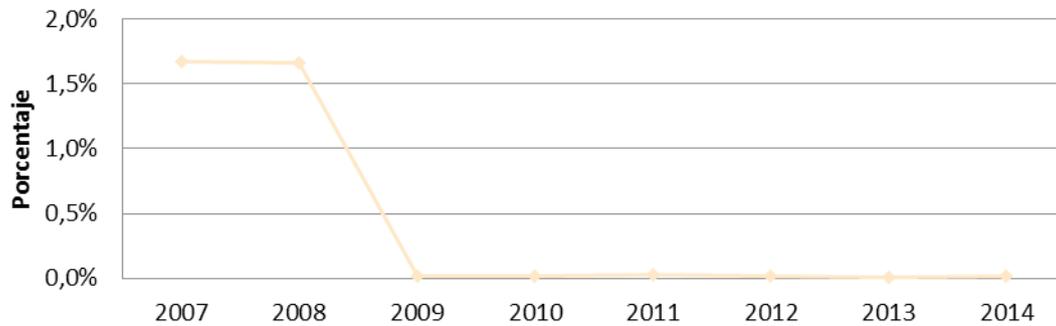
Gráfico 15. Comportamiento de la oportunidad en la asignación de cita odontológica. ESE Metrosalud. 2007-2014



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

La oportunidad en la asignación de citas de odontología se deterioró desde el año 2008, al pasar de 7 días en ese año a 13 días en los años 2011 y 2012, pero desde entonces ha mejorado progresivamente. Es posible que los tipos y volúmenes de contratación tengan que ver con el incumplimiento de este indicador. Ver Gráfico 15

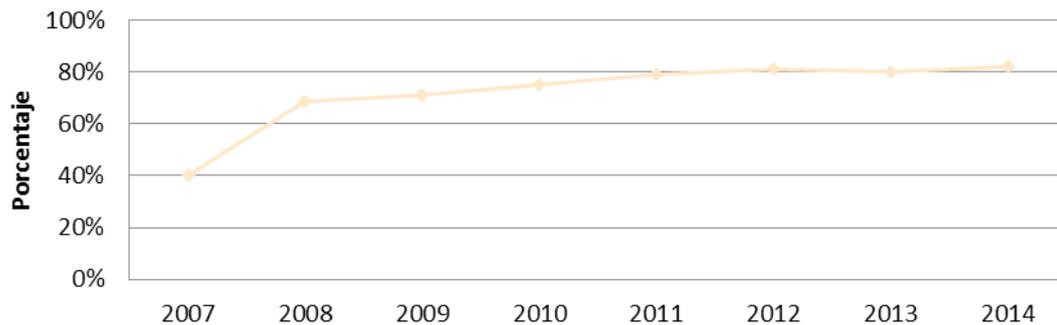
Gráfico 16. Comportamiento de la tasa de reingreso de paciente hospitalizado. ESE Metrosalud. 2007-2014



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

Desde el año 2009 se observa un porcentaje de cero en la tasa de reingreso de pacientes hospitalizados. Aunque pudiera sugerir una alta calidad del servicio prestado, valdría la pena revisar la situación porque se puede estar subregistrando los casos o los pacientes consultan en otras instituciones de salud. Ver Gráfico 16.

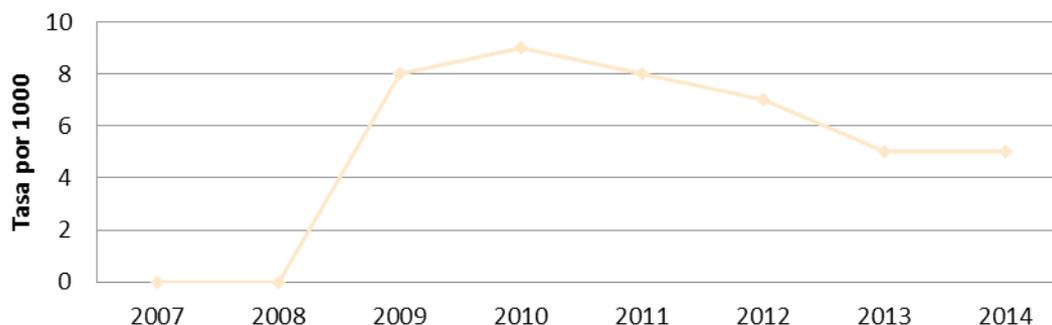
Gráfico 17. Comportamiento de la proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada. ESE Metrosalud. 2007-2014



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

Se observa un mejoramiento progresivo de la proporción de pacientes con hipertensión controlada desde el año 2007, manteniéndose por alrededor del 80% en los últimos cuatro años evaluados. Ver Gráfico 17.

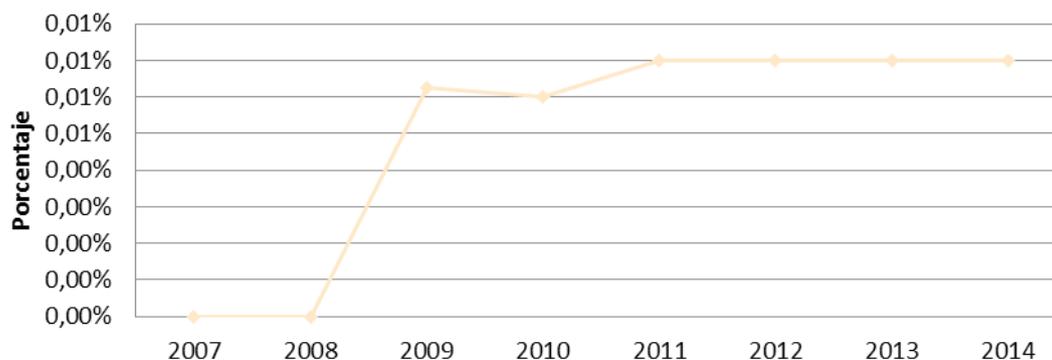
Gráfico 18. Comportamiento de la tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas. ESE Metrosalud. 2007-2014



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

La tasa de mortalidad intrahospitalaria creció de manera importante desde el 2008 hasta el año 2010, desde una tasa de cero, a una de 8 muertes por cada mil egresos hospitalarios en los años 2009, 2010 y 2011, pero con disminución progresiva y sostenida hasta el 2014. Es posible que esta situación se deba a la complejidad de las patologías atendidas y a las dificultades para ubicar los pacientes en instituciones de mayor complejidad. Ver Gráfico 18.

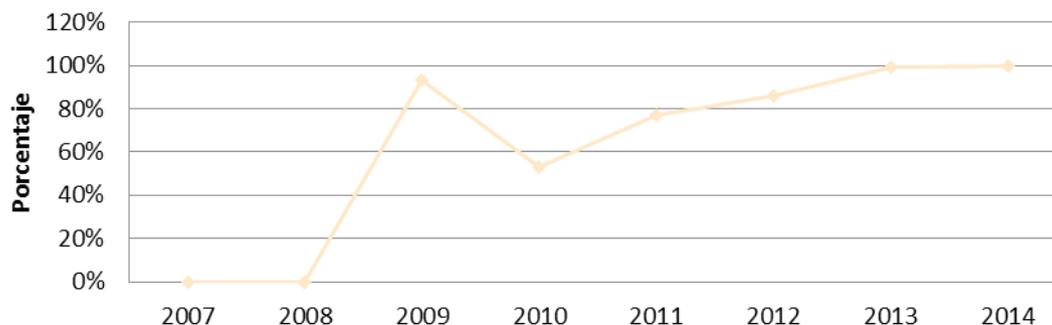
Gráfico 19. Comportamiento de la tasa de infección intrahospitalaria. ESE Metrosalud. 2007-2014



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

La tasa de infección intrahospitalaria en la institución es muy baja en el último quinquenio, prácticamente de cero, indicador que refleja calidad en los servicios prestados. Se sugiere revisar bien el indicador porque es probable que exista un subregistro de casos o de búsqueda activa de los mismos. Ver Gráfico 19.

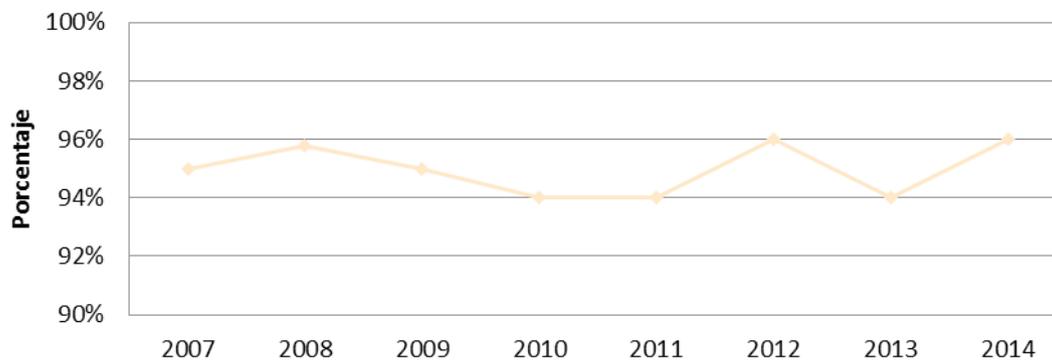
Gráfico 20. Comportamiento de la proporción de vigilancia de eventos adversos. ESE Medellín. 2007-2014



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

La vigilancia de eventos adversos alcanzó el 100% apenas en los últimos dos años evaluados. Se recomienda vigilar el 100% de los eventos adversos presentados porque este indicador refleja calidad en la prestación de los servicios y seguridad en la atención del paciente. Ver Gráfico 20.

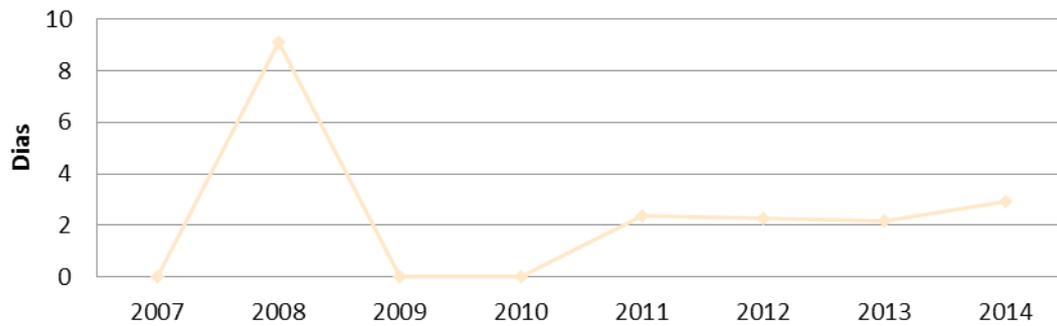
Gráfico 21. Comportamiento de la tasa de satisfacción global. ESE Medellín. 2007-2014



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En general, la tasa de satisfacción global de los pacientes atendidos en la institución es buena, manteniéndose entre el 94% y el 96%, reflejando buena aceptación por los servicios prestados, Ver Gráfico 21.

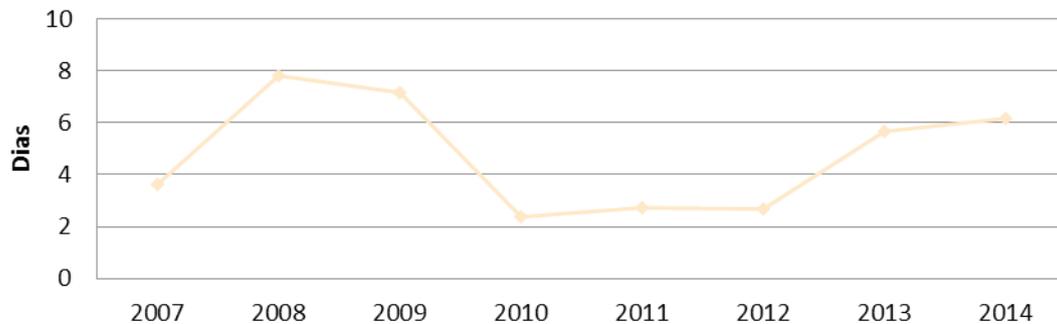
Gráfico 22. Comportamiento de la oportunidad de asignación de cita especialista Medicina Interna. ESE Metrosalud. 2007-2014



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

El indicador de oportunidad en la asignación de cita médica especializada de medicina interna ha tenido un comportamiento estable en los últimos cuatro años evaluados. Ver Gráfico 22.

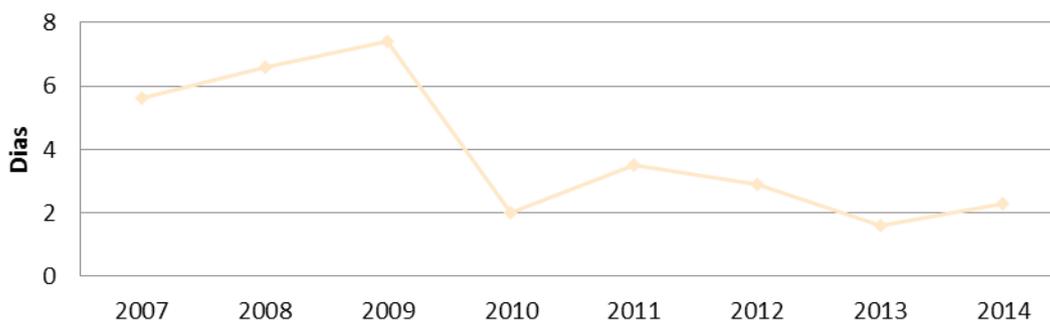
Gráfico 23. Comportamiento de la oportunidad de asignación de cita especialista Ginecoobstetricia. ESE Metrosalud. 2007-2014



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

La oportunidad en la asignación de cita médica especializada de ginecoobstetricia ha tenido variaciones, manteniéndose alrededor de tres días para los últimos dos años evaluados, probablemente debido al programa de maternidad segura que lidera la institución y la administración municipal. Ver Gráfico 23.

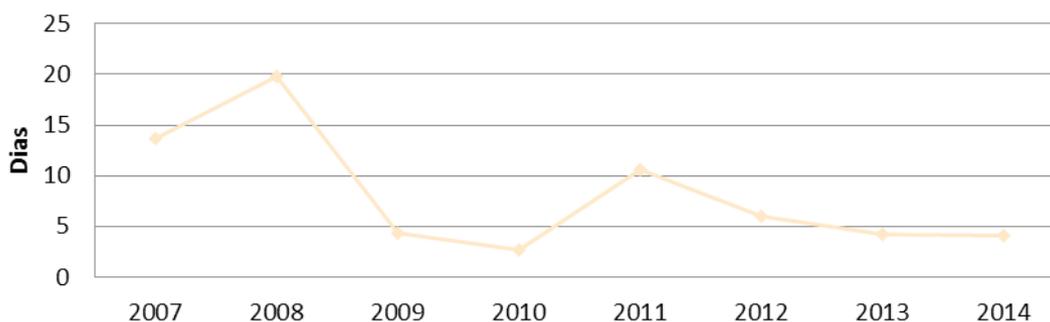
Gráfico 24. Comportamiento de la oportunidad de asignación de cita especialista Pediatría. ESE Metrosalud. 2007-2014



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

Se presentó un mejoramiento progresivo desde el año 2009 en la oportunidad en la asignación de cita médica especializada de pediatría. Se cumple con las exigencias nacionales alrededor de este indicador. Ver Gráfico 24.

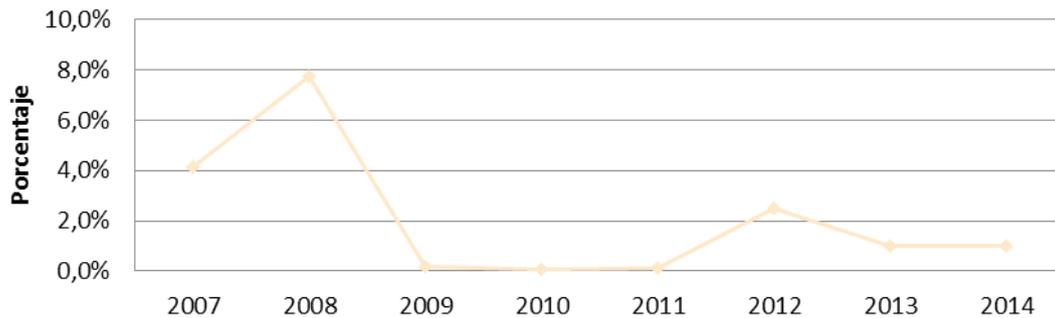
Gráfico 25. Comportamiento de la oportunidad de asignación de cita especialista Cirugía General. ESE Metrosalud. 2007-2014



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

La cita médica especializada de cirugía general mejoró en oportunidad desde el año 2008, con un leve ascenso en el año 2011. Se ha mantenido estable, alrededor de cinco días, en los últimos tres años evaluados. Ver Gráfico 25.

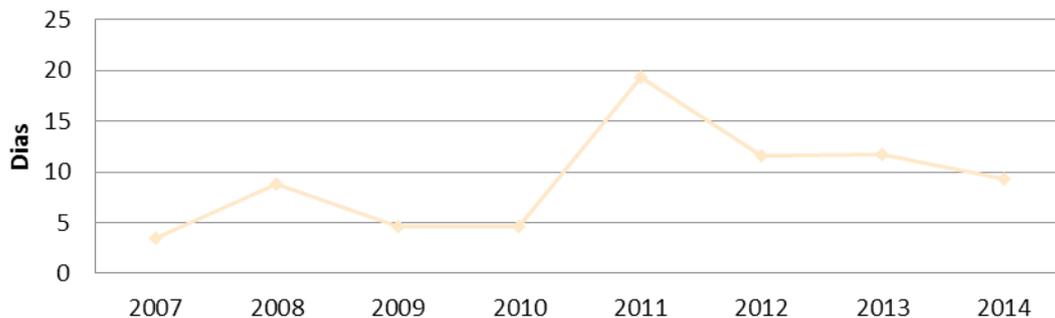
Gráfico 26. Comportamiento de la proporción de cirugía programada. Metrosalud. 2007-2014



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

Se observa una proporción de cancelación de cirugía programada de cero en los años 2009, 2010 y 2011, con un leve ascenso en los últimos tres años evaluados, situación que sugiere subregistro de este indicador. Se recomienda revisar este indicador de calidad en la prestación de los servicios. Ver Gráfico 26.

Gráfico 27. Comportamiento de la oportunidad en la realización de cirugía programada. Metrosalud. 2007-2014

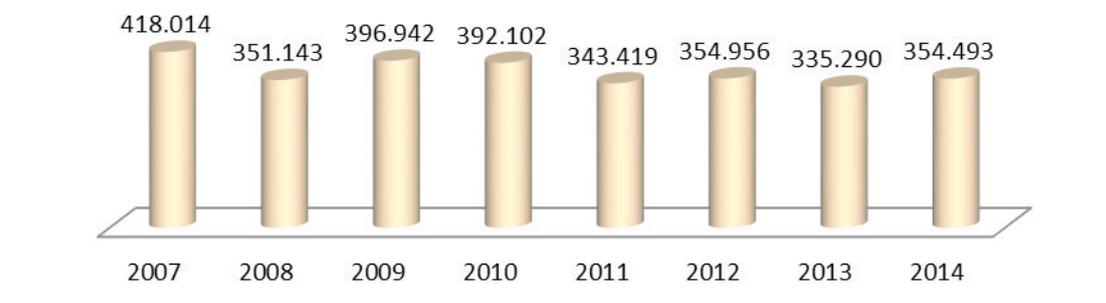


Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

Se observa un deterioro importante en el indicador de oportunidad en la realización de cirugía programada desde el año 2011, cuando alcanzó un promedio 20 días, pero continúa a la baja desde entonces. Ver Gráfico 27.

12.2. Indicadores de producción

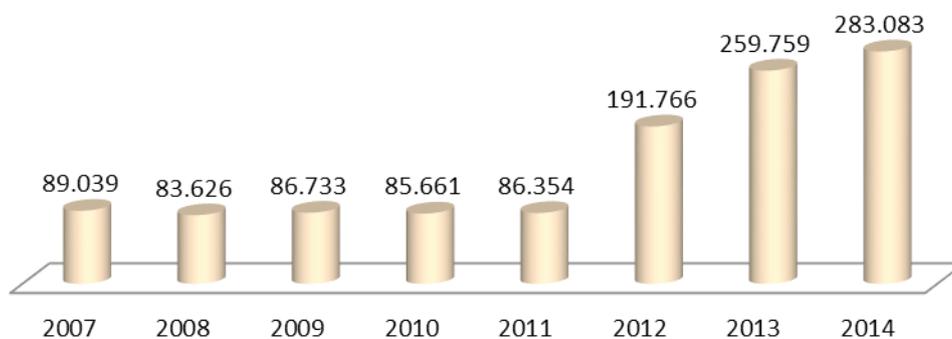
Gráfico 28. Comportamiento de los biológicos PAI aplicados. ESE Metrosalud. 2007-2014



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

Se observa una estabilización en el número de biológicos aplicados en los últimos cuatro años evaluados. Ver Gráfico 28.

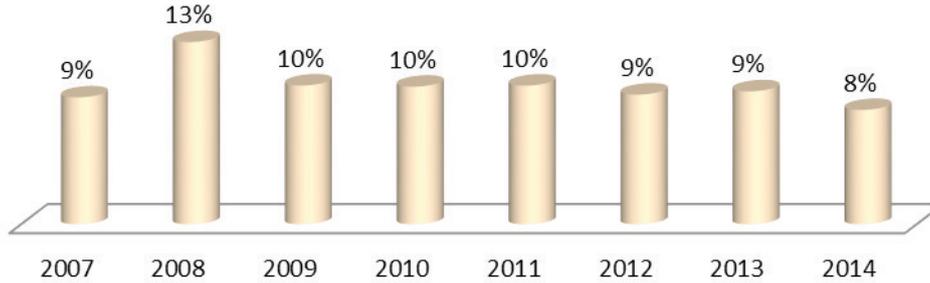
Gráfico 29. Comportamiento de las consultas de enfermería. ESE Metrosalud. 2007-2014



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

El total de controles de enfermería aumenta significativa y progresivamente desde el año 2012. Este indicador puede verse afectado por los tipos y montos de la contratación. Ver Gráfico 29.

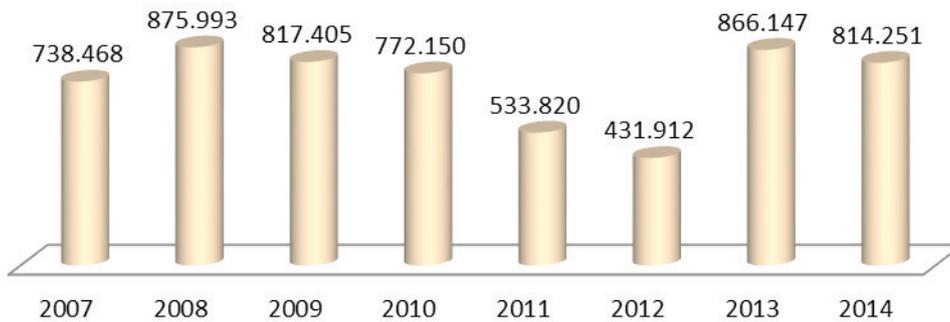
**Gráfico 30. Comportamiento de la cobertura estimada con citología.
ESE Metrosalud. 2007-2014**



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

La cobertura de citología en mujeres de 25 a 69 años se ha mantenido alrededor del 10%, un indicador bajo para la población asignada. Ver Gráfico 30.

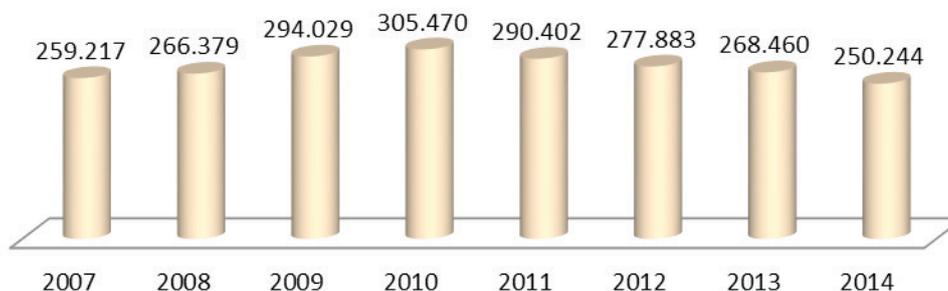
**Gráfico 31. Comportamiento del total de consultas de medicina general.
ESE Metrosalud. 2007-2014**



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

El total de consulta médica general descendió de manera importante en los años 2011 y 2012, con un aumento significativo para los años 2013 y 2014. Es posible que los tipos y montos de la contratación, así como algunos cambios en los horarios de atención, expliquen este comportamiento. Ver Gráfico 31.

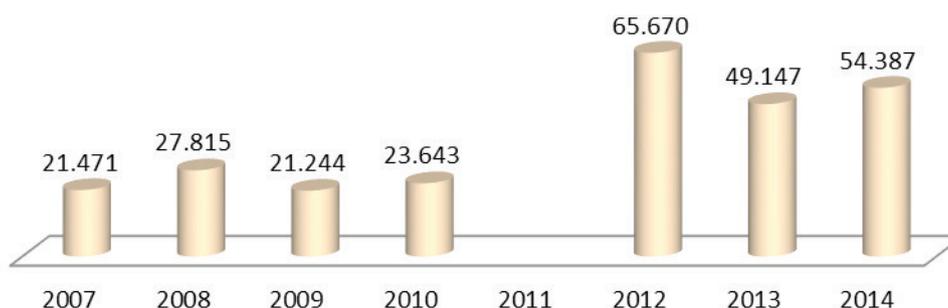
**Gráfico 32. Comportamiento del total de consultas de urgencias.
ESE Metrosalud. 2007-2014**



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

Se observa un promedio de 276.000 consultas de urgencias al año en el período evaluado, con un leve descenso en los dos últimos años, lo que está en concordancia con el aumento significativo de la consulta externa en los dos últimos años, sugiriendo una mejora en la capacidad resolutoria de la institución. Al igual que el indicador anterior, es posible que los tipos y montos de la contratación, así como algunos cambios en los horarios de atención, expliquen en parte esta reducción. Ver Gráfico 32.

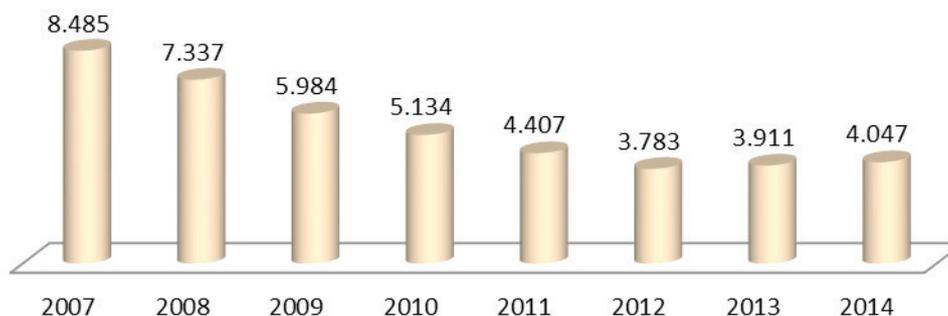
**Gráfico 33. Comportamiento del total de consultas de especialistas.
ESE Metrosalud. 2007-2014**



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

El total de consultas por especialista no tiene la información del 2011, aunque se revisaron varias fuentes de información. En los últimos tres años evaluados se presentó un incremento significativo respecto del período anterior al año 2010, mejorando la producción de la institución para ese año. Ver Gráfico 33.

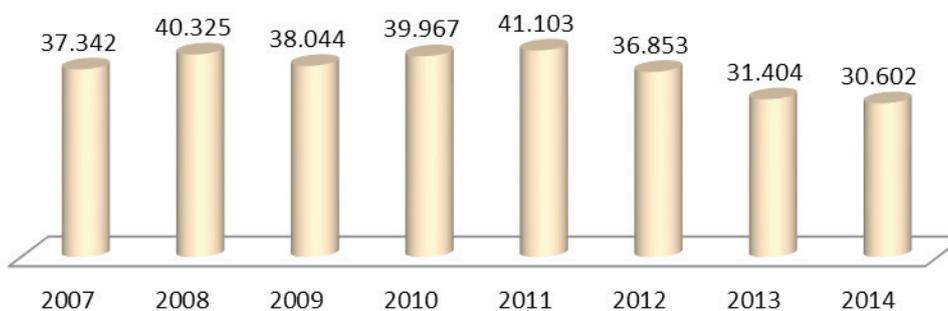
**Gráfico 34. Comportamiento del total de partos vaginales.
ESE Metrosalud. 2007-2014**



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

El total de partos vaginales presenta una reducción importante y progresiva desde el 2007, aunque se ha estabilizado en los últimos cuatro años. Además de la reducción en la tasa de natalidad, dicha reducción puede estar asociada a los tipos y montos de contratación. Ver Gráfico 34.

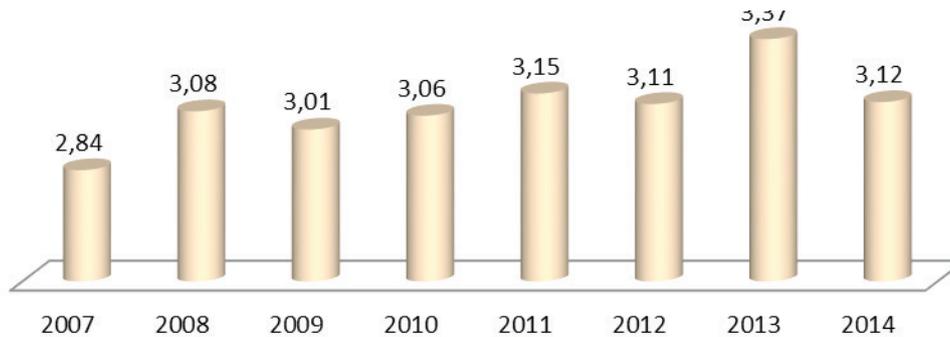
**Gráfico 35. Comportamiento del total de egresos hospitalarios.
ESE Metrosalud. 2007-2014**



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

El total de egresos hospitalarios está disminuyendo desde el año 2012, a pesar del incremento de las atenciones por especialistas en el mismo período. Ver Gráfico 35.

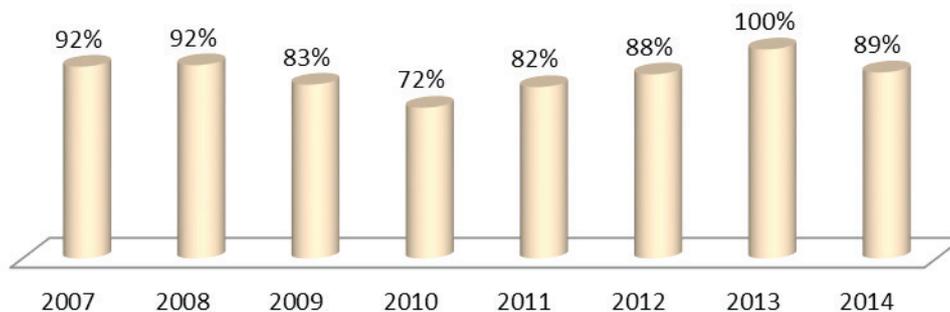
**Gráfico 36. Comportamiento del promedio días estancia.
ESE Metrosalud. 2007-2014**



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

El promedio día estancia en el período evaluado es de tres días, adecuado para el tipo de patologías que atiende una institución de esta complejidad. Ver Gráfico 36.

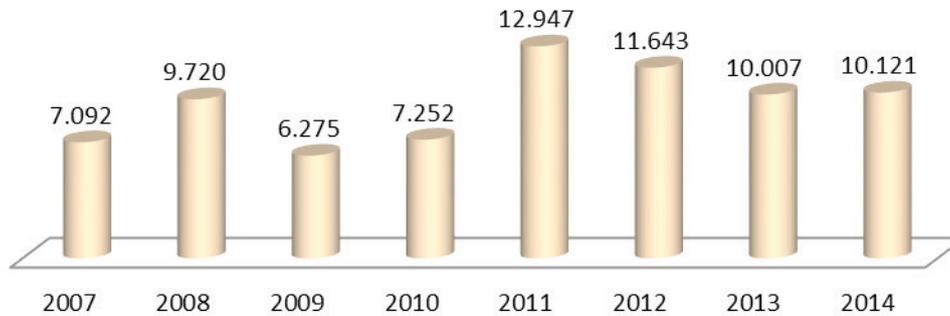
**Gráfico 37. Comportamiento del porcentaje ocupacional.
ESE Metrosalud. 2007-2014**



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

El porcentaje ocupacional aumenta de manera significativa en los últimos tres años del período evaluado. Es posible que los tipos y montos de contratación, lo mismo que el aumento de las atenciones de especialistas, expliquen en parte el comportamiento de este indicador. Ver Gráfico 37

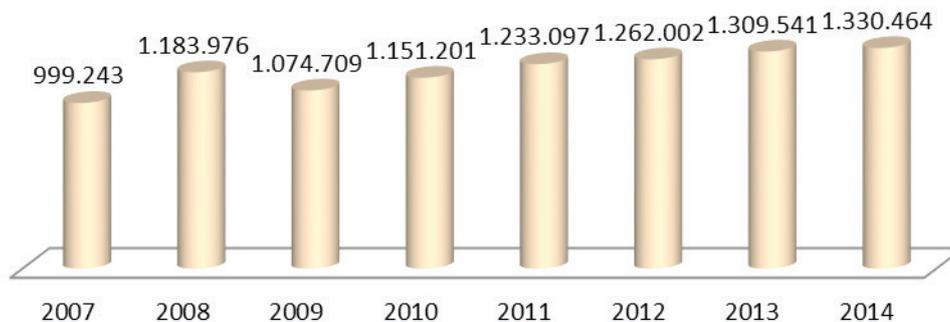
**Gráfico 38. Comportamiento del total de cirugías.
ESE Metrosalud. 2007-2014**



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

El número total de cirugías creció de manera importante en el 2011, 78% más en comparación con el 2010, y desde entonces se ha amntenido estable, es decir que el crecimiento en la producción se explica por el aumento de la atención de las especialidades, especialmente cirugía. Ver Gráfico 38.

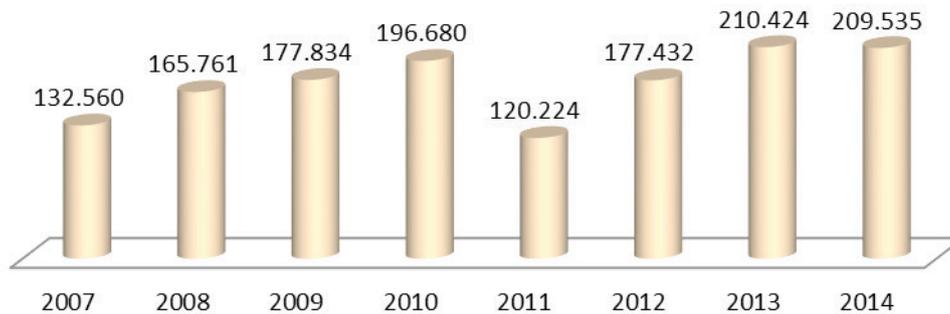
**Gráfico 39. Comportamiento del total de exámenes de laboratorio.
ESE Metrosalud. 2007-2014**



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

El total de exámenes de laboratorio ha aumentado de manera progresiva desde el año 2010, probablemente asociado al incremento en la producción de las especialidades. Ver Gráfico 39.

**Gráfico 40. Comportamiento del total de imágenes diagnósticas.
ESE Metrosalud. 2007-2014**

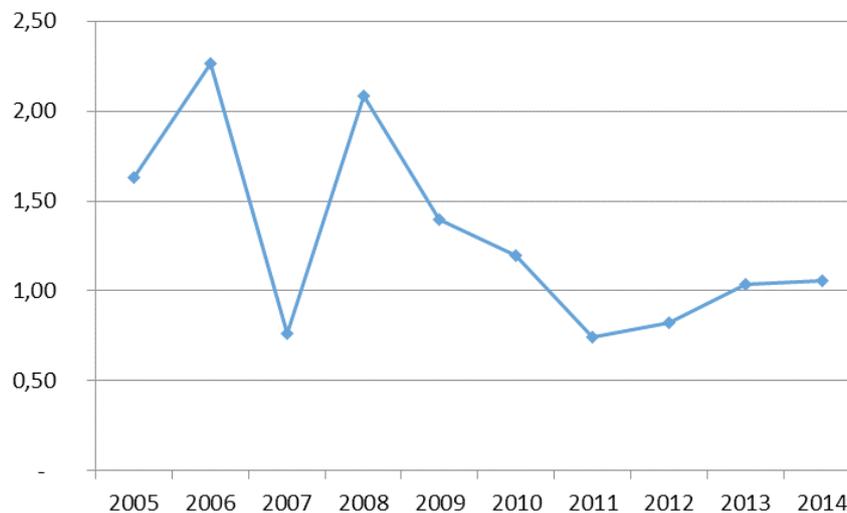


Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

El total de imágenes diagnósticas aumentó de manera significativa desde el año 2012, situación que es coherente con el incremento en la producción de las especialidades. Ver Gráfico 40.

12.3. Indicadores financieros

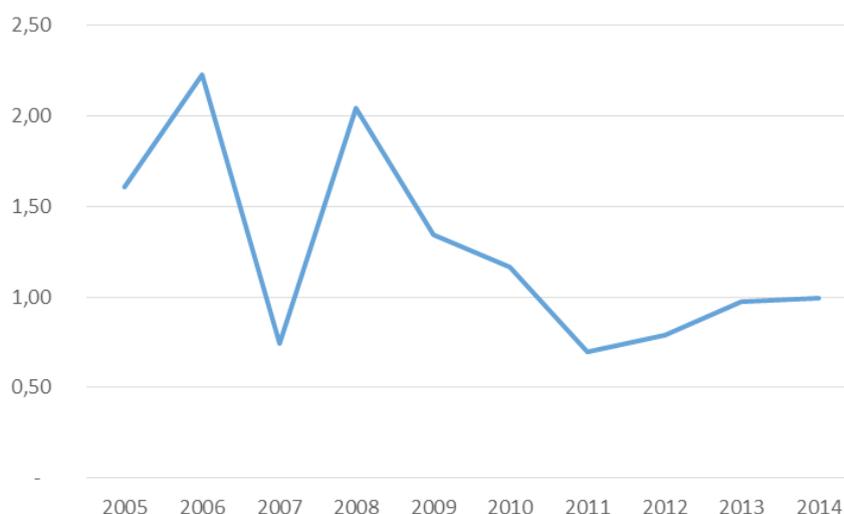
**Gráfico 41. Comportamiento del índice de liquidez.
ESE Metrosalud. 2007-2014**



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

En el 2008 por cada peso que se debía se tenían dos pesos con nueve centavos para cubrirlo (2,9). En el año 2011, por cada peso que se debe en el corto plazo solo se tenían sesenta y cuatro centavos (0,64). Y durante los dos últimos años se ha tenido poco más de un peso. La tendencia global es que la institución a partir del año 2008 ha tenido problemas de liquidez que se agravan año tras año, lo cual puede afectar el pago de proveedores y los pagos laborales. Ver Gráfico 41.

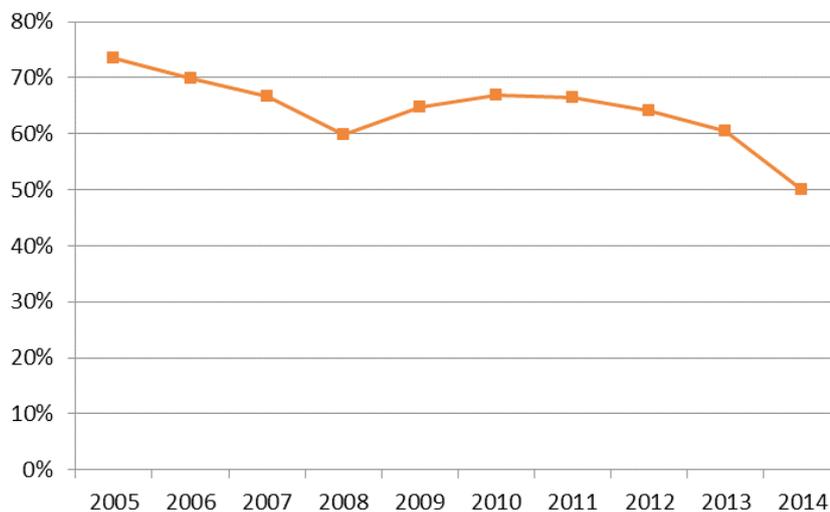
Gráfico 42. Comportamiento de la prueba ácida. ESE Metrosalud. 2007-2014



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

Se observa crecimiento de los inventarios, lo cual es un indicador de baja rotación e ineficiencia, porque la tendencia actual es tener inventarios bajos para evitar riesgos (Hurto, Vencimientos, etc) y optimizar los recursos, no tener recursos congelados en estanterías que podrían aprovecharse en otros rubros. Un comportamiento coherente con el índice de liquidez. Ver Gráfico 42.

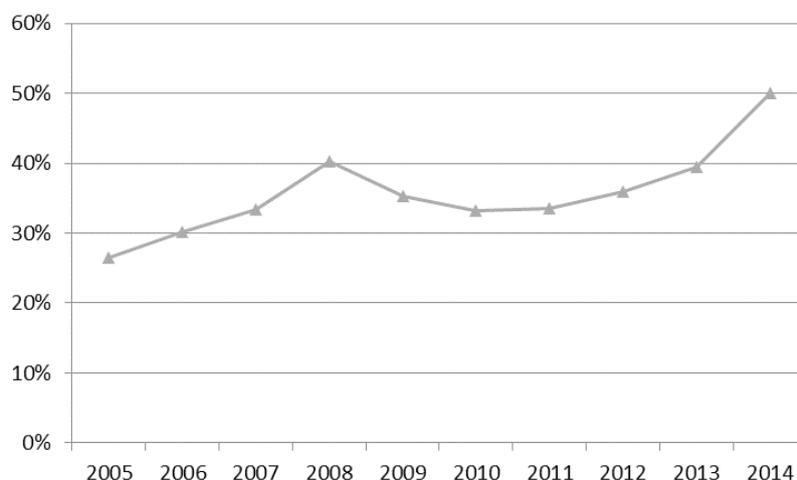
Gráfico 43. Comportamiento del índice de endeudamiento. Metrosalud. 2007-2014



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

El índice de endeudamiento muestra un descenso progresivo desde el año 2012, alcanzando el 50% en el año 2005. Ver Gráfico 43.

Gráfico 44. Comportamiento del índice de propiedad. ESE Metrosalud. 2007-2014



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

El índice de propiedad muestra que la empresa es propiedad de sus dueños en un 50% de acuerdo con las cifras del año 2014, el otro 50% es financiado por terceros, llámense proveedores o empleados, debido al alto pasivo prestacional. Ver Gráfico 44

Gráfico 45. Comportamiento del capital de trabajo. ESE Metrosalud. 2007-2014



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Minsalud.

El Capital de trabajo es positivo los dos últimos años, después de un deterioro importante en los dos años previos, 2011 y 2012. Ver Gráfico 45.

13. CONCLUSIONES

- El municipio de Medellín cuenta con la dependencia Secretaría de Salud para cumplir las competencias del sector salud, tiene una estructura completa y acorde para el cumplimiento de las competencias misionales. Igualmente cuenta con el mayor porcentaje de la Red de Prestadores de Salud del Valle de Aburrá y el Departamento.
- Disminución de los grupos poblacionales menores de 14 años como consecuencia de la disminución de la fecundidad en la mayoría de grupos de mujeres en edad fértil y un incremento sostenido en la población mayor de 60 años. Situación que refleja la transición demográfica que están atravesando todas las poblaciones a nivel mundial.
- La cobertura del Sistema General de Seguridad Social en salud -SGSSS en el municipio es alta, superior al 90%. Presenta coberturas altas en el régimen contributivo cercanas al 70%.
- En cuanto al perfil epidemiológico del municipio, en el tema de morbilidad el principal motivo de consulta para la población es la hipertensión arterial, la caries y las consultas por el 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 (HTA, EPOC) asociado al incremento de la expectativa de vida y la transición demográfica. De igual manera, en el perfil de mortalidad predominan las muertes por enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades crónicas respiratorias, las enfermedades cerebrovasculares y la neumonía.
- Existe un número importante de funcionarios contratados mediante contratos de prestación de servicios que realizan actividades misionales en la organización.
- Existe un número importante de funcionarios contratados a través de terceros que realizan actividades misionales en la ESE.
- 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 40% 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 un aumento en la producción y en el uso de la capacidad instalada de la ESE en los últimos años, se destaca una reducción en el número de partos atendidos y el aumento del porcentaje ocupacional.
- Se presenta, en general, un deterioro de los principales indicadores financieros de la ESE, con leve mejoría en los dos últimos años, por lo cual fue clasificada con riesgo alto de acuerdo con la Resolución 2509 de 2012.

14. RECOMENDACIONES

- Continuar fortaleciendo las estrategias de articulación e integración del sector salud en el territorio para involucrar a todos los actores especialmente las EPS, IPS, y profesionales de la salud, con el fin de ejercer la rectoría de salud. De igual manera, fortalecer el componente de asistencia técnica desde la Secretaria hacia los actores.
- Formular planes de y programas en salud orientados a dar respuesta a los cambios demográficos y del perfil de morbilidad del municipio para impactar positivamente la calidad de vida y la salud de la población.
- Continuar desarrollando acciones que permitan mejorar la integralidad de los sistemas de información de la Secretaria de Salud que permitan disponer de datos oportunos y confiables para la toma de decisiones.
- Fortalecer la estrategia de APS según la reglamentación de la Ley 1438 de 2011, para acercar las acciones de salud a la comunidad, con énfasis en promoción y prevención y facilitar la participación social, ajustado a los requerimientos actuales de la comunidad y de la prestación de servicios de salud, al perfil de morbilidad de la población y a la transición demográfica; con el propósito de que sea una estrategia que articule los actores y desarrolle el trabajo de cada una de las líneas priorizadas para hacer una adecuada gestión del riesgo en salud y de esta manera mejorar los indicadores.
- Se deben buscar alternativas para garantizar la vinculación de las personas que realizan actividades misionales en la organización y evitar las demandas o litigios laborales.
- Se recomienda estructurar un modelo de APS más ajustado a los requerimientos actuales de la comunidad y de la prestación de servicios de salud, redundado en la mejorara del impacto en salud y en el ajuste de la institución a este nuevo modelo.
- 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 financieros. Implementar algunas de las propuestas anteriores puedan ayudar a cumplir con el ajuste financiero.

CAPÍTULO 2 DOCUMENTACIÓN

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

PRESENTACIÓN

De todos los recién nacidos, el humano es el más indefenso. Posee escaso comportamiento innato, a partir de este punto debe adquirirlo todo. Todo a partir de cero. Es la educación la que sustentará la tarea fundamental”

Pierre P. GrasseToi, ce petit dieu.

La implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en el municipio de Medellín es considerada como una necesidad para disminuir las inequidades en salud, sobre todo en lo que se refiere al acceso a los servicios de salud y a las asimetrías sanitarias que permanecen en la ciudad, evidenciadas de manera distinta en cada comuna o corregimiento del territorio municipal.

La Secretaría de Salud municipal ha tomado la decisión de desarrollar e incorporar el modelo de “Medellín Ciudad Saludable”, y dentro de este modelo se insertan en las acciones de salud pública y de interés colectivo varios conceptos que, sustentados en la estrategia de APS, fortalecerán la presencia en todo el territorio municipal a través de unas acciones basadas en un enfoque de derechos, ciclo vital y entornos saludables. Esta decisión y adopción conceptual, favorecerá de manera importante un acercamiento de los servicios de salud y en particular las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a los lugares y espacios, en los cuales los ciudadanos desarrollan sus actividades cotidianas, tales como su sitio de trabajo, su espacio escolar y educativo, sus ambientes comunitarios, su hogar y por supuesto las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Serán los esfuerzos intersectoriales y el concurso de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social y Salud (SGSSS), lo que posibilite tanto los cambios necesarios en el modelo de prestación de servicios relacionados con las acciones individuales y colectivas, como el abordaje integral de las problemáticas que la ciudad enfrenta en el tema de salud pública y sus determinantes.

El presente documento es un ejercicio con el cual se pretende describir de manera organizada los elementos metodológicos y conceptuales que dan cuenta de la implementación del modelo “Medellín Ciudad Saludable” y el programa “Salud en el Hogar”, como una estrategia con enfoque de APS, que responde tanto a asuntos programáticos del actual gobierno, como a un interés especial de atender los asuntos relacionados con la salud pública en el entorno del Hogar Saludable.

1. ADOPCIÓN Y ADAPTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LA CIUDAD DE MEDELLIN

1.1. Modelo de gestión: Medellín Ciudad para la Vida

Como parte del avance de la concepción de Medellín como una ciudad para la vida, la Alcaldía de Medellín, desarrolla un modelo de gestión estratégica de ciudad, que reconoce su construcción fundamentada en la historia de varios planes de desarrollo y recoge esos esfuerzos en el Plan de Desarrollo 2012 – 2015 “Medellín, un hogar para la vida”, generando así una ruta estratégica para Medellín, que madura mientras la ciudad se adentra a los encuentros que nacen en el seno del “VII Foro Urbano Mundial”. Ver: Ilustración 2.

Ilustración 2. Visión estratégica de la Alcaldía de Medellín.



Fuente: Instituto Social de Vivienda y Hábitat, 2014, p. 173.

El proyecto de “Ciudad Vigente” piensa en Medellín como una Ciudad para la Vida, comprende una ciudad que transitó del miedo a la esperanza y que hoy camina hacia la consolidación del tejido de una comunidad más humana, más libre, más feliz y más justa. Este proyecto está soportado en la fundamental y verdadera transformación cultural de fondo que se requiere: la revolución de la equidad. Este modelo estratégico de ciudad tiene unos principios rectores que son: transparencia, participación, innovación, resiliencia y no violencia, estos principios son la plataforma que soporta la visión estratégica de ciudad y abren paso a una mirada de sectores con la lógica del desarrollo humano y la equidad.

Es así como emergen las cinco dimensiones sectoriales que impactan directamente en el desarrollo integral para una Medellín para la Vida: educación y cultura; institucionalidad y justicia; hábitat sostenible; inclusión y bienestar; y desarrollo económico con equidad. De cada una de estas dimensiones sectoriales nacen los conceptos de las cinco ciudades que conforman el concepto de ciudades para la vida.

Ciudad Escuela: comprender la ciudad como un ecosistema educativo que supera la visión del aula de clase y de la institución educativa, para, de manera intencional, hacer de la ciudad el escenario universal de aprendizaje y de ejercicio ciudadano. La educación, la cultura y la estética son herramientas para lograr la equidad y el desarrollo humano; y fundamentalmente son la base para un proyecto ético de ciudad.

Ciudad Segura: una mirada dinámica e integral sobre las condiciones que determinan la seguridad en la ciudad está mediada por la relación entre la legalidad y el ejercicio de la justicia.

Ciudad Sostenible: un territorio sostenible, ordenado, equitativo e incluyente; contiene grandes proyectos, desde la ampliación de medios eficientes y limpios de movilidad urbana. En cada uno de estos proyectos de ciudad se ejerce la construcción social del hábitat y de urbanismo pedagógico, al partir de las condiciones y características de la comunidad asentada en el territorio.

Ciudad Empleo: al generar progreso, innovación, competitividad y trabajo decente, se potencia el desarrollo económico de la ciudad-región, a través del fortalecimiento de sus capacidades y su estructura productiva; pero es necesario hacerlo sin perder la perspectiva de propender siempre por la equidad y el equilibrio territorial y poblacional. En la búsqueda de esa ciudad para la vida, el proyecto económico del territorio debe definir criterios que atiendan la disminución de brechas en equidad y competitividad.

Ciudad Saludable: toda ciudad para la vida debe acompañar a sus habitantes en el desarrollo de sus potencialidades, para formar un tejido vital que permita hacer conquistas como la inclusión y el bienestar general. La ciudad debe construirse a partir de dos criterios fundamentales: la equidad territorial y la equidad humana.

Como legado al mundo y resultado de los encuentros y debates en el marco del Séptimo Foro Urbano Mundial ONU -Hábitat, esta es la ciudad que propone Medellín:

Un territorio para la vida y la equidad, que complementa esta mirada multidimensional con una gestión territorial activa y siempre dispuesta a la discusión, el diálogo cohesionado y la deliberación pública.” (Instituto Social de Vivienda y Hábitat, 2014, p. 182)

1.2. Modelo Medellín Ciudad Saludable

Para lograr el objetivo superior de la Ciudad Saludable, es necesario el desarrollo de acciones intersectoriales y participativas en el territorio, logrando gestionar políticas, programas y proyectos que estén orientados hacia el logro de cada una de las características identificadas, con mayor preferencia y énfasis en las priorizadas por la ciudadanía. Esto requiere un verdadero liderazgo de la Alcaldía de Medellín, la Secretaría de Salud y la consolidación de un movimiento ciudadano en torno al objetivo superior de Ciudad Saludable. Así el logro de estos propósitos se considera como lo dice la OMS “Salud en todas las Políticas”, el verdadero trabajo transectorial, para abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud.

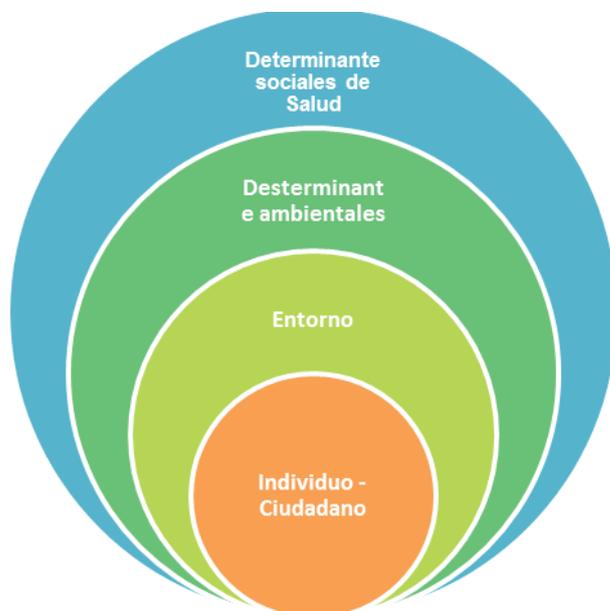
Es fundamental considerar que las intervenciones y las acciones deben estar orientadas a la disminución de las desigualdades y las brechas de la inequidad en salud. Es así como la OMS en su informe en el 2009, hace una declaración que nos orienta sobre la necesidad de abordar estos aspectos, afirmando que las desigualdades en la forma en que está organizada la sociedad, hacen que las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud estén mal distribuidas dentro de una misma sociedad y entre distintas sociedades. Esas desigualdades se observan en las condiciones de vida de la primera infancia, la escolarización, la naturaleza del empleo y las condiciones de trabajo, las características físicas del medio construido y la calidad del medio natural en que vive la población.

Igualmente, plantea que según el carácter de cada entorno, las condiciones físicas, el apoyo psicosocial y los esquemas de conducta variarán para cada grupo, haciéndoles más o menos vulnerables a la enfermedad. La estratificación social también crea disparidades en el acceso al sistema de salud y en su utilización, lo que da lugar a desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades y las posibilidades de restablecimiento y supervivencia tras una enfermedad.

Medellín no es ajena a estas consideraciones, según los análisis situacionales de salud que se realizan en la Secretaría de Salud (el cual puede consultarse en el Observatorio de Salud Ciudad Saludable en www.medellin.gov.co/salud), se encuentra una clara desigualdad en cada una de los territorios (Comunas), tanto en los aspectos sociales, como en los indicadores en salud, es así como se observa una brecha de desigualdad en los indicadores de calidad de vida entre las comunas con mayor y menor estrato socioeconómico y diferencias similares en indicadores como mortalidad infantil y otros indicadores en salud.

Considerando las características y definiciones de Medellín como una ciudad saludable, se identifican 4 niveles para el abordaje de intervención, con un enfoque de riesgos desarrollado a nivel territorial y por entornos, considerando así mismo los enfoques diferenciales y ciclos vitales. Este abordaje permitirá a Medellín la implementación de lo propuesto en el Plan Decenal de Salud Pública y avanzar en el abordaje de los Determinantes de la Salud, y las disminuciones de brechas en las inequidades en salud.

Ilustración 5. Niveles de intervención de la estrategia “Ciudad Saludable”

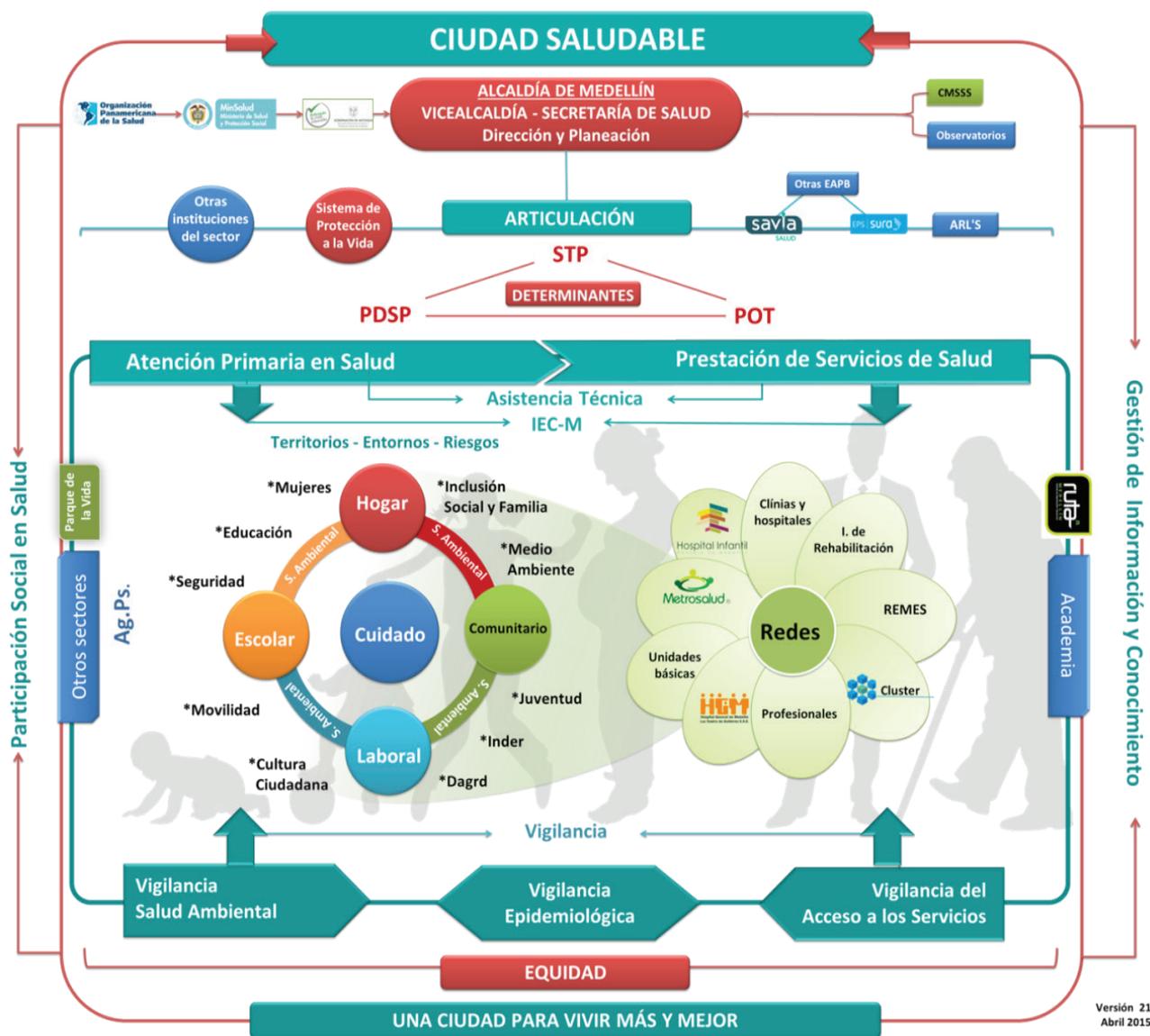


Fuente: Elaboración propia. Secretaría de Salud Medellín. 2014 .

Dicho planteamiento comienza con la intervención del ciudadano como actor social con deberes y derechos, implementando desde el nivel individual y colectivo acciones de promoción de la salud para fomentar el cuidado.

Para lograr lo anterior, se ha trabajado en un modelo de acción liderado por la Secretaría de Salud para la implantación de “Medellín Ciudad Saludable”, teniendo como fuente inicial el Plan Municipal de Salud 2012-2015, el cual está basado en la APS, en consonancia con el Plan Decenal de Salud Pública Nacional 2012 -2021 y enmarcado en el objetivo final que es mejorar la salud, bienestar y calidad de vida de los ciudadanos y ciudadanas.

Ilustración 6. Marco de acción de Medellín Ciudad Saludable



Fuente: Elaboración propia. Secretaría de Salud de Medellín 2015.

Este marco de acción se tiene como premisa inicial el concepto de Ciudad Saludable y su objetivo superior enmarcando allí todas las acciones que se realizan desde el sector salud en la ciudad.

Se tienen como ejes rectores el Ministerio de la Protección Social y la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia que junto con la Administración Municipal tienen la función de la rectoría y direccionamiento del sistema propuesto en este modelo, contando con la asesoría del Consejo Municipal de Seguridad Social y los diferentes observatorios nacionales y regionales.

Se contemplan dos componentes principales: el primero la APS con enfoque de promoción de la salud y gestión de los riesgos con abordaje por entornos y territorio y el segundo enfocado a la Prestación del Servicio de Salud con enfoque de prevención de la enfermedad y disminución de los daños a la salud.

La Atención Primaria, tiene como eje fundamental los individuos y la familia, donde a todos sus integrantes se dirigen las acciones de promoción de la salud y prevención de los factores de riesgo en diferentes entornos de acción: Entorno hogar, entorno escolar, entorno laboral, entorno comunitario y el entorno de instituciones; donde se desarrollan diferentes proyectos direccionados por la Secretaría de Salud y también de otras Secretarías como inclusión social, mujeres, educación, entre otros, los cuales deben estar enmarcadas en la articulación intersectorial para acercar las familias y sus individuos a la oferta no solo de servicios de salud sino de otros sectores con el objetivo de la intervención de determinantes de la salud más cercanos al individuo y mejorar su calidad de vida y lograr que cada familia se convierta en una familia saludable, así mismo en este eje es incluye la participación de los agentes primarios de salud como actores dinamizadores de la atención primaria de salud y de la gestión territorial.

En este punto también es fundamental la presencia del Parque de la Vida, el cual se está considerando como el espacio de discusión principal y el centro de articulación Educación, Empresa y Estado en la ciudad para diseñar, implementar y evaluar estrategias innovadoras de promoción de la salud.

En el ámbito de los entornos donde los individuos y sus familias transcurren su vida diaria, se encuentra un determinante muy importante para la salud, como es el medio ambiente, considerando la acción para su intervención positiva desde un enfoque de salud ambiental, considerando aspectos transversales como la protección del hábitat, el cambio climático, la seguridad sanitaria y la intervención de factores de riesgo ambientales que afectan la salud.

El componente de la prestación de los servicios de salud, está enmarcado en el fortalecimiento de las Redes Metropolitanas de Servicios de Salud (REMES), compuesta por la ESE Metrosalud, como red de atención de primer nivel con enfoque de APS, desarrollando acciones de prevención individuales más el fortalecimiento de la capacidad resolutiva en este nivel. En cuanto al Hospital General de Medellín y el Hospital infantil Concejo de Medellín, junto con las demás IPS privadas de la ciudad, conforman la red de niveles especializados de atención. El primer nivel de atención se articula con los demás niveles a través del proceso de referencia contrarreferencia. En este componente juegan un papel fundamental las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), y principalmente la EPS Saviasalud.

También se considera de vital importancia la inclusión y articulación en este modelo estratégico y operativo de ciudad saludable, al régimen contributivo el cual representa el mayor porcentaje de la población de Medellín, considerando la normatividad y limitaciones que hoy tiene el Sistema General de Seguridad Social en Salud y así lograr la intervención en el 100% de la ciudad. Estos dos componentes se articulan de forma integral a través de los Equipos Básicos de Salud (EBAS) y las Unidades Móviles de Salud, las cuales desarrollan en los territorios, acciones de promoción de la salud, prevención de los factores de riesgo e identificación de los mismos, generando la demanda inducida a los prestadores de salud, articulando y acercando la comunidad a la prestación y atención de los servicios.

Así mismo se considera como un eje articulador Atención pre-hospitalaria, que se encarga de atender las situaciones de urgencia y emergencia que se presentan en cada uno de los ámbitos de la ciudad, con el fin de disminuir los daños a la salud que puedan derivarse de estas situaciones.

Tanto en el componente de atención primaria como en el de prestación de servicios, se debe desarrollar estrategias de asesoría y asistencia técnica en todos los niveles y ámbitos, así como las estrategias comunicacionales de información y educación que tienen cobertura para toda la ciudad y fortalecen el mejoramiento de la cultura del autocuidado, y hacen parte del fortalecimiento de la autoridad sanitaria de la secretaría de salud.

Este modelo requiere la implementación de estrategias de vigilancia en salud a diferentes niveles, es así como se desarrolla la vigilancia de la salud ambiental que se enfoca en los factores de riesgo ambientales y de consumo que afectan la salud de la población, la vigilancia epidemiológica la cual se enfoca en la identificación y el control de los eventos de interés en salud pública, y finalmente la vigilancia al acceso, la cual es fundamental para intervenir las diferentes barreras que tiene la población para la atención en los servicios de salud.

En este modelo hacen parte de la gestión de la salud en Medellín otros sectores como la academia y la innovación, representada esta última en Ruta N, para lograr desde estos, incidir en la intervención de los distintos determinantes sociales y disminuir las brechas de inequidad social que se presentan en la ciudad y afectan las condiciones de salud de la población.

Se consideran como ejes transversales fundamentales la participación social en salud, la cual tiene un papel importante en la promoción de la salud, construcción de tejido social y redes de apoyo comunitario, los cuales se consideran factores protectores en salud. Otro eje transversal es el componente de la planeación, el cual se enfoca no solo en la estructuración de los programas y proyectos, sino también en el seguimiento y la evaluación del modelo tanto de forma global como en los diferentes componentes y programas. Finalmente un pilar fundamental para el seguimiento y articulación de este modelo es el sistema de información, la gestión del conocimiento y el uso de las tecnologías de información y comunicación en salud, que aportará en la construcción y funcionamiento de las redes integrales de servicios de salud, el seguimiento del estado de salud tanto individual como colectivo de la población, y finalmente es un apoyo fundamental para la evaluación y seguimiento de los indicadores establecidos para llegar a una Ciudad Saludable para la vida.

Cada uno de los componentes de este modelo esta soportado en acciones efectivas en los territorios, en las instituciones, los individuos y comunidades a partir de la inversión de los recursos públicos de la ciudad, desarrollados estos a través de programas y proyectos.

En adelante ampliaremos las definiciones conceptuales de cada uno de los elementos que conforman el Modelo Ciudad Saludable, para finalmente introducir de fondo la estrategia Salud en el Hogar .

1.3. Atención Primaria en Salud dentro del modelo “Medellín Ciudad saludable”



Fuente: Construcción propia. Secretaria de Salud de Medellín. (2015).

1.3.1. Territorio Saludable:

Se puede definir Territorios Saludables como:

Una red de entornos interconectados en los cuales los miembros de una familia y de una comunidad viven, estudian, trabajan y se recrean, de modo que se abarque la historicidad y el desarrollo institucional particular de cada comunidad o localidad donde se implementa la Estrategia de Entornos Saludables. Para ello, se requiere que la administración y las comunidades definan procesos sociales que logren la reducción del riesgo, la promoción de factores protectores en salud existentes en los entornos y fomenten procesos de construcción de oportunidades de desarrollo que sean seguras y sostenibles. (Organización Panamericana de la Salud, 2009, p. 28).

Considerando que los territorios y las sociedades son complejos, en la medida que son configurados por una multiplicidad de factores que atraviesan y caracterizan las condiciones de vida de las comunidades que habitan un cierto territorio, en un momento histórico determinado. El territorio no es simplemente el espacio que nos rodea y sus características físicas (valles, montañas, ríos, clima), es producto de la historia de sucesivas sociedades. En este sentido, el concepto de territorio, 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. (Ministerio de la Protección Social, 2009, p. 28).

De acuerdo a lo anterior, la identidad con el territorio, su uso y apropiación, adquieren una importancia considerable al momento de diseñar estrategias conducentes a generar cambios en la vida y la salud de comunidades específicas.

1.3.2. Entornos saludables

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, 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.

Los entornos saludables la OMS los define como 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 salud. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, el hogar, los sitios de estudio, los lugares de trabajo y el esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento. (Organización Mundial de la Salud, 1998, p. 31).

Un entorno saludable alude a un ámbito de la vida que carece o presenta factores de riesgos controlados y prevenibles e incluye factores promotores de la salud y el bienestar. Los entornos saludables son el marco para identificar los factores protectores (físicos y sociales) y comprender como estos contribuyen a la salud, la calidad de vida y el desarrollo humano sostenible y sustentable.

En el modelo de Gestión de Salud para Medellín, se definen 4 entornos Hogar, escuela, trabajo, institucional, comunitario, a continuación se presenta sólo entorno salud en el hogar de la Estrategia de APS:

Entorno Hogar saludable

En la mayoría de la literatura, se confunde las definiciones de hogar y vivienda, siendo utilizadas como sinónimos, es entonces como 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. (Organización Panamericana de la Salud, 2006, p. 20).

"Este espacio incluye: la casa (el refugio físico donde residen individuo), el hogar (el grupo de individuos que viven bajo un mismo techo), el entorno (el ambiente físico y psicosocial inmediatamente exterior a la casa) y la comunidad (el 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" (2006, p. 14).

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.

Así mismo, la Agenda Hábitat presentada en la Conferencia Hábitat II en Estambul en 1996 (UN-HABITAT, 1996), define las características de una "vivienda adecuada". Este concepto es similar al concepto de vivienda saludable:

Una vivienda adecuada significa algo más que tener un techo bajo el que guarecerse. Significa también disponer de un lugar privado, espacio suficiente, accesibilidad física, seguridad adecuada, seguridad de tenencia, estabilidad y durabilidad estructurales, iluminación, calefacción y ventilación suficientes, una infraestructura básica adecuada que incluya servicios de abastecimiento de agua, saneamiento y eliminación de desechos, factores apropiados de calidad del medio ambiente y relacionados con la salud, y un emplazamiento adecuado y con acceso al trabajo y a los servicios básicos, todo ello a un costo razonable. La idoneidad de todos esos factores debe determinarse junto con las personas interesadas, teniendo en cuenta las perspectivas de desarrollo gradual. El criterio de idoneidad suele variar de un país a otro, pues depende de factores culturales, sociales, ambientales y económicos concretos. En ese contexto, deben considerarse los factores relacionados con el sexo y la edad, como el grado de exposición de los niños y las mujeres a las sustancias tóxicas. (Naciones Unidas, 1996, p. 37) Sin embargo es importante considerar que cuando ya se habla no solamente del entorno físico del hogar sino las personas que lo componen, esta definición también tiene muchos matices, para Las Naciones Unidas definen a la familia:

"El hogar no es sólo el medio donde se organiza la sobrevivencia sino también el ámbito de las conexiones afectivas fundamentales, las relaciones sexuales, la reproducción física y social; es el lugar donde se ejercen las responsabilidades y se experimentan las consecuencias de la vida en común. (Cano Zárate, 2007, p. 97).

1.3.3. Ciudadano Saludable:

Ser ciudadano es tener desarrollado el sentido de identidad y pertenencia en el lugar donde se interactúa socialmente en el hábitat donde se desenvuelven los individuos con responsabilidad, derechos y obligaciones. Sin embargo los términos como «ciudadano» y «ciudadanía» no son estables ni admiten una definición única. El término ciudadano puede definirse en términos generales como «Una persona que co-existe en una sociedad". Esto no significa que la idea de ciudadano en relación con el Estado Nación ya no es pertinente o aplicable, sino que, como el Estado Nación ha dejado de ser el único centro de autoridad, ha tenido que darse una definición más general del concepto. Este concepto más extenso de ciudadano y ciudadanía ofrece un posible nuevo modelo para analizar cómo vivimos juntos. Se trata, por tanto, de traspasar los límites de la noción de «Estado Nación» y de

adoptar la de comunidad, que engloba el marco local, nacional, regional e internacional en el que viven las personas. (O.Shea, 2007, p. 7).

Si vinculamos lo anterior con el concepto amplio de salud “La salud como un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, adaptación, autogestión y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades y en armonía con el medio ambiente” (Terris, 1987 falta página), un ciudadano saludable es el individuo que logra un completo estado de desarrollo humano y bienestar, en equilibrio con su hábitat y en armonía con su comunidad, consiente y activo frente a sus responsabilidades y sus derechos.

1.3.4. Autocuidado:

Para cuidar la vida y la salud se requiere del desarrollo de habilidades personales, para optar por decisiones saludables, lo cual constituye uno de los cinco componentes de la promoción de la salud, establecidos en la Primera Conferencia Internacional sobre PS, en Ottawa Canadá, donde se dijo que:

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud y el medio social y natural, y así opte por todo aquello que propicie la salud. (Organización Panamericana de la Salud, 1986, p. 3).

Las estrategias y mecanismos para desarrollar dichas habilidades se relacionan con la autogestión, la educación e información y el autocuidado, mediados por la comunicación. El autocuidado tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida, autocuidado individual, o los que son brindados en grupo, familia, o comunidad, autocuidado colectivo El autocuidado está determinado por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen de ella; estos determinantes se relacionan con los factores protectores para la salud, tanto como con los factores de riesgo que generan, según el caso, prácticas favorables o riesgo para la salud. El personal de salud es el responsable del fomento del autocuidado en las personas, tanto con su testimonio de vida sana como con la educación, como herramienta, para que las personas puedan optar por prácticas favorables a la salud.

Las habilidades personales para vivir determinan el estilo de vida de las personas y la manera como ellas se cuidan. El término “estilo de vida” se refiere a la manera de vivir y a las pautas personales de conducta, que están determinadas por factores sociales, culturales y personales; equivale a las actitudes, hábitos y prácticas individuales o familiares, que pueden influir positiva o negativamente sobre nuestra salud.

1.3.5. Salud Ambiental :

Ambiente es, para cada ser o grupo humano, la totalidad del mundo físico que lo rodea, incluidas las entidades vivientes, los demás seres o grupos humanos y sus interrelaciones. (Ordóñez, 2000, p. 138) Por otro lado la salud ambiental es definida por la OMS como:

La protección ambiental y la reducción de los efectos nocivos del ambiente en la salud se han convertido en requisitos inseparables de los esfuerzos para construir un proceso efectivo y sostenido de desarrollo económico y social. (. . .) El campo de la salud ambiental, sin embargo, no se agota en el conocimiento del impacto del ambiente sobre la salud sino que abarca también el diseño, la organización y la ejecución de acciones tendientes a impedir o a revertir los efectos nocivos del ambiente sobre la salud humana. (2000, p. 138).

Así, según la OMS en 2011:

“La salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es decir, que engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud. Por consiguiente, queda excluido de esta definición cualquier comportamiento no relacionado con el medio ambiente, así como cualquier comportamiento relacionado con el entorno social y económico y con la genética”. (Organización Mundial de la Salud, párr. 1)

Desde el punto de vista de los servicios y acciones de salud pública, la salud ambiental también se refiere a la teoría y la práctica de evaluar y controlar los factores del ambiente que, potencialmente, pueden afectar a la salud.

1.4. Enfoques de la APS para Medellín

El Plan de Salud Municipal integra los diversos enfoques conceptuales, enmarcados en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 y los contemplados en el Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015 para la implementación de la estrategia.

Para ello se articulan los siguientes enfoques:

- **Enfoque de derechos:**

Este enfoque es el orientador de la promoción, garantía y protección de los derechos, su propósito es abordar las desigualdades sociales y problemáticas del desarrollo, corrigiendo aquellas prácticas que obstaculizan la equidad y el progreso de las personas y el territorio.

Con base en este enfoque el Plan de Salud Municipal, orienta el diseño de las acciones dirigidas al bienestar y promoción del derecho fundamental de la salud en toda la población, potenciando la creación de entornos protectores y facilitadores en los cuales la ciudadanía puede vivir sus derechos y deberes para con su salud y ejercer el liderazgo y la corresponsabilidad con la participación activa frente a su proceso de salud.

- **Enfoque poblacional:**

De acuerdo con el Decreto 3039 de 2007 del Ministerio de Salud, se entiende por enfoque poblacional, “las intervenciones en salud simples o combinadas dirigidas a la población en general que buscan modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, que incrementan la

carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad”. Igualmente busca el reconocimiento de las múltiples características de identificación de los habitantes, las cuales les confieren potencialidades y necesidades específicas, que deben ser focalizadas en lineamientos de política, que a través de programas y proyectos, buscarán el desarrollo de los grupos poblacionales:

Por ciclo vital:

- Niñez y Adolescencia
- Juventud
- Adultos
- Adultos mayores

Por características de identificación:

- Género
- Población LGBTI
- Población en situación de calle
- Población en situación carcelaria
- Población víctima de desplazamiento
- Población Afrocolombiana
- Población Indígena
- Población en situación de Discapacidad

• **Enfoque territorial:**

El análisis de la situación de salud con enfoque de equidad (metodología Urban Heart de OMS), da cuenta de las inequidades existentes en las comunas y corregimientos de la ciudad. Estos resultados reflejan el estado de salud de las comunidades y respaldan la necesidad de una planificación y ejecución diferenciada de las estrategias de intervención, que parta de las características y necesidades propias de cada territorio y diseñe con pertinencia las acciones a desarrollar

• **Enfoque de determinantes:**

El Plan de Salud Municipal para el desarrollo de sus estrategias tendrá en cuenta el enfoque de determinantes ambientales, del comportamiento humano, de herencia y de las respuestas de los servicios de salud, como responsables del estado de salud de los individuos y las comunidades. Este abordaje pretende incidir en aquellos factores de riesgo que sean intervenibles.

1.5. Componentes de la Atención Primaria en Salud (APS).

Teniendo en cuenta los componentes de la estrategia de APS, la Secretaría de Salud define el abordaje de cada uno de ellos de la siguiente manera:

Coordinación e integración de acciones de todas las instituciones del Sistema General de Seguridad

Social en Salud presentes en el territorio local:

En este componente se desarrollan actividades dirigidas a mejorar la coordinación interinstitucional para mejorar el acceso a los servicios de salud con calidad, a través de la integración de esfuerzos sectoriales. Para ello se promueve la suscripción de una alianza por la garantía del derecho a la salud, donde se hagan las acciones necesarias para la “construcción e implementación de un modelo único de atención basado en la estrategia de APS, y la operativización a través de las redes territoriales de servicios de salud para el Municipio de Medellín”, en donde se promueve la universalización del aseguramiento y el acceso a la atención en salud integral e integrada.

Gestión territorial de la salud:

En este componente se desarrollan los aspectos relacionados con la planeación local en salud, fortalecimiento del sistema de información para la gestión y evaluación del programa a nivel territorial. Desde este componente se hace la divulgación amplia del Plan de Salud Municipal 2012-2015 a nivel comunitario e institucional en el territorio, se socializan y ajustan los diagnósticos de salud de los territorios mediante la metodología de planeación local participativa, se elabora un plan de gestión territorial, se hace seguimiento al acceso a los servicios de salud y sociales, se realiza seguimiento a las acciones tendientes a mejorar las condiciones encontradas en el proceso de reconocimiento del territorio, se establecen las relaciones que permiten el fortalecimiento de la participación en salud y de construcción del tejido social en salud, se fortalece y gestionan las acciones necesarias con los prestadores de servicios de salud en el territorio para mejorar el acceso y la oportunidad en salud se potencian las capacidad de organizaciones y comunidad en general para la toma de decisiones y se fomentan los estilos de vida saludables, la corresponsabilidad y la autogestión de las comunidades.

Prestación de servicios de salud:

Con un enfoque de promoción, prevención y fomento del autocuidado, en este componente se integran y se complementan las acciones que actualmente brindan los servicios de salud, para acercarlos a la población y llevarlos a los entornos de hogar, escuela y trabajo.

Componente intersectorial y de participación social en salud:

Desde este componente se pretende fortalecer la coordinación del sector salud con otros sectores que contribuyen al desarrollo humano integral, desde la articulación con programas y proyectos que se desarrollan a nivel local y contribuyen a impactar los determinantes de la salud como “Medellín Solidaria”, “Buen Comienzo”, “Escuelas y colegios saludables”, “Medellín Sana y Libre de Adiciones”, “Jóvenes por la vida”, “Unidades Móviles”, “Centros de escucha”, “Zonas de orientación escolar”, “Recuperación Nutricional”. “Mejoramiento integral del hábitat para la vida y la equidad”, “Medellín Incluyente con grupos poblacionales en riesgo”. Desde la coordinación del trabajo intrasectorial y extrasectorial se complementa la atención integral a los hogares, mediante la información de los servicios de salud existentes y la promoción de los programas y proyectos de salud, suscitando su adecuada utilización. Además de evidenciar la articulación con otros sectores como educación, vivienda, cultura y medio ambiente.

Estrategia transversal de Información, Educación y Comunicación –IEC-:

En consonancia con los lineamientos de la Organización Panamericana de Salud, la estrategia de IEC, se retoma en el Plan de Salud Municipal 2012 -2015, como herramienta transversal en el marco de la APS, para :

Fortalecer la capacidad de individuos y comunidades de incidir efectivamente sobre su propio desarrollo y (...) de este modo se orienta a mejorar procesos locales que promueven cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en la población con relación a sus deberes y derechos ciudadanos en salud y el uso efectivo de mecanismos de participación y control social". (Mosquera, 2003, p. 9).

Dichas acciones estarán contenidas en los entornos, escolar, hogar, laboral y comunitario e institucional.

2. MARCO POLITICO Y LEGAL DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

- **Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Kazajistán, en 1978**, convocó a 134 países y 67 organizaciones internacionales. Definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de "Atención Primaria de Salud" como una estrategia para alcanzar la meta de "Salud Para Todos para el 2000".
- **Ley 9 de 1979. Ministerio de Salud.** Código Sanitario Nacional, normatiza la vigilancia epidemiológica. El decreto 1562 de Junio de 1984, reglamenta los Títulos VII y XI de la ley 9 de 1979, en lo relacionado con la vigilancia y control epidemiológico y precisa "La salud es un bien de interés público".
- **Ley 10 de 1990 (Enero 10).** Ministerio de Salud. Precipitó cambios conceptuales e institucionales importantes con la introducción de un nuevo concepto de "Sistema de Salud" más acorde con las ideas contemporáneas de los modelos de salud con características multisectoriales y de concertación. Como aspectos básicos se le anotan:

En su artículo 1º consagra la salud como servicio público: "La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio". La consecuencia lógica de este principio consiste en que el Estado debe intervenir y regular el servicio público, las condiciones de prestación de la salud en cuanto a su oportunidad, continuidad, calidad, cobertura, organización, gestión y políticas fundamentales, así se suministren pública o privadamente.

- **Constitución Política de Colombia de 1991, artículo 49 el derecho a la salud:**

- La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

- Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

- Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

- La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

- Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

• **Ley 100 de 1993. Ministerio de Salud.** Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral. Se fundamenta en principio y valores que deben garantizar la vigencia de los principios constitucionales y legales de eficiencia, universalidad, integralidad, protección integral y calidad del servicio, los cuales orientan el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- El artículo 154 de la ley 100/93 establece que el Plan de Atención Básica debe ser gratuito para la población independiente de la afiliación y obligatorio. Algunos acuerdos decretos y resoluciones que reglamentan la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el desarrollo de la Ley 100/93.

• **Decreto 1891 de 1994 (Agosto 3). Ministerio de Salud.** Precisa los conceptos de gasto de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, así como las reglas básicas de administración de los recursos del fondo de fomento de la salud y prevención de la enfermedad de que trata la Ley 60 de 1993. Relacionado con el fomento de la salud y prevención de la enfermedad, en su Artículo 2. , define la promoción y en su Artículo 3 la prevención de la enfermedad.

• **Resolución N° 5165 de 1994. Ministerio de Salud.** Por cuyo medio se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para elaborar y seguir los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los departamentos y distritos.

• **Resolución N° 04288 de 1996. Ministerio de Salud.** Por la cual se define el Plan de Atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

• **Resolución N° 03997 de 1996. Ministerio de Salud.** Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción en el SGSSS. El objeto es "Determinar el conjunto de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de obligatorio cumplimiento por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). En el Artículo 6° relaciona una serie de programas que se deben cumplir como parte de las acciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud, tanto del régimen contributivo como del subsidiado.

• **Resolución N° 412 de 2000 (Febrero 25). Ministerio de Salud.** Establece las normas técnicas y las guías de atención para protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública. Además incluye los lineamientos para programación, evaluación y seguimiento de las actividades que deben desarrollar las EAPB y Aseguradoras de Régimen Subsidiado (ARS). Aunque de acuerdo con esta normatividad, las acciones de protección específica y de detección temprana hacen parte.

- **Ley 715 de 2001.** Por la cual se dictan normas orgánicas para organizar la prestación de servicios de educación y salud.

- **Acuerdo 229 de 2002.** Por el cual se define la proporción de UPC - S que se destinará para la financiación de las acciones de promoción y prevención para el Régimen Subsidiado a cargo de las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

CAPITULO II: Acciones de promoción y prevención a cargo de las entidades territoriales.

- Artículo 3°. Contenidos. Las acciones de promoción y prevención de que trata el presente acuerdo serán ejecutadas conforme al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado POS - S definido mediante el Acuerdo 72 de 1997 y, el Acuerdo 117 de 1998, y las demás normas que las modifiquen o adicionen, o complementen exceptuando las previstas en el literal c) del artículo 1° del Acuerdo 72 de 1997.

- Artículo 4°. Actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención en el Régimen Subsidiado que se trasladan a cargo de los distritos y municipios. Con base en el criterio de gradualidad e integralidad las actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención de obligatorio cumplimiento que se trasladan a cargo de los distritos y municipios, son las que a continuación se señalan:

- Promoción de la salud.
- Promover la salud integral en los niños, niñas y adolescentes.
- Promover la salud sexual y reproductiva.
- Promover la salud en la tercera edad.
- Promover la convivencia pacífica con énfasis en el ámbito intrafamiliar.
- Desestimular la exposición al tabaco, al alcohol y a las sustancias psicoactivas.
- Promover las condiciones sanitarias del ambiente intradomiciliario.
- Incrementar el conocimiento de los afiliados en los derechos y deberes, en el uso adecuado de los servicios de salud, y en la conformación de organizaciones y alianzas de usuarios.

- **Ley 1098 de 2006,** Código de Infancia y adolescencia.

- **Ley 1122 de 2007 (Enero).** Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En el capítulo VI artículos 32 y 33 modifica las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

- **Ley 1146 de 2007.** Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.

- **Decreto 3039 de 2007.** Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, que brinda los lineamientos para la construcción de los Planes Locales de Salud orientado a desarrollar actividades, procedimientos e intervenciones dirigidos a colectivos humanos. Comprende por tanto, entre otras, la de promover la cultura de la salud y crear condiciones ambientales saludables en la familia, la escuela, el trabajo y población en general.

- **Resolución 3577 del 2006.** Por el cual se aprueba el Plan Nacional de Salud Bucal.
- **Resolución 1956 de 2008.** Por más espacios libres de humo.
- **Resolución 425 del 2008.** Ministerio de la Protección Social. Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial o Plan Local de Salud contempla el desarrollo de acciones para promover la salud integral de los niños, niñas y adolescentes. Este plan es formulado y ejecutado por el alcalde con base en la participación de distintos sectores, concertado con la comunidad y debe responder a las características socioculturales de la población.
- **CONPES 091 de 2.005.** Por el cual se establecen las metas a alcanzar por Colombia en los objetivos del milenio.
- **CONPES 102 de 2.006.** Por el cual se establece la Ley de protección para la reducción de la extrema pobreza.
- **CONPES 112 de 2008.** Por el cual se establece la Distribución del Sistema General de Participaciones.
- **CONPES 113 de 2.008.** Por el cual se establece la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional.
- **Ley 1438 de 2011 (19 de Enero).** “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y dictan otras disposiciones”. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud , a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia APS permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable que brinde servicios de mayor calidad, incluyentes y equitativos, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.
- **Acuerdo Nº 028 de 2011 (30 de Noviembre).** “Por el cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud” **LA COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD** En ejercicio de sus facultades legales, en especial las que le confieren el numeral 1 del Artículo 7º de la Ley 1122 de 2007, y en atención a lo ordenado por el Artículo 25º de la Ley 1438 de 2011 y la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional.
- **Ley 1450 de 2011.** Plan Nacional de desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para todos”.
- **Acuerdo Nº 7 de 2012.** “Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo 2012 – 2015 “Medellín un hogar para la vida” en su Línea 1: “Ciudad que respeta valora y protege la vida”, en el Componente 2: “Medellín ciudad saludable para la vida”, plantea el desarrollo del Programa: “Salud en el Hogar-APS”: En el cual se propone facilitar el derecho a la salud de la población como aporte a su desarrollo humano integral y calidad de vida, a través de la promoción y educación en salud, prevención de la enfermedad, control de los factores de riesgo y acceso a los servicios de salud, en el marco de un

trabajo intersectorial e interinstitucional con los actores del sistema de protección social, mediante un enfoque de derechos, poblacional (ciclos vitales y características de identificación), de determinantes y territorio.

- **Plan Municipal de Salud 2012-2015.** “Medellín Ciudad Saludable”. Para el periodo 2012-2015, la Secretaría de Salud se propone, entre sus objetivos: “Contribuir con las acciones de salud pública como compromiso por la defensa de una vida digna y plena para todos los hombres y mujeres, sin distinción de clase, religión o etnia, en el marco de la de la salud infantil, la salud sexual y reproductiva, la salud oral, la salud mental, las enfermedades transmisibles y las zoonosis, las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades, el mejoramiento de la situación nutricional, de la seguridad sanitaria y ambiental, de la seguridad en el trabajo y la disminución de las enfermedades de origen laboral”.

En la Línea 1 de este Plan, La promoción de la salud y la calidad de vida, se propone formular “estrategias operativas orientadas a fomentar la conformación de entornos favorables a la salud en las dimensiones físicas y socioculturales, así como en el desarrollo de habilidades y competencias ciudadanas y comunitarias encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud. Esta línea se materializa básicamente en el programa marco del plan “Salud en el Hogar”, que no es más que la implementación de la “Atención Primaria en Salud Renovada”.

3. REFERENTE CONCEPTUAL DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD- APS

La Organización Panamericana de la Salud -OPS en el documento de posición Renovación de la Atención Primaria De Salud en las Américas, en el año 2007, exhorta a los países a renovar la estrategia de Atención Primaria con el fin de revitalizar la capacidad de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y fomentar la equidad. (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Entre las razones que justifican la renovación de la APS se encuentran: los nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los distintos enfoques; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas que pueden incorporarse para incrementar la efectividad de la APS; el reconocimiento creciente de éstas como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud; y por último, el creciente consenso respecto a que la APS es un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y de las desigualdades.

Por lo tanto, se considera que una estrategia renovada de APS es una condición esencial para lograr objetivos de desarrollo a nivel internacional, como los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (los Objetivos de Desarrollo del Milenio u ODM), así como para abordar las causas fundamentales de la salud — tal como ha definido la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre los Determinantes Sociales de la Salud— y para codificar la salud como un derecho humano, como han articulado algunas constituciones nacionales, grupos de la sociedad civil y otros. Para renovar la APS será necesario apoyarse en el legado de Alma Ata, aprovechar al máximo las lecciones aprendidas y las experiencias acumuladas durante más de un cuarto de siglo, además de reinterpretar y modernizar el enfoque y la práctica de la APS para estar en disposición de afrontar los desafíos del siglo XXI.

Para el logro de los propósitos del estado de salud, la equidad en salud y la solidaridad de la APS se tendrán en cuenta los siguientes elementos:

- Políticas y programas pro equidad.
- Marco legal e institucional sólido.
- Enfoque territorial y por ciclos vitales.
- Recursos humanos apropiados. Talento humano organizado en equipos multidisciplinares, motivado,

suficiente y cualificado

- Recurso adecuado y sostenible en el tiempo.
- Acciones intersectoriales para impactar los determinantes en salud.
- Organización y gestión óptima.
- Acceso a cobertura universal en aseguramiento.
- Énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Gestión del primer contacto con los servicios de salud.
- Orientación individual, familiar y comunitaria. Interculturalidad y etnoculturalidad que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.
- Fomento de la cultura del auto-cuidado.
- Promoción de mecanismos de participación activa de la comunidad.
- Atención apropiada, integral, integrada y continua.
- Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la capacidad resolutoria de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

3.1. Principios de la APS

Los principios que sustentan la APS fueron enunciados en la Ley 1438 de 2011, así: universalidad, equidad, complementariedad, concurrencia, interculturalidad, igualdad, enfoque diferencial, atención integral, integrada y continua, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.

Para efectos del presente documento, se plantean las siguientes definiciones:

Universalidad. En observancia de este principio, la APS garantizará que a todas las personas, familias y comunidades independientemente de su ubicación geográfica, situación socio-económica, género, identidad sexual, cultura y/o etnia, orientación política o religiosa, régimen de afiliación al SGSSS al que pertenezcan, se les garantice el derecho a la salud. Esto se hace especialmente importante en Colombia por la existencia de territorios de difícil acceso, poblaciones dispersas y una amplia diversidad etno-cultural; con el ejercicio pleno de este principio se eliminarán barreras de todo tipo, especialmente las geográficas y etno-culturales, para procurar de esta manera, lograr la equidad en salud.

Equidad. Se refiere a inversión o gasto diferencial, con base en el conocimiento objetivo de las diferencias de la población, lo que significa mayor gasto en las personas que tienen mayor necesidad. Es la ausencia de diferencias injustas en las situaciones de salud, de las personas que habitan los territorios del país, en el acceso a la atención en salud y a los ambientes saludables y en el trato digno que se ofrece en las instituciones que conforman el sistema de salud y en aquellas que proveen otros servicios sociales conexos; de manera que las personas tengan los mismos derechos, deberes y oportunidades frente a los procesos y decisiones que atañen a su salud, sin discriminación negativa de ningún tipo. Este es un requisito para fortalecer las capacidades de ciudadanos, comunidades e instituciones y, de esta forma, garantizar, el ejercicio de los derechos y los deberes de las personas y de las entidades con influencia directa en los determinantes de la salud.

Complementariedad y concurrencia. Bajo este principio, se propiciará que los actores del sistema, en los distintos niveles territoriales, complementen sus acciones y recursos en el logro de los fines del SGSSS y a su vez realicen la gestión para articularlas con las de otros sectores. De esta forma, se sustenta de manera fundamental la acción inter y tras-sectorial para lograr la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud.

Interculturalidad. Es obligación del Estado colombiano y de todos los actores del SGSSS, el reconocimiento de la identidad y autonomía de los sistemas de salud propios de los pueblos, de su cosmovisión y práctica, por razones de su pertenencia étnica, identificación sexual o de género y la complementariedad entre éstos. Esto supone que ninguno de los conjuntos poblacionales se encuentra por encima de otro; es una condición que favorece la integración y la convivencia armónica de todos los individuos. El SGSSS, propiciará el respeto por los diferentes saberes, e incentivará la confluencia y complementariedad de los enfoques terapéuticos existentes en los territorios del país.

Enfoque diferencial. Es el reconocimiento de la diversidad del país, por su multi y pluriculturalidad, así como por las características singulares de zonas y regiones, existen poblaciones en territorios con características particulares en razón de variables como: ciclo vital, etnia, género, religión, situaciones de discapacidad y/o desplazamiento forzado, entre otros; para las cuales el SGSSS ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones o condiciones de discriminación y marginación, y con ello, lograr su efectiva modificación. En función de este enfoque el diseño e implementación de la estrategia de APS, reconoce la discriminación negativa que en términos de equidad, se puede presentar por razones de condiciones y situaciones de la población y las formas en que se organiza, no solo el sector salud, sino los demás sectores para lograr el desarrollo de sus capacidades y potencialidades, es decir alcanzar el desarrollo humano; incluirá acciones afirmativas que conduzcan a una vida más justa y equitativa; es decir una vida digna.

Atención integral. Entendida como la respuesta a las necesidades de salud individual, familiar y colectiva, a través de la integración de las acciones inter y tras-sectoriales para propiciar el mejoramiento de la situación de salud; partiendo de la consideración de seres humanos a nivel individual y colectivo, como un todo en sus manifestaciones sociales, políticas, económicas, culturales, etc., que determinan unos modos de vida que generan condiciones diferenciales para su salud.

En el componente específico de servicios de salud, el énfasis estará dirigido prioritariamente, hacia las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, obviamente garantizando que las acciones requeridas para la prestación de servicios se enfoquen de manera sistemática, ordenada hacia cada persona, familia y comunidad, en consideración de aspectos: bio-psico-sociales y laborales.

Atención integrada y continua. Implica que los servicios disponibles para los habitantes de los territorios del país deben ser suficientes y adecuados para responder a sus necesidades de salud, incluyendo la prevención, el diagnóstico precoz, la atención curativa, rehabilitadora y de cuidados paliativos y el apoyo para el auto cuidado. La atención integrada es complementaria de la integralidad, porque exige por un lado, la coordinación entre todos los actores y sectores con influencia en los determinantes sociales de la salud, para mejorar las condiciones de vida de la población en sus territorios, de tal manera que se avance de manera sostenida en la atenuación y/o erradicación de modos que afecten

de manera negativa la salud y la vida de las personas, pero por otro lado, se requiere de la acción coordinada de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) para garantizar la satisfacción de las necesidades de atención en salud a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles de atención. Partiendo de los enfoques de derechos y de determinantes en salud, se requiere de una acción coordinada, articulada y participativa del Estado, los sectores y actores responsables de afectar dichos determinantes, en los diferentes territorios del país para su abordaje de manera decidida, con el propósito de lograr niveles de equidad que dignifiquen la vida. Comienza esta acción desde la comprensión las necesidades y preferencias a nivel individual, familiar y comunitario, en los territorios y ámbitos del desarrollo de la vida de los ciudadanos. En consonancia con lo planteado, el sector salud y su sistema de prestación de servicios, es un determinante más.

Se hará énfasis en la promoción de la salud, cuyos procesos estarán guiados por las necesidades de cada comunidad de acuerdo con la caracterización de cada territorio y la construcción de entornos saludables, teniendo en cuenta los determinantes políticos, sociales económicos y ambientales que afectan a cada comunidad.

Participación social comunitaria y ciudadana decisoria y paritaria. El acatamiento de este principio implica que las personas en Colombia, como titulares de derechos son partícipes en la toma de decisiones que afecten su salud, ya sea sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades o en la garantía de la rendición de cuentas. A título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza. En este sentido, las decisiones tomadas en los territorios del país, en materia de salud y sus determinantes, deberán garantizar que se toman en un marco democrático, en donde cada ciudadano es titular de un voto en los procesos desarrollados para el efecto.

Calidad en los servicios. Los servicios de salud y demás servicios de protección social, derivados de la implementación de la Estrategia de APS, deben ser competentes para responder a las necesidades de la población, con capacidad de anticipación a eventos negativos y de trato a todas las personas con dignidad y respeto, al tiempo que aseguran la aplicación de intervenciones con la mejor evidencia para los problemas de salud individual, familiar y comunitario, previniendo cualquier daño colateral.

Sostenibilidad e Irreversibilidad desde la estrategia de APS. Es la obligación del Estado colombiano diseñar, implementar y evaluar las acciones incluidas en el desarrollo de la estrategia de APS. Su aplicación exige la planificación estratégica de acciones con la mejor relación de costo/efectividad y el mayor grado de aceptación por parte de las poblaciones en sus territorios, para generar compromiso de largo plazo con los actores y sectores involucrados en los determinantes de la salud. Los efectos logrados en la fase de implementación de la estrategia deben fundamentarse en el compromiso de todos los actores y sectores con influencia en los determinantes de la salud, para que la Atención Primaria, se convierta en una política de Estado en todos sus niveles y asumida por los equipos de gobierno, independientemente de su orientación política. Es decir que la APS, gozará de las garantías institucionales necesarias y suficientes para mantenerla y adecuarla a las condiciones cambiantes del país y sus territorios.

Eficiencia. La implementación de la Estrategia de APS, debe garantizar que los recursos públicos asignados y utilizados en los diferentes sectores involucrados, se reflejen en valor público evidenciado en los mejores resultados en salud y la mejor relación costo-beneficio.

Transparencia. Las instituciones, organizaciones, actores y sectores, tienen el deber y el derecho de generar y consultar la información válida, confiable, oportuna y de fácil acceso, en relación con los procesos y los resultados de las acciones incluidas en desarrollo de la Estrategia de APS. También implica que se propiciarán las condiciones para que la comunidad tenga canales expeditos para pedir aclaración de la información que no comprenda, sobre los servicios, los roles, responsabilidades y tipos de relación entre los distintos actores del SGSSS. La definición de políticas en materia de salud y sus determinantes, deberán ser públicas, claras y visibles.

Progresividad. La Estrategia de APS, abarcará la totalidad de los grupos poblacionales, para lo cual se desarrollará un plan nacional con criterios de inclusión de los grupos y territorios prioritarios, trabajo sistemático para la intervención de los principales actores y sectores con influencia en los determinantes de la salud y el establecimiento de pilares que garanticen la sostenibilidad de los avances logrados

3.2. Componentes de la Atención Primaria en Salud

3.2.1. Componente acción intersectorial/transectorial por la salud

- Promover acciones intersectoriales y transectoriales, orientadas a modificar positivamente los determinantes de la salud, de tal manera que den respuesta a las necesidades y expectativas de la población, atendiendo a las características poblacionales, sociales y políticas territoriales, étnico-culturales, identidad sexual y demás factores diferenciales para construir equidad en salud.
- Fortalecer la identificación de determinantes de la salud en los territorios del país, para desarrollar acciones intersectoriales orientadas a su modificación positiva.
- Incentivar y fortalecer la formación de talento humano para la implementación de la Estrategia de APS.
- Establecer los criterios y parámetros que orienten a los diferentes actores y sectores relacionados con los determinantes de la salud, para el desarrollo de las acciones necesarias y suficientes que permitan contar con un sistema de información que soporte la implementación de la Estrategia de APS.

3.2.2. Componente Servicios de salud

- Fortalecer los procesos de gestión inherentes a la prestación de los servicios de salud en los territorios del país, en la perspectiva de lograr que los ciudadanos los reciban de manera efectiva y obtengan soluciones reales a sus necesidades y expectativas, en el marco de la equidad y el respeto a la vida digna.
- Reorientar el modelo de atención y prestación de servicios de salud en cada uno de sus territorios, para

que se garantice el abordaje integral, integrado, continuo y con calidad desde las acciones enfocadas a la salud pública y de promoción de la salud, a nivel colectivo y comunitario, así como también en los servicios asistenciales orientados a las familias y sus integrantes, requeridos en los procesos de prevención, el diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad de todos los residentes del país.

- Garantizar al acceso real a los servicios de salud a todos los residentes del país en todas las etapas de la vida, eliminando todo tipo de barreras que obstaculicen su accesibilidad.
- Diseñar y desarrollar procesos de mejora continua de la calidad de los servicios de salud, teniendo en cuenta las diferencias territoriales.
- Desarrollar un sistema de información, que permita realizar el seguimiento a las acciones de los diferentes actores y sectores para la modificación de los determinantes que afectan la salud de la población.
- Construir una metodología para que cada territorio analice sus situaciones de salud y establezca un plan que permita armonizar la oferta necesaria de servicios de salud, para responder a las necesidades de las poblaciones, articulando los prestadores de servicios de salud en redes integradas, teniendo en cuenta los diferenciales, según características de las Zonas Homogéneas de Desarrollo Endógeno Similar y otras poblaciones consideradas prioritarias.
- Potenciar la capacidad resolutoria de los prestadores de servicios clasificados como baja complejidad para que los ciudadanos dispongan de oferta adecuada y suficiente y de esta manera, encuentren solución efectiva a la mayor parte de sus necesidades en lugares próximos a los sitios donde desarrollan sus actividades cotidianas.
- Reorientar los sistemas de referencia y contra referencia para garantizar la continuidad e integralidad en la atención a las necesidades específicas de salud de las poblaciones en cada territorio, mediante la aplicación de procesos interactivos y amigables para todos los actores del SGSSS.

3.2.3. Componente participación social comunitaria y ciudadana

- Formular la política nacional de participación social, comunitaria y ciudadana, de forma que posibilite que los residentes en el país, se empoderen de los procesos orientados a mejorar las situaciones concretas que inciden en los determinantes de salud en sus territorios, para avanzar en la construcción de niveles superiores de calidad de vida, como acción social y política.
- Propender por el fortalecimiento de los conocimientos de la salud y sus determinantes, para avanzar en la construcción de la cultura del auto cuidado.

4. DESARROLLO ESTRATEGIA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL ENTORNO HOGAR Y COMUNITARIO “SALUD EN EL HOGAR”

Bajo el concepto de territorio saludable, la Secretaría de Salud de Medellín a través de la Subsecretaría de Salud Pública implementa la estrategia de APS en los entornos del hogar y comunitario por medio del programa “Salud en el Hogar”, el cual tiene como unidad de acción un territorio que puede ser una comuna o un corregimiento para el desarrollo sus objetivos. La selección inicial de los territorios obedece al índice de calidad de vida y los indicadores básicos de salud los cuales contribuyen a identificar y realizar un crecimiento escalonado en el cuatrienio de las familias más vulnerables de la ciudad, vinculadas al programa de Medellín Solidaria en la zona urbana, se estima llegar a 75.000 familias incluyendo las de los corregimientos de Santa Elena, Palmitas, AltaVista y las ubicadas en la zona rural de los corregimientos de San Cristóbal y San Antonio de Prado.

4.1. Objetivo General

Desarrollar la Estrategia de APS en los entornos hogar y comunitario, mediante acciones integrales e integradas en articulación con otros actores y sectores, para el fomento de prácticas saludables y fortalecimiento de capacidades para el autocuidado en salud, la corresponsabilidad y el acceso oportuno, pertinente y suficiente a los servicios de salud y promoción social a través de equipos de salud multidisciplinarios, buscando la transformación de un modelo de salud asistencial a uno preventivo.

4.2. Objetivos Específicos

1. Desarrollar e implementar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como un derecho humano inalienable, mediante un proceso orientado a identificar factores de riesgo y la promoción de factores protectores, que comprometa a los individuos, sus familias y la comunidad en general, respondiendo a las necesidades y problemáticas en salud, mediante Equipos Básicos de Salud, con énfasis en la articulación de los actores y acciones intersectoriales en la participación social y comunitaria.
2. Brindar cuidado primario a la población con movilidad reducida (Dificultades para el acceso a los servicios de salud), mediante cuidados básicos y educación a la familia cuidadora, con el acompañamiento de profesionales del área de la salud, para el mejoramiento de su calidad de vida.

3. Realizar alianzas de trabajo intersectorial y extra sectorial para complementar la atención integral a las familias, grupos e individuos mediante la información e inclusión en los servicios de salud y programas sociales, existentes en los diferentes corregimientos y comunas promoviendo su adecuada utilización.

4. Acompañar y orientar en el impulso conjunto de acciones en la Unidad Básica Territorial (Comunas y/o corregimientos) desde la perspectiva de derechos, con base en procesos de educación para la salud, participación comunitaria y social y la dinamización de las redes sociales en salud, que permitan el fortalecimiento del tejido social en salud y la movilización social para la salud.

4.3. Familias sujeto de acompañamiento por el Programa “Salud en el Hogar”

El programa de “Salud en el Hogar” dirige su acompañamiento a las familias más vulnerables (según índice de calidad de vida y condiciones de salud) de la ciudad vinculadas al “Programa de Medellín Solidaria”, así mismo, el programa acompaña a todas las familias de la zona rural de los corregimientos del municipio independiente de su participación o no en el programa “Medellín Solidaria”. Desde el entorno comunitario se fortalece la participación social y comunitaria de dichas familias por medio del establecimiento de vínculos que permitan la construcción de tejido social en salud entre todos los actores sociales presentes en el territorio.

De otra parte, el programa en su línea de Cuidado Primario orienta su acompañamiento a las familias en situación de pobreza, en las cuales se encuentren integrantes, sin importar su edad, con movilidad reducida a causa de enfermedades crónicas degenerativas o con discapacidad múltiple, tales como secuelas severas de eventos cerebro-vasculares, parálisis cerebral, traumas raquimedulares, entre otras.

4.4. Líneas de Acción

El programa APS “Salud en el Hogar”, despliega sus acciones en dos líneas diferenciadas para el acompañamiento en los entornos del hogar y el comunitario, la de promoción y prevención y la de cuidado primario, las cuales se diferencian en ejes de intervención y sus alcances:

4.4.1. Línea de Promoción y Prevención.

La cual permite la interacción entre los entornos del hogar y el comunitario desplegando acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y participación social en salud, a partir de cinco ejes integradores:

- **Eje de Cuidado de la Salud**

Aborda aspectos relacionados con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad en los componentes de salud infantil, salud sexual y reproductiva, salud oral y estilos de vida saludables, así mismo la orientación hacia la asistencia a los diferentes programas de promoción y prevención de acuerdo a la normatividad actual.

- **Eje de Salud Alimentaria y Nutricional**

Aborda los aspectos relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional, hábitos de alimentación

saludable, preparación, manipulación y consumo de alimentos, lactancia materna, alimentación complementaria y orientación a programas.

- **Eje de Salud Mental**

Aborda los aspectos de la dinámica relacional de la familia y fortalecer los vínculos y factores protectores estimulando la capacidad para enfrentar sus riesgos.

- **Eje de Salud Ambiental**

Aborda los aspectos relacionados con el tipo de abastecimiento de agua para consumo, vivienda sana y saludable, manejo de residuos sólidos, vertimiento de aguas residuales, manejo de vectores, identificación y gestión de viviendas de alto riesgo.

- **Eje Tejido social en Salud**

Acompañamiento y orientación en el impulso conjunto de acciones en los territorios para el desarrollo de los procesos de participación comunitaria y social y la dinamización de las redes sociales en salud.

4.4.2. Desarrollo de la Línea de promoción y prevención en el entorno del Hogar:

Desde la línea de promoción y prevención, en este entorno se desarrollan las siguientes acciones:

- Realizar caracterización de las familias para conocer las condiciones del hogar y para la identificación de factores de riesgo y protectores en salud.
- Acercar mediante los equipos básicos de salud, las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a los hogares más vulnerables de la ciudad.
- Realizar y hacer seguimiento y evaluación a las acciones de Información, Educación y Comunicación-IEC como una estrategia para promover hábitos saludables y cultura del autocuidado de la salud.
- Realizar remisión, orientación y seguimiento a las personas que lo requieran hacia los prestadores de servicios de salud y otros sectores para la atención y/o la incorporación en los programas de promoción y prevención de carácter individual.

En el entorno del hogar la Secretaría de Salud desarrolla acciones inherentes a sus objetivos misionales: promoción de la afiliación al SGSSS, divulgación de rutas de acceso a servicios de salud y otros programas sociales, identificación de factores de riesgo para la salud individual, familiar y ambiental, lo cual deriva hacia el acompañamiento familiar por el eje específico para promover hábitos saludables en los temas de salud sexual y reproductiva, salud mental, salud alimentaria y nutricional, salud infantil, salud oral y otros que favorecen los factores protectores en salud.

4.4.2.1. Fases del proceso de acompañamiento familiar:

Fase de caracterización familiar:

Consiste en identificar por medio de una visita familiar y el diligenciamiento de un instrumento denominado Caracterización Familiar, las principales características sociodemográficas y condicionantes de la salud de las familias y de cada uno de sus integrantes, con el objetivo de obtener una línea de base que permita conocer las generalidades de la misma, los factores de riesgo y los factores protectores de la familia. Esta información se captura por medio del software SH, diseñado por la Secretaría de Salud, el cual permite recoger de manera ordenada la información del hogar –vivienda y de los miembros de la familia, que a través del cruce de variables, se priorizan los riesgos para la salud que requieren ser intervenidos, bajo el acompañamiento de los ejes integradores.

Fase de acompañamiento y elaboración del plan de acompañamiento familiar:

Una vez se realiza la caracterización familiar y a partir de la priorización de riesgos arrojada por el software SH, se establece un plan de acompañamiento a la familia a través de los ejes integradores. Cada eje tiene estipulado un número de 3 visitas a la familia, o más, de acuerdo a sus particularidades. En estas visitas se abordan diferentes temáticas con el fin de promover la salud, prevenir la enfermedad y en últimas modificar o contener los factores de riesgo identificados en la primera fase, así mismo se realiza la orientación a servicios sociales y de salud y se fijan unos compromisos para favorecer el autocuidado y la corresponsabilidad en el mantenimiento y mejoramiento de la salud en el hogar.

Fase de evaluación y seguimiento al plan de acompañamiento familiar:

Terminado el acompañamiento, se evalúa nuevamente a la familia para conocer el estado de los factores de riesgo y factores protectores, así como para verificar el acceso a los servicios sociales y de salud a partir de las orientaciones realizadas durante la fase de acompañamiento y la superación de los riesgos denominados intolerables.

Fase de mantenimiento:

Consiste en una o más visitas para favorecer en la familia el mantenimiento de los factores protectores identificados y fomentados durante el proceso de acompañamiento familiar. En esta fase se hace referencia de la familia a su asegurador y prestador de servicios de salud con el fin de que se mantengan las condiciones de calidad de salud, se favorezca el acceso oportuno a los servicios y en el caso en que esta familia sea beneficiaria del programa Medellín Solidaria, se hará referencia de la misma para su abordaje integral desde el enfoque que maneja el programa en mención.

4.4.3. Desarrollo de la Línea de promoción y prevención en el entorno Comunitario

La línea de promoción y prevención en este entorno desarrolla las siguientes acciones:

- Informar a la comunidad sobre el programa APS Salud en el hogar
- Acompañar la ejecución de estrategias de información, educación y comunicación extramurales y de tipo masivo desarrolladas por la Secretaría de Salud en el territorio.
- Realizar y actualizar el diagnóstico de las instituciones u organizaciones de participación comunitaria y social existentes en el territorio.

- Promover la coordinación del trabajo intrasectorial y extrasectorial para complementar la atención integral a los hogares, mediante la información de los servicios de salud y de promoción social existentes y la divulgación de rutas de acceso a los mismos.
- Desarrollar acciones de información, educación y comunicación en salud según las necesidades identificadas en grupos poblacionales identificados en los territorios como: adulto mayor, madres comunitarias, mujeres, jóvenes, entre otros.
- Promover el ejercicio de la participación social y comunitaria en salud en los diferentes escenarios del territorio.

4.4.4. Línea de Cuidado Primario

Dirigida a las familias que tienen integrantes que por su condición de salud están con movilidad reducida. El acompañamiento de esta línea busca facilitar el acceso a los servicios de salud de manera eficiente y oportuna, así mismo ofrece herramientas para mejorar las habilidades para la atención de estas personas y el fomento de estilos de vida saludable en el cuidador.

Momentos del proceso de acompañamiento familiar en la línea de cuidado primario.

- Valoración general del estado de salud del paciente y su cuidador/a principal.
- Caracterización de las familias sujeto de acompañamiento por la línea de cuidado primario para la identificación de factores de riesgos y protectores para la salud de la persona con movilidad reducida y su cuidador principal.
- Formulación del plan de acompañamiento de acuerdo a los hallazgos en la valoración del estado de salud y en la caracterización familiar a fin de mantener y/o mejorar la salud y el acceso a los servicios tanto del paciente como de su cuidador/a principal.
- Realización del acompañamiento familiar bajo estrategias de atención, información, educación y comunicación que promuevan la salud, prevengan la enfermedad y mejoren las habilidades para el autocuidado de la salud.
- Seguimiento y evaluación del plan de acompañamiento familiar.

El acompañamiento en esta línea se puede agrupar en dos ejes de acuerdo a las disciplinas profesionales que la integran:

- **Eje de atención en salud:** Aborda la valoración del estado de salud, la orientación respecto al cumplimiento de tratamientos médicos, remisión a interconsultas y la identificación oportuna de señales de alarma que indiquen cambios en las condiciones de la salud. Este eje es desarrollado principalmente por el profesional en medicina.

- **Eje de Autocuidado:** Aborda los aspectos encaminados a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de los factores de riesgo que pueden conllevar al empeoramiento de las condiciones de salud tanto de la persona con movilidad reducida como de su cuidador, también tiene en cuenta aquellos aspectos que buscan mejorar las habilidades para el autocuidado y la atención en el hogar, así como el fomento de estilos de vida saludable. Este eje lo realiza de manera especial enfermería.

4.5. Recurso Humano

Para dar respuesta a la magnitud de las acciones inherentes a la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud programa APS “Salud en el hogar”, la Secretaría de Salud dispone de un recurso humano que garantiza la rectoría de la estrategia en las competencias propias del ente municipal y se direccionen de manera integral los contenidos técnicos y metodológicos que garanticen los objetivos propuestos desde la Secretaría; en tal sentido se dispone de una estructura de dirección técnica conformada por un equipo multidisciplinario de las áreas de la salud y psicosocial además de un equipo de apoyo logístico y de sistemas de información que acompaña a los equipos básicos que se definan para cada uno de los territorios en los cuales se desarrolla el programa.

4.5.1. Equipo técnico de APS de la Secretaría de Salud

En el marco del Plan de desarrollo “Medellín un hogar para la vida” y en concordancia con el Plan de Salud Municipal “Medellín ciudad Saludable”, la Secretaría de Salud, acoge la estrategia de APS para la ciudad. Desde este nivel estratégico y programático, se definen los lineamientos para el desarrollo conceptual, filosófico y metodológico, bajo las orientaciones de la OPS y el ordenamiento de la Ley 1438 de 2011, iniciando un proceso de construcción con las personas, familias y grupos organizados, orientado a la gestión territorial para hacer de Medellín una ciudad más saludable, a través del Programa “APS Salud en el hogar”, uno de los programas bandera de la actual administración municipal. Con este propósito se complementa el equipo humano de la Secretaría de Salud con el Equipo Técnico de APS. El Equipo técnico de APS tiene la función de diseñar los lineamientos y rutas metodológicas para la planeación, direccionamiento, asistencia técnica, monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones implementadas en la Estrategia de APS, Salud en el Hogar. Su conformación interdisciplinaria busca garantizar un abordaje integral e integrado de la salud en la ciudad, mediante los siguientes ejes y perfiles:

Coordinación – profesional en áreas de la Salud, con especialización en Salud Pública, salud Colectiva, promoción y educación para la Salud, epidemiología, Salud Familiar o afines, y con experiencia mínima de dos años en planes, programas y proyectos orientados a la salud familiar y/o colectiva en diversos entornos.

Eje Gestión de la Información – Gerente de Sistemas de Información en Salud, con dos años de experiencia en diseño, programación y administración de sistemas operativos para el soporte de programas y acciones de salud familiar, colectiva y/o poblacional en territorios similares a Medellín.

Eje Cuidado de la Salud - Enfermero/a, con especialización en salud pública, salud colectiva, promoción y educación para la salud, epidemiología, salud familiar o afines; o con experiencia mínima de dos años en planes, programas y proyectos orientados a la salud Familiar y/o colectiva en diversos entornos.

Eje Salud Alimentaria y Nutricional – Nutricionista, con experiencia mínima de dos años en planes, programas y proyectos orientados a la salud Familiar y/o colectiva en diversos entornos.

Eje Salud Mental - Psicólogo/a. con especialización en salud pública, salud colectiva, promoción y educación para la salud, epidemiología, salud familiar o afines; o con experiencia mínima de dos años en planes, programas y proyectos orientados a la salud Familiar y/o colectiva en diversos entornos.

Eje Salud Ambiental – Profesional/ Técnico Ambiental. Con experiencia mínima de dos años en planes, programas y proyectos orientados a la salud Familiar y/o colectiva en diversos entornos.

Eje Tejido Social en Salud - Trabajador Social, con experiencia mínima de dos años en planes, programas y proyectos orientados a la Salud Familiar y/o colectiva en diversos entornos.

Algunas de las competencias laborales y humanas que deben tener estos profesionales son:

- Conocimiento sobre las competencias Territoriales de la SSM, su capacidad organizativa y de gestión de sus recursos.
- Conocimiento del Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015 “Medellín un Hogar para la Vida”.
- Conocimiento del Plan Territorial de Salud Pública, compromiso con sus objetivos estratégicos y sus líneas de desarrollo.
- Conocimiento y capacidad de aplicar la estrategia de APS.
- Habilidades para el trabajo en equipo .
- Habilidades para analizar y compartir información .
- Capacidades para tomar decisiones.
- Orientación al desarrollo personal .
- Habilidades para la generación y construcción de ideas .
- Planeamiento y organización del trabajo .
- Cumplimiento de los plazos .

4.5.2. Ámbitos de acción del equipo técnico de APS en el municipio de Medellín.

Gestión territorial de la salud.

En este componente se desarrollan los aspectos relacionados con la planeación local en salud, fortalecimiento del sistema de información para la gestión y evaluación del programa a nivel territorial.

Desde este componente se hace la divulgación amplia del Plan de Salud Municipal 2012-2015 a nivel comunitario e institucional en el territorio, se socializan y ajustan los diagnósticos de salud de los territorios mediante la metodología de planeación local participativa, se elabora un plan de gestión territorial, se hace seguimiento al acceso a los servicios de salud y sociales, además de las acciones tendientes a mejorar las condiciones encontradas en el proceso de reconocimiento del territorio, se establecen las relaciones que permiten el fortalecimiento de la participación en salud y de construcción del tejido social, se fortalece y gestionan las acciones necesarias con los prestadores de servicios de salud en el territorio para mejorar el acceso y la oportunidad en salud se potencian las capacidad de organizaciones y comunidad en general para la toma de decisiones y se fomentan los estilos de vida saludables, la corresponsabilidad y la autogestión de las comunidades.

Acciones:

- Planificación a partir del análisis del diagnóstico familiar y comunitario.
- Divulgación y adaptación del Plan Municipal de Salud y la programación de las acciones en salud a la realidad de los territorios.
- Definición de los equipos básicos de salud que sean requeridos, definir sus acciones y su alcance en los entornos familiar y comunitario.
- Articulación con los programas y proyectos que se desarrollan a nivel local que contribuyen a impactar los determinantes de la salud como Medellín Solidaria, Jóvenes por la vida, Buen Comienzo, entre otros.
- Apoyar y orientar para la universalización del aseguramiento y el acceso a los servicios de manera integral e integrada.

Intersectorialidad y participación social en salud:

Este ámbito fortalece la coordinación y articulación del sector salud con otros sectores que contribuyen al desarrollo humano integral, para impactar los determinantes de la salud.

Acciones:

- Fortalecimiento del tejido social en salud con la participación amplia de la comunidad.
- Promover mayor articulación de salud con los espacios y mecanismos de participación social presentes en los territorios, como es el caso de las Juntas de Acción Comunal, con el acompañamiento a sus Comisiones de Salud.
- Ampliación de la participación de Salud en proyectos intersectoriales para el beneficio de la población, dirigidos especialmente a la modificación de factores determinantes y de riesgo para la salud. Ámbito de Información, Educación y Comunicación –IEC en salud.

Este ámbito fortalece la capacidad de los sujetos y comunidades para incidir efectivamente sobre su propio desarrollo a través de la adopción de contenidos temáticos y metodológicos para ser desarrollados en los entornos del hogar y la comunidad para promover los cambios en conocimientos, actitudes y prácticas de la población con relación a sus deberes y derechos ciudadanos en salud.

Acción

Diseño y construcción de las guías temáticas y metodológicas de las acciones de IEC para ser llevadas a los entornos familiar y comunitario.

4.5.3. Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS):

Para la implementación de la estrategia y con el objetivo de brindar un acompañamiento integral a las familias objeto del programa "Salud en el Hogar", se reconoce la necesidad de tener equipos básicos de salud los cuales desarrollan acciones fundamentalmente de promoción y prevención y será el primer contacto de la población con los servicios de salud.

Se desarrollan acciones en cinco ejes: Eje de cuidado de la salud, eje de salud alimentaria y nutricional, eje de salud mental, eje de salud ambiental y eje de tejido social en salud. Los equipos se conforman por profesionales en enfermería, psicología, nutrición y dietética, saneamiento básico y ambiental y trabajo social, los cuales acompañarán a las familias de manera integral de acuerdo a los factores de riesgo y protectores identificados en la vista de caracterización familiar en los territorios; el número de equipos básicos se determina de acuerdo al número de familias en los territorios y de acuerdo a las necesidades identificadas. Adicional al equipo de profesionales se dispone en el área rural (Corregimientos), de un equipo de agentes primarios quienes deben pertenecer a los territorios en los cuales se lleve a cabo la estrategia y cuyo número dependerá del número de familias acompañadas por el programa.

4.6. Implementación del programa Salud en el hogar desde sus distintos ejes .

4.6.1. Línea de promoción y prevención .

4.6.1.1. Eje Cuidado de la Salud-Enfermería.

Objetivos Específicos

- Realizar acompañamiento familiar para ofrecer información y orientación a las familias y a sus integrantes para mejorar las habilidades de cuidado de la primera infancia.
- Realizar acompañamiento familiar para promover hábitos saludables que favorezcan el bienestar individual y familiar.
- Realizar acompañamiento familiar para detectar factores de riesgo para la salud e informar sobre su control y prevención.

Referente Conceptual.

Con el resurgimiento de la estrategia de APS se emprende un camino de transformación de los modelos de atención en salud centrados en la enfermedad y en los hospitales hacia unos modelos centrados en el proceso de salud-enfermedad y en los entornos familiares, escolares, laborales y comunitarios, reconociendo en ellos la posibilidad de ofrecer acompañamiento a las personas en sus procesos vitales y en la toma de decisiones informadas para el mantenimiento de su salud.

Con este nuevo panorama retoma importancia el quehacer de Enfermería cuya formación se basa en las ciencias biológicas y sociales lo cual le posibilita comprender la salud como un proceso que va más allá de la ausencia de enfermedad y a relacionarse con un ser humano bio-psico-social-espiritual. Enfermería a partir de sus propios modelos y teorías se define como “El cuidado de la experiencia de la salud humana” y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), explica que la enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos y resalta como deberes fundamentales el “promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento”.

Así mismo, el Código Deontológico de Enfermería para Colombia (Ley 911 de 2004) en su capítulo II, artículo 3 declara que el “acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas”.

El metaparadigma de enfermería según las teoristas M. Newman, M. Rogers y J. Watson se sustenta en los conceptos de Persona, Salud, Entorno y Cuidado los cuales interaccionan de manera permanente. La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio. La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno. El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo. El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

La APS es para las personas, las familias y la comunidad, es el primer nivel de contacto con el sistema formal de salud, que pone los cuidados de salud lo más cerca posible de los lugares en que aquellas viven y trabajan y son los profesionales de enfermería el grupo principal del personal de salud que dispensa atención primaria, son quienes fomentan y mantienen los vínculos entre las personas, las familias, las comunidades y el resto del sistema de atención de salud, trabajando de manera autónoma

y en colaboración para prevenir la enfermedad y la discapacidad y para promover, mejorar, mantener y restaurar la salud. Hacen parte esencial de los contactos para la gestión del bienestar y de la enfermedad a todo lo largo de la vida familiar. La enfermería en los diferentes entornos son portadores del mensaje de que una vida saludable es esencial para sostener, recuperar y mejorar la salud, fomentan regímenes y estilos de vida saludables; ofrecen asesoramiento a las personas que se sienten confusas o sin elementos suficientes para su autocuidado y ayudan a las personas en situaciones de enfermedad crónica a tener elementos para vivir una vida no solo más larga sino más sana.

Con base en lo anterior se evidencian roles de la enfermería para la Atención Primaria, como:

- Educador/a de salud: La educación es un proceso permanente de construcción de aprendizajes y conocimientos que permite a las personas a actuar de determinada manera frente a sus situaciones cotidianas individuales y colectivas y uno de los roles enfermeros es transmitir y facilitar el acceso de la familia y sus miembros a la información sobre aspectos de la salud y de la enfermedad de tal manera que se propicie la toma de decisiones más acertadas para el cuidado de la salud.
- Dispensador/a y promotor/a de cuidados: Dispensar cuidados directamente ante situaciones particulares y promover los cuidados adecuados que debe procurar la familia para la atención y el mantenimiento de la salud de sus integrantes de acuerdo a su situación actual o ciclo vital.
- Defensor/a de la familia: al trabajar para ayudar a las familias en su bienestar, la enfermería comprende la relación dinámica y compleja que existe entre la salud de la familia y la salud de cada uno de sus integrantes.
- Detector/a de casos y eventos de epidemiología: Al realizar contacto con la familia y la comunidad puede detectar tempranamente la enfermedad y desempeñar una función clave en su vigilancia y control.
- Investigador/a: Identificar los problemas que se plantean en el ejercicio de la profesión y buscar respuestas y soluciones mediante la investigación científica personal o en colaboración.
- Gestor/a y coordinador/a: Gestionar, colaborar y hacer de enlace con los miembros de la familia, los servicios de salud, sociales y otros para mejorar el acceso a los mismos.
- Asesor/a y Consultor/a: Desempeñar una función terapéutica para ayudar y orientar a la familia a resolver problemas e identificar recursos.
- Integrante de equipos multidisciplinarios: Analizar y proponer estrategias de acompañamiento familiar e individual desde diferentes saberes.
- Modificador/a del entorno: Cooperar para cambiar o acondicionar los hogares a las necesidades particulares así como la adaptación familiar a sus procesos vitales.

A partir de los roles funcionales de la profesión se hacen aportes importantes con relación a:

- Promover la salud: Con el movimiento de la atención primaria de salud, la enfermería da gran relevancia a la promoción de hábitos y comportamientos saludables que propendan por el bienestar individual, familiar y comunitario, así como el aceptar la responsabilidad del cuidado de su propia salud. La promoción de la salud sugiere un movimiento siempre en sentido hacia la salud y bienestar que implica para el sujeto capacidad y poder de cambio, pero con una intención que surge de la conciencia de la salud como valor o recurso.

- Prevenir y detectar la enfermedad: Uno de los principales objetivos de la enfermería en la atención primaria es la prevención de la enfermedad y de la discapacidad en sus diferentes niveles de prevención, es decir, primario, secundario y terciario. Respecto a la prevención primaria, enfermería fomenta acciones para evitar enfermedades o lesiones a las personas, en la prevención secundaria se identifican problemas o señales de alarma y se orienta a la persona y se le remite para que se actúe con él de manera oportuna en los servicios de salud. La prevención terciaria se refiere a la prevención de complicaciones de las enfermedades, con el fin de reducir la discapacidad y conseguir un funcionamiento máximo mediante la rehabilitación.

- Prestar cuidados a los miembros de la familia en su casa: Cuando se identifican personas con alteraciones graves en la salud, enfermería orienta sus acciones para ayudar a las familias a hacer frente a la enfermedad o a las lesiones, asimismo ayudan a las familias a mejorar las capacidades de auto-atención, si la recuperación es poco probable, los cuidados e instrucciones a la familia buscan facilitar las condiciones para una muerte digna y pacífica.

- Promover la asistencia a programas de promoción y prevención contemplados en la normatividad actual a través de procesos de inducción a la demanda concertados con los prestadores para brindar una respuesta oportuna y adecuada a los requerimientos de la comunidad.

Componentes del Eje de Cuidado de la Salud-Enfermería

El eje de cuidado de la salud-enfermería ordena su acompañamiento familiar de acuerdo a unos componentes y temas que inciden en la salud de la familia y sus integrantes y es necesario indagar el estado de conocimiento y de práctica para proponer un plan de acompañamiento que posibilite al profesional seleccionar de manera objetiva aquellos componentes en los que debe ahondar, para minimizar el efecto de los factores de riesgo y para promover la corresponsabilidad en el cuidado de la salud.

1. Salud infantil y adolescente:

El bienestar y salud de la niñez y la adolescencia es un derecho pero es deber del Estado, la familia y la comunidad velar por su garantía. El rol de la familia y de sus cuidadores es trascendental para que los niños, niñas y adolescentes crezcan sanos y desarrollen al máximo todas sus capacidades incluyendo aquellas que le permitan asumir hábitos protectores para su salud y su vida en el presente y en el futuro. Para el acompañamiento familiar por el eje de cuidado de la salud-enfermería en este componente, observa de manera especial el cumplimiento de esquemas de vacunación en menores 6 años de acuerdo al programa ampliado de inmunizaciones, igualmente se orienta con base a la estrategia de atención

integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia-AIEPI, dirigida especialmente a la primera infancia y a las gestantes, pero que recoge prácticas de salud fundamentales que al ser asumidas por la familia y la comunidad contribuyen de manera significativa en la salud de la primera infancia.

Por lo anterior, los profesionales de enfermería conocedores de la estrategia Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia y de sus prácticas claves, la utilizan metódicamente para indagar sobre los cuidados o prácticas que tiene la familia para atender a sus menores o a las gestantes y poder así ofrecer información que les permita refinar sus prácticas y cuidados. Los temas que se abordan son: lactancia materna, alimentación complementaria, medidas para prevenir y atender enfermedades respiratorias y diarreas y determinar cuándo buscar asistencia médica, medidas de saneamiento ambiental, entre otras.

2. Salud Sexual y Reproductiva

La sexualidad y la reproducción son una experiencia humana y de acuerdo a la manera que sea asumida incide en la salud, el bienestar y calidad de vida de las personas. El acompañamiento del eje de cuidado de la salud-enfermería para la salud sexual y reproductiva conlleva a la promoción del sano disfrute de la sexualidad, con responsabilidad y conocimiento de aquellos factores que pueden afectar dicha experiencia; para esto integra dentro sus elementos conceptuales los derechos sexuales y reproductivos y organiza los contenidos de información y educación de acuerdo a las líneas de acción contempladas en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003), por tanto, dicho acompañamiento se orienta primordialmente hacia la promoción de la maternidad segura, la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos, la prevención del cáncer de cuello uterino, de mama y de infecciones de transmisión sexual y el VIH, fomentando la identificación de conductas de riesgo y aquellas que contrarrestan su efecto, así como las rutas de acceso a los servicios en materia de salud sexual y reproductiva a los cuales se tiene derecho dentro del sistema de salud.

3. Salud Oral

Los hábitos de cuidado oral contribuyen no solo a la salud oral sino en la salud en general, se reconoce que una buena salud oral interviene en los procesos relacionados con la alimentación y nutrición, la comunicación y fonación, contención de focos de infección y en la autopercepción de la imagen de sí mismo.

El eje de cuidado de la salud-enfermería busca identificar los hábitos de higiene oral que se tienen en las familias y fomentar los más adecuados para el cuidado de la salud oral, especialmente en los menores de 6 años, por ser una población muy vulnerable a presentar problemas relacionados con la mala higiene oral, además de valorar este grupo como un terreno en el cual se deben cultivar estas prácticas saludables a fin de vislumbrar un futuro en mejores condiciones en cuanto a hábitos de salud oral se refiere. Así mismo, da a conocer a la familia los programas de promoción y prevención a los cuales se tiene la posibilidad de acceder dentro del sistema general de seguridad social en salud.

4. Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Se hacen importantes debido a alto costo que conllevan para los servicios de salud pero especialmente

porque afectan la calidad de vida de las personas y de sus familias a todo nivel. Se reconoce la multicausalidad y el efecto sobre su aparición de diversos determinantes, pero se coincide en reconocer la importancia que sobre su incidencia tienen los hábitos o estilos de vida los cuales pueden acelerar su aparición o el deterioro de quien las padece o por el contrario, gracias a ciertos estilos de vidas se pueden potenciar los efectos protectores de los mismos.

El eje de cuidado de la salud-enfermería favorece con su acompañamiento para que las familias identifiquen cuáles son sus comportamientos que pueden contribuir a que se instaure un proceso patológico prevenible, pero si éste ya existe, es importante su acompañamiento para que informe y motive a las personas para que asuma una actitud responsable para contener los efectos de la misma y de alerta para identificar tempranamente señales de alarma, igualmente sensibiliza a los demás integrantes familiares para que adopten comportamientos protectores y ofrece herramientas para que la familia gestione la auto atención en el entorno del hogar.

5. Enfermedades Infecciosas:

Desde el acompañamiento familiar en este componente se abordan aspectos relacionados con el manejo de pacientes con tuberculosis, su prevención y la detección de sintomáticos respiratorios.

Logros

Se proponen los siguientes indicadores de logro de acuerdo a los temas que se abordan desde los diferentes componentes del eje:

• Salud Infantil y Adolescente

Vacunación:

- Los menores de 6 años de la familia tienen esquemas adecuados de vacunación
- Atención Integral a Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI)
- Reconoce las señales de peligro para la vida del menor que indican la necesidad de buscar atención médica de inmediato.
- Conoce las medidas para prevenir enfermedades respiratorias y diarreicas agudas.

• Salud Sexual y Reproductiva

Gestantes:

- Las mujeres gestantes están inscritas y asisten al programa de control prenatal
- Nombra los signos de alarma que indican riesgo para el embarazo
- Conoce la técnica adecuada de amamantamiento

Planificación Familiar y Uso de Métodos Anticonceptivos

- Identifica los diferentes métodos de anticoncepción y la ruta de acceso a los mismos.
- Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH
- Menciona medidas de prevención de las Infecciones de transmisión sexual y el VIH

- **Salud Oral**

- La familia identifica factores de riesgo para la salud oral

- **Enfermedades Crónicas No Transmisibles**

- Nombra los factores de riesgo que conllevan a la presencia de enfermedades crónicas o su complicación.

- **Enfermedades Infecciosas-Tuberculosis**

- Adherencia al tratamiento.

4.6.1.2. Eje salud Alimentaria y Nutricional

Objetivo general

Promover hábitos de alimentación y estilos de vida saludables, mediante procesos formativos y de acompañamiento a las familias, grupos e individuos con acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el marco de la Estrategia de APS.

Objetivos específicos

- Brindar acompañamiento familiar y comunitario relacionado con hábitos de alimentación y estilos de vida saludables a los pobladores de los diferentes corregimientos y comunas de la ciudad de Medellín.
- Realizar valoración del estado nutricional a diferentes grupos poblacionales.
- Desarrollar acciones educativas bajo la estrategia de IEC, en salud alimentaria y nutricional según los factores protectores y de riesgo identificadas en las familias y grupos poblacionales.

Referente conceptual

Según Álvarez Uribe:

La nutrición y dietética es una disciplina que estudia las cualidades intrínsecas de los alimentos relacionadas con las sustancias nutritivas y no nutritivas que son utilizadas por el organismo humano para su nutrición, estudia también las transformaciones que los alimentos sufren por la preparación y cocción y se ocupa del cuidado de las propiedades nutricionales y organolépticas de los alimentos, con el fin de que estos sean nutritivos, inocuos y agradables es decir lo concerniente a la Dietética. Es necesario conocer los alimentos para abordar la nutrición humana, entendiendo por ello el proceso mediante el cual el ser humano ingiere los alimentos, absorbe transporta y aprovecha los nutrientes y las sustancias no nutritivas y excreta los desechos de su metabolismo. (2007, p.64).

Para la nutrición y la dietética, su campo de acción se materializa en las personas, las familias y las comunidades, quienes la practican tienen como misión contribuir a que los individuos y la sociedad tomen decisiones acertadas de manera consiente que contribuyan a su adecuado estado nutricional, decisiones que están mediadas por situaciones culturales, sociales, económicas, ambientales, biológicas y políticas. El ejercicio de la profesión debe partir de la defensa del derecho humano fundamental a

la alimentación, participando en la generación de políticas en alimentación y nutrición las cuales se puedan traducir en planes programas y proyectos. Por tanto el campo de la nutrición pública debe ser integral e integradora dado que los colectivos humanos y la situación alimentaria y nutricional es el resultado de la interacción de múltiples factores, que conllevan a un trabajo intersectorial e interdisciplinario.

De acuerdo con Álvarez Uribe (2007) para ejercer la Nutrición Pública se necesitan conocimientos, aptitudes, actitudes y habilidades propias del área, de esta manera se puede determinar y comparar las maneras de abordajes, reducido o integral e integrador.

La Nutrición Pública desde un enfoque reducido versus un enfoque integral e integrador.

Características	Enfoque	
	Reducido	Integral e Integrador
Evaluación de la Situación Alimentaria y nutricional	Se basa en la valoración del estado nutricional mediante indicadores: Antropométricos, de consumo de alimentos y bioquímicos	Se basa en la valoración del contexto social, económico, político, cultural, demográfico y alimentario. Identifica los factores estructurales y proximales de la situación alimentaria y nutricional. Evalúa el estado nutricional de la población de manera desagregada por: edad, género, estrato socioeconómico, ubicación espacial de la población y grupos minoritarios como: indígenas, negritudes, mujeres cabeza de familia, desplazados, entre otros.
Explicación de la situación alimentaria y nutricional	Se centra en las condiciones de orden individual y biológicas: adecuación del consumo de energía y nutrientes	La explica con base en el contexto macro y micro y presenta en el análisis de manera sistemática la red de causalidad.
Análisis de consecuencias de la situación alimentaria y nutricional.	Prima la funcionalidad en la sociedad del individuo: educativo, laboral y salud.	Prima las implicaciones para el desarrollo del país.
Definición de políticas	Se definen políticas en alimentación y nutrición, con el propósito de reducir la malnutrición.	Se integran las políticas para el desarrollo social y económico con el fin que alrededor de la alimentación y nutrición se planifique el desarrollo local y regional. Se tiene la concepción que el desarrollo social y económico posibilita el desarrollo humano como base fundamental para el desarrollo.
Intervenciones	Están fundamentadas en los factores más proximales: como son los programas de complementación alimentaria, fortificación y suplementación alimentaria, atención de las morbilidades presentes y recuperación de la malnutrición.	Están fundamentadas en los factores más distales como causas estructurales de la situación alimentaria y nutricional. Integra las políticas públicas de los sectores: económico, educativo, salud, agricultura, empleo, distribución de la tierra y atiende de manera focalizada a los grupos de población con mayor vulnerabilidad.

Características	Enfoque	
	Reducido	Integral e Integrador
Intersectorialidad	Generalmente es responsabilidad del sector salud, por consiguiente las acciones, se movilizan en el espectro salud – enfermedad, con énfasis en la reducción de los factores de riesgo más próximos a la situación.	Es responsabilidad de todos los sectores del desarrollo y de la sociedad civil. Convoca las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, a las organizaciones comunitarias y a la empresa privada.
Interdisciplinariedad	El trabajo es realizado por profesionales de la salud: Nutricionistas, Médicos, Enfermeras, Bacteriólogos, entre otros.	El trabajo es realizado por profesionales de las ciencias: sociales (antropólogos, sociólogos), agropecuarias (agronomos y veterinarios), económicas (economistas y administradores), de la salud (Nutricionistas Dietistas, Médicos, Enfermeras, entre otros).
Participación comunitaria	Se le asignan tareas	Se promueve la participación ciudadana en todo el proceso para la generación de la política y en la planificación, organización, ejecución y seguimiento a las intervenciones alimentarias y nutricionales.
Seguimiento, control y evaluación	Se contabilizan las acciones y tienen relevancia indicadores de gestión: cobertura de vacunación, alimentos suministrados, cobertura de los programas de alimentación y nutrición.	Se evalúan los insumos, procesos, resultados e impacto de las acciones en alimentación y nutrición en los diferentes ámbitos, se promueve la participación de la comunidad y de los sectores del desarrollo social y económico.

Componentes del Eje de salud Alimentaria y Nutricional:

Seguridad alimentaria y nutricional:

El Consejo Nacional de Política Económica y Social, establece la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para el periodo 2008 – 2017 en la PSAN define que la Seguridad alimentaria y nutricional es la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa; además define los ejes de la SAN de la siguiente manera:

Disponibilidad de alimentos: es la cantidad de alimentos con que se cuenta a nivel nacional, regional y local. Está relacionada con el suministro suficiente de estos, frente a los requerimientos de la población y depende fundamentalmente de la producción y la importación.

Acceso: es la posibilidad de todas las personas de alcanzar una alimentación adecuada y sostenible. Se refiere a los alimentos que puede obtener o comprar una familia, una comunidad o un país.

Consumo: se refiere a los alimentos que comen las personas y está relacionado con la selección de los mismos, las creencias, las actitudes y las prácticas.

Aprovechamiento o utilización biológica de los alimentos: se refiere a cómo y cuánto aprovecha el cuerpo humano los alimentos que consume y cómo los convierte en nutrientes para ser asimilados por el organismo.

Calidad e inocuidad de los alimentos: se refiere al conjunto de características de los alimentos que garantizan que sean aptos para el consumo humano, que exigen el cumplimiento de una serie de condiciones y medidas necesarias durante la cadena agroalimentaria hasta el consumo y el aprovechamiento de los mismos, asegurando que una vez ingeridos no representen un riesgo (biológico, físico o químico) que menoscabe la salud. No se puede prescindir de la inocuidad de un alimento al examinar la calidad, dado que la inocuidad es un atributo de la calidad.

El acompañamiento familiar por medio de los profesionales en el componente de seguridad alimentaria y nutricional, se basa en el dar recomendaciones basadas en la disponibilidad de alimentos familiar para mejorar la utilización biológica de los mismos de manera que se brinden preparaciones donde la pérdida de nutrientes especialmente la vitaminas y minerales no sea significativa, de igual forma se brindan herramientas teniendo en cuenta la disponibilidad económica de la familia para realizar una compra de alimentos con mayor aporte nutricional.

Lactancia Materna:

La práctica y duración de la lactancia materna es un indicador que desde el nivel Nacional, Departamental y Local es monitoreado y el eje de salud Alimentaria y Nutricional se acompaña a las familias gestantes y lactantes para el reconocimiento de la importancia de la lactancia materna tanto para la familia como para la madre y el bebé. Los profesionales apoyados en las recomendaciones dadas por la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), realizan un acompañamiento donde la familia se dispone para recoger las recomendaciones dadas por los profesionales.

Hábitos de alimentación:

Es la forma y frecuencia con la cual un individuo o grupo de personas, selecciona, consume y utiliza los alimentos disponibles en respuesta a situaciones sociales, culturales y económicas por las cuales atraviesa o en las que vive.

La mayoría de la gente prefiere los alimentos que se usan en familia y el placer físico o psicológico es determinado en el grupo en que se nace y se crece, los gustos y los hábitos se forman a base de la experiencia personal e individual.

La infancia es la mejor época para el desarrollo de una actitud favorable ante la variedad de los alimentos, y aunque existen otra serie de factores en el origen y supervivencia de los hábitos y prácticas alimentarias, las relaciones económicas que estructuran la organización para la producción o importación de alimentos en la región, el nivel de ingreso de la familia, la capacidad adquisitiva y los

precios de los alimentos en el mercado, afectados por el gravamen de impuesto al valor agregado (IVA). Ha sido muy documentado el papel de los hábitos alimentarios en el desarrollo de las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y se estima que muchas de ellas y sus complicaciones podrían evitarse modificando algunos hábitos alimentación relacionados especialmente con la variedad de la alimentación, por grupos de alimentos, el equilibrio energético entre lo consumido y el requerimiento y con el consumo de grasas, carbohidratos, fibra, sodio, hierro y calcio; de esta forma los profesionales del eje de salud Alimentaria y Nutricional enfocan su plan de acompañamiento familiar hacia personas que tienen un diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles con el objetivo de brindar herramientas que propendan al mejoramiento de la calidad de vida de estas personas.

Manipulación y almacenamiento de los alimentos:

La inocuidad y calidad de los alimentos dependen del tratamiento que la familia ofrece a los alimentos dentro del hogar, la disminución del aporte nutricional, la aparición de enfermedades transmitidas por los alimentos al igual que la utilización biológica de los alimentos lo cual se revierte en un adecuado estado nutricional, tienen una estrecha relación con la manipulación y almacenamiento de los alimentos; el profesional del eje salud Alimentaria y Nutricional brinda a la familia acompañamiento en este componente con el objetivo de que la familia reconozca que dichas prácticas hacen parte de la gestión del autocuidado y proporcionan salud en el aspecto alimentario y nutricional.

Alimentación complementaria:

Se conoce como alimentación complementaria a todos aquellos alimentos diferentes a la leche materna que le son ofrecidos al niños una vez la leche materna no es suficiente para cubrir sus requerimientos nutricionales, que le permitan tener un crecimiento y desarrollo adecuado. La introducción de la alimentación complementaria no debe implicar la suspensión de la leche materna.

El objetivo de la alimentación complementaria es equilibrar las diferencias entre las necesidades nutricionales del niño que es más activo y tiene más edad con la cantidad que le provee la leche materna. Si no se satisfacen adecuadamente sus requerimientos calóricos y de nutrientes, el niño no crece o lo hace muy lentamente. Durante este periodo el niño aprende a comer los alimentos que consume la familia y es en este tiempo donde la leche pasa a ser reemplazada gradualmente por alimentos familiares, lo cual ocurre alrededor de los dos años.

La mayoría de niños están preparados fisiológicamente para recibir alimentos complementarios a los 6 meses de edad. Esta es la edad en que los nervios y los músculos de la boca se desarrollan suficientemente para que los niños puedan morder y masticar, y así consumir alimentos con otras consistencias; de esta forma los profesionales del eje dan recomendaciones desde el proceso de gestación y lactancia para generar un adecuado proceso de introducción de los alimentos basados en las recomendaciones dadas por la Estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

Estado nutricional:

De acuerdo con la OMS, la antropometría es una técnica poco costosa, portátil y aplicable en todo el mundo para evaluar el tamaño, las proporciones y la composición del cuerpo humano. Refleja el estado

nutricional, de salud y permite predecir el rendimiento y la supervivencia. Como tal, es un instrumento valioso actualmente subutilizado en la orientación de las políticas de salud pública y las decisiones clínicas.

Estado nutricional: Es el resultante físico del equilibrio entre el consumo de alimentos y nutrientes con el gasto energético habitual; así como el estado de salud del individuo. La valoración del estado nutricional de manera periódica permite realizar un seguimiento en el tiempo, que facilita la predicción de cambios y planificar las acciones que propendan por mantener el equilibrio y la salud. En los niños y adolescentes, se presentan etapas de crecimiento y desarrollo con diferentes características e implicaciones (hiperplasia e hipertrófica), las cuales deben ser seguidas de cerca y comparadas ya sea, de manera transversal (con los estándares de la OMS) o de manera longitudinal, (comparándose el individuo contra sí mismo).

Un estado nutricional satisfactorio, el diagnóstico y las acciones oportunas, influyen positivamente en los procesos cognitivos, en el equilibrio o balance metabólico y por ende en la prevención de aparición de enfermedades crónicas no transmisibles como el sobrepeso, la obesidad, diabetes, dislipidemias, hipertensión arterial, entre otras.

Para el adecuado diagnóstico nutricional la calidad del dato cobra real importancia, pues influye en la toma de decisiones para la elaboración del plan de acompañamiento familiar al igual que para el levantamiento de líneas de base reales y la medición y evaluación del impacto, de las diferentes acciones.

Logros:

Seguridad Alimentaria y Nutricional

- La familia consume como mínimo una porción de frutas o verduras al día.
- La familia consume diariamente un alimento fuente de proteína.

Lactancia Materna

- La familia reconoce la importancia de la lactancia materna

Hábitos de Alimentación

- Los integrantes de la familia consumen los alimentos juntos
- La familia prefiere el asado y el cocinado como métodos de preparación de los alimentos
- La familia define un horario para el consumo de los alimentos

Manipulación y almacenamiento de los alimentos

- Los integrantes de la familia se lavan las manos antes de consumir los alimentos
- La familia utiliza agua hervida para la preparación de los alimentos
- La familia lava las frutas y verduras antes de ser consumidas

- La familia evalúa la calidad de los alimentos antes de comprarlos

Alimentación complementaria

- La familia inicia la introducción de los alimentos a los 6 meses de edad

4.6.1.3. Eje Salud Mental.

Objetivos específicos:

- Facilitar y construir con las familias de Medellín, aprendizajes para la convivencia armónica y el fortalecimiento de los procesos resilientes, orientados a la Promoción del Autocuidado en la Salud Integral, con énfasis en lo emocional/mental.
- Reconocer, identificar y caracterizar la situación de Salud psicoemocional/mental de las familias priorizadas para el Programa de APS Salud en el Hogar, mediante visita al hogar por parte del profesional en Psicología.
- Formular, acordar y orientar a las familias mediante un Plan Familiar para la promoción de la Salud Mental, la identificación oportuna de riesgos psicosociales y la orientación a servicios para la atención temprana de estos, según la RED de atención de la ciudad de Medellín.

Referentes conceptuales

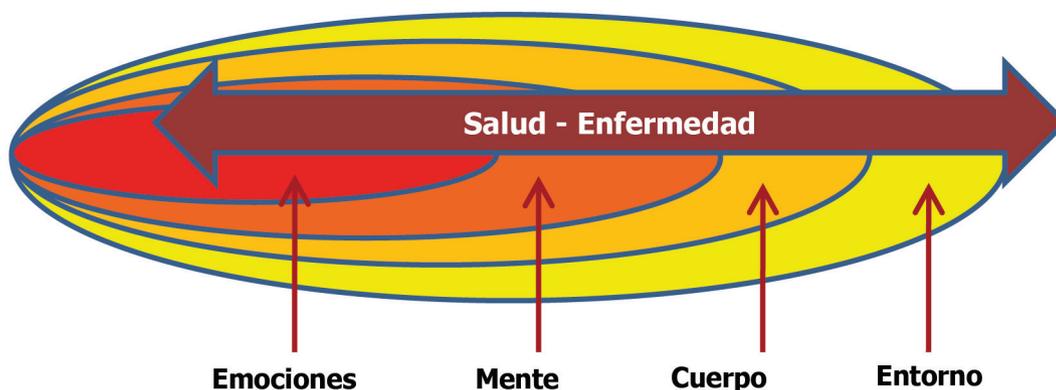
La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, participar en un entorno laboral, intelectual y social de manera productiva y alcanzar un bienestar y calidad de vida, además es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

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.

En la concepción de la Salud como derecho humano, la Salud Mental es el derecho a vivir en un equilibrio psico-emocional que, no implique más sufrimiento que el esfuerzo necesario para mantener ese equilibrio o para lograr otro más adecuado ante circunstancias desequilibrantes o displacenteras.

Puede decirse que las personas pueden vivir con un cierto nivel de desequilibrio, y que la salud mental de las personas oscila en un continuum de salud – enfermedad, afectado por las vivencias emocionales, mentales, corporales y relacionales, como nos muestra el siguiente gráfico.

Gráfico 1: Continuum Salud Enfermedad Mental



Fuente: Secretaria de Salud de Medellín. 2014.

El síntoma, generalmente es de aparición lenta, silenciosa y hasta oculta por cuanto estamos más dispuestos a reconocer una afección orgánica, antes que darnos cuenta de un sufrimiento psíquico y una necesidad de atención, otras veces aparece en situaciones traumáticas que desbordan la capacidad psíquica del sujeto, no obstante cuesta reconocerlo, debido a los diversos mecanismos empleados inconsciente o conscientemente para velarlo. Es por ello que se requiere una orientación muy precisa, clara, desmitificante y humanizante del ser psíquico.

Pese a que el panorama mundial en salud Mental es bastante preocupante, aun no se cuenta con sistemas eficientes y oportunos en la prevención y atención de estos trastornos, dada la evolución algunas veces silenciosa e íntima del sufrimiento. No obstante:

Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias son prevalentes en todas las regiones del mundo y son importantes factores que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad prematura. El 14% de la carga mundial de morbilidad puede atribuirse a estos trastornos. (Organización Mundial de la Salud, 2008, párr. 1).

Situación agravada por "la estigmatización hace que a menudo sean aislados y no reciban los cuidados que necesitan" (Organización Mundial de la Salud, 2006, párr. 1) muchas veces estas personas con afecciones mentales "están expuestos en todo el mundo a una amplia gama de violaciones de los derechos humanos" (2008, párr. 1) .

Según datos de la OMS,

La depresión afecta a más de 350 millones de personas de todas las edades y en todas las comunidades, y contribuye de modo significativo a la carga mundial de morbilidad. Se dispone de tratamientos eficaces contra la depresión, pero el acceso a ellos es problemático en la mayoría de los países, y en algunos solo lo reciben menos del 10% las personas que lo precisan. (Organización Panamericana de la Salud, 2012, párr. 5)

Entorno familiar

El hogar es “el lugar donde se ama y se es muy feliz, pero también puede ser el lugar donde existe mucho dolor e infelicidad”

Teresa Maldonado (Lujan, 2010)

La familia como grupo social ha experimentado grandes cambios en las últimas décadas, sobre todo en su estructura lo cual plantea nuevos retos y cambios también en lo funcional. La migración, la separación, el divorcio y la conformación de nuevos hogares, entre otros fenómenos de la sociedad actual, han dado paso a otro modelo familiar. En ese nuevo contexto la familia debe continuar manteniendo su tarea sociocultural de apoyo, pertenencia, protección social, formación, identidad y afecto.

Entre las importantes tareas sociales de la familia, relacionadas directamente con la preservación de la vida humana, su desarrollo y bienestar, se pueden relacionar:

Función biológica, por medio de la familia se reproduce la especie y se incorporan nuevas vidas a un determinado grupo social.

Función educativa, el aprendizaje humano se inicia en la familia; en ella se adquieren los primeros hábitos, se conocen los valores y se adquieren los elementos necesarios para el desarrollo social.

Función económica, la familia actúa como unidad consumidora y vela por la estabilidad y seguridad económica de sus miembros satisfaciendo las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.

Función solidaria, se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.
Función protectora, se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos.

La Salud Familiar no es un estado estático, sino está sometido a un proceso de transformación, donde juegan un papel fundamental las potencialidades con que cuenta la familia.

Debido a esto, es de gran importancia trabajar sobre el mejoramiento y mantenimiento de la salud de esta, ya que en la medida que se intervenga en el entorno hogar, se intervendrá y repercutirá implícitamente a la sociedad. La familia como grupo social encarna y desarrolla, mediante la ejecución de sus actividades vitales y la estructuración de sus relaciones sociales, el modo de vida de la sociedad. La disfuncionalidad familiar se constituirá como tal, a partir del inadecuado desarrollo de las funciones anteriormente enunciadas como una aproximación al concepto de salud Mental familiar; se puede decir que es la capacidad de mantener el bienestar psicosocial de las personas que viven bajo un mismo techo. Una familia saludable permite que sus miembros se desarrollen adecuadamente, se sientan bien y puedan hacer planes para su vida.

Recientemente se habla de un incremento en las enfermedades mentales en niños, adolescentes y adultos, lo cual nos hace reflexionar sobre la importancia de desarrollar y mantener un núcleo familiar sano, basado en la comunicación y el respeto y en el que sus integrantes puedan crecer con amor propio, seguridad en sí mismos y capacidad relacional con su entorno.

Dinámica familiar:

En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento. Si esta dinámica resulta adecuada y flexible, o sea, funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar. (Zaldívar, 2007, párr. 1).

La comunicación familiar refleja los patrones de interacción a través de los cuales los miembros de una familia intercambian mensajes con contenidos afectivos, informativos o normativos. La adecuación o inadecuación de los patrones comunicativos familiares juega un rol principal en la funcionalidad o disfuncionalidad de la misma.

Esta dinámica otorga a cada familia su identidad, la cual se refleja en sus pautas de crianza, sus formas de organización y su sistema de valores, para constituir el crecimiento y desarrollo de sus miembros a nivel individual y familiar.

El programa Salud en el Hogar, en su eje de Salud Mental, cuenta con un grupo de psicólogos que aborda la dinámica familiar desde el fortalecimiento de procesos resilientes, para enfrentar de manera oportuna y efectiva factores de riesgo en salud integral como consumo abusivo de SPA, violencias, trastornos mentales, trastornos del comportamiento, desadaptativos y otras formas de malestar psíquico. Brinda apoyo y orientación a las familias para el acceso a programas y servicios de Salud mental, desde un enfoque de derechos y desmitificación de la "Psiquis" como parte esencial del SER humano.

Las estrategias tempranas de acompañamiento en familias requieren poner el acento en los recursos propios, en "los factores protectores" familiares o "factores resilientes"

El concepto de resiliencia se entiende como "La capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas", como lo expresa bellamente Boris Cyrulnik ***"Cuando un grano de arena penetra en una ostra y la agrede hasta el punto que para defenderse, esta debe secretar el nácar redondeado, la reacción de defensa da como resultado una perla preciosa."***

Institute on Child Resilience and Family, (1994) define La resiliencia como "la habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva". Para efecto de la intervención a realizar se tendrá en cuenta la resiliencia relacional: familiar y grupal: propone una concepción sistémica de la resiliencia, enmarcada en un contexto ecológico y evolutivo, y presenta el concepto de resiliencia familiar atendiendo a los procesos interactivos que fortalecen con el transcurso del tiempo tanto al individuo como a la familia (Walsh, 2006) La resiliencia relacional puede seguir muchos caminos, variando a fin de amoldarse a las diversas formas, recursos y limitaciones de las familias [y los grupos] y a los desafíos psicosociales que se les plantean. En este sentido se pueden señalar: reconocer los problemas y limitaciones que hay que enfrentar; comunicar abierta y claramente acerca de ellos; registrar los recursos personales y colectivos existentes y organizar y reorganizar las estrategias y metodologías tantas veces como sea necesario, revisando y evaluando los logros y las pérdidas.

Para esto es necesario que, en las relaciones entre los componentes del grupo familiar, se produzcan las siguientes prácticas: actitudes demostrativas de apoyos emocionales (relaciones de confirmación y confianza en la competencia de los protagonistas); conversaciones en las que se compartan lógicas (por ejemplo, acuerdos sobre premios y castigos) y conversaciones donde se construyan significados compartidos acerca de la vida, o de acontecimientos perjudiciales, con coherencia narrativa y con un sentido dignificador para sus protagonistas.

En resumen, los elementos básicos de la resiliencia familiar serían: cohesión, que no descarte la flexibilidad; comunicación franca entre los miembros de la familia; reafirmación de un sistema de creencias comunes, y resolución de problemas a partir de las anteriores premisas. El abordaje de la dinámica familiar busca identificar y fortalecer procesos resilientes en las familias en aspectos del desarrollo humano y la salud emocional y mental (dinámica relacional, comunicación afectiva, bienestar emocional, sexual, mental, autoridad y crianza), en los subsistemas familiares: conyugal, parental, fraternal.

Cada familia tiene sus formas de enfrentar las adversidades y es a partir de las fortalezas y potencialidades de la familia que los psicólogos de APS SEH fundamentarán el PLAN FAMILIAR y definirán el acompañamiento de la familia, teniendo en cuenta que la Salud en el Hogar no es la suma de la salud de sus miembros, sino las condiciones en las cuales, como grupo, facilitan o dificultan sus procesos de vida y desarrollo humanos. Dado que la dinámica familiar Comprende los diferentes procesos biológicos, psicológicos y sociales, los cuales están encamados a su conservación. Dichos procesos incluyen la afectividad, la autoridad y la comunicación, todo esto enmarcado en el cumplimiento de la función socializadora.

“La afectividad es el nivel de intimidad y apego que se da entre los miembros de una familia. Se expresa en la preocupación mutua por las necesidades de todos y cada uno, y es la principal fuerza de cohesión de la familia”. (Agudelo, 1999, p.36.) En la vivencia el afecto las personas pueden estar expuestas al rechazo, la sobreprotección y la aceptación.

La autoridad es el eje conductor que integra y guía el cumplimiento de todas las funciones familiares a través del control. Debe ser ejercida por ambos padres o en su defecto uno de los progenitores debe asumirla para lograr una adecuada dinámica familiar. Si la autoridad va a ser definida por ambos padres o si va a ser compartida o delegada a otra persona, familiar o no, es importante que quien tenga la responsabilidad para ejercerla cuente con el respeto y apoyo de la familia, además debe haber una negociación de acuerdos y normas para una adecuada interacción el grupo familiar. Existen varios tipos de autoridad, se recomienda el tipo Democrático porque:

...permite la comunicación y estimula el desarrollo de sus miembros. Quien la ejerce está seguro de sí mismo, reconoce valores en los demás y admite puntos de vista diferentes. Una autoridad democrática fomenta la creatividad ya que los hijos pueden participar de acuerdo a su edad en las decisiones siempre y cuando estén dentro de los límites definidos por los padres. (Alcaldía de Medellín, S.f., p. 13) La comunicación en la familia, es un proceso a través del cual todos sus integrantes entran en contacto para compartir mensajes y expresarse mutuamente afectos. Por lo tanto la comunicación sirve al propósito de unir y mantener en armonía a sus miembros, los ayuda a superar conflictos y dificultades

y ante todo, les permite establecer un contacto afectivo permanente. (Agudelo, 1993, p.1)

La socialización es una de las funciones que el compete cumplir a la familia ya que esta la primera escuela de formación en la cual el individuo aprende a reconocerse a sí mismo y a los demás. Es la familia la que a través de las interacciones cotidianas, posibilita que cada integrante del grupo familiar pueda formar parte activa de la sociedad.

El modelo de acompañamiento desde la promoción y la educación por el psicólogo en el programa APS Salud en el Hogar, está basado en la propuesta del construccionismo social, el aprendizaje experiencial, el aprendizaje significativo y los procesos resilientes. A continuación se realizara un breve acercamiento a esto conceptos.

El construccionismo entiende la ayuda en términos de sentido; es decir, enfoca el tratamiento hacia las posibilidades de desarrollo de las familias. Evidentemente, los cambios vendrán determinados por la estructura de la misma y la interacción con el psicólogo. Su expectativa es que el diálogo puede hacer surgir una historia nueva. De aquí que el rol de éste sea activo, facilitando la conversación con la intención de crear un ambiente nuevo, lleno de seguridad, donde la familia pueda expresarse con plenitud y encontrarse con todo su potencial.

El aprendizaje significativo está referido a utilizar los conocimientos previos de la familia para construir un nuevo aprendizaje. El profesional se convierte sólo en el mediador entre los conocimientos y la familia, ya no es él, quien simplemente los imparte, sino que los integrantes participan en lo que aprenden, para lograr la participación de estos, se deben crear estrategias que permitan que se hallen dispuestos y motivados para aprender. Este aprendizaje ocurre cuando, al llegar a la mente una nueva información, se interioriza, es decir, modifica la conducta; elaborando conocimientos (haciendo referencia no solo a conocimientos, sino también a habilidades, destrezas, etc.) Con base en experiencias anteriores relacionadas con sus propios intereses y necesidades.

Aprendizaje experiencial es aprender haciendo. Es una forma de abordaje que involucra activamente a la familia en el proceso de aprendizaje, permitiéndole aprender de ella misma, no del profesional. Implica "vivir y sentir" el aprendizaje, no sólo escuchar o ver. De esta forma los participantes toman buena parte del control del proceso, se vuelven responsables y por lo tanto están más estimulados y enfocados a aprender. El proceso parte de la situación individual de cada participante y busca la forma de mejorar su capacidad por medio de experiencias concretas. Luego de participar activamente de estas experiencias los participantes reflexionan sobre lo que ocurrió o no ocurrió durante la visita. Esta reflexión posterior les ayudará a comprender los fenómenos y a anticipar las aplicaciones prácticas de lo hecho, en las situaciones reales de su vida.

Componentes del eje salud mental

Para poder realizar una adecuada intervención el psicólogo deberá manejar conceptualmente los posibles temas que abordara con la familia, en las guías metodológicas que se elaboraran para tal fin, se encontrará un acercamiento conceptual a cada temática, sin embargo es responsabilidad de cada profesional continuar capacitándose al respecto.

Con base en estos conceptos, el programa APS Salud en el Hogar, a través del eje de Salud Mental prioriza los siguientes aspectos a abordar en el Plan familiar:

- Comunicación y afecto: se busca mejorar la confianza, objetividad, respeto, capacidad de escucha, comunicación afectiva mejoramiento de La dinámica relacional y el clima psicoemocional de la familia.
- Autoridad y Pautas de Crianza: el reconocimiento y respeto, autoridad basada en mensajes claros, verbales y no verbales, definición de normas y condiciones claras, negociación de las normas, coherencia, pertinencia, integridad. apoyo a la familia en su función social de construcción de ciudadanía.
- Sexualidad: fomento del amor propio, información clara, oportuna y adecuada para la edad y condición, escucha respetuosa, respeto por la intimidad. Plan de vida joven, Orientación en toma de decisiones y orientación a programas de anticoncepción y planificación familiar.
- Manejo de conflictos y violencia intrafamiliar: identificación de habilidades, orientación y transferencia de herramientas comunicacionales para la solución de conflictos. Prevención, orientación y seguimiento a riesgos y situaciones manifiestas de violencia intrafamiliar, orientación en comunicación asertiva. Orientación a la RED de atención de las violencias.
- Trastornos de Atención, a las familias con niños en edad escolar orientación para la detección oportuna y atención familiar en riesgos de TDA, apoyo al desarrollo de capacidades en el niño, orientación a padres para el trabajo coordinado con el entorno escolar.
- Depresión, Suicidio: orientación en la detección oportuna de trastornos y búsqueda de alternativas de atención, para riesgos y/o casos de depresión, retraimiento, distimia, ideación suicida, entre otros.
- Trastornos De Ansiedad Y Consumos Factores de riesgos asociados con consumos: identificación de trastornos de ansiedad y mecanismos adictivos, reorientación de la relación sujeto- sustancia- mecanismos de consumo. información orientación en servicios y mecanismos de acceso, seguimiento. Aborda riesgos de consumo indebido de Sustancias legales e ilegales, trastornos alimentarios, ludopatías, entre otros.

Logros



Fuente: Secretaria de Salud de Medellín. 2014.

4.6.1.4. Eje Tejido Social en Salud.

Objetivo general

Acompañar y orientar en el impulso conjunto de acciones en la Unidad Básica Territorial (Comunas y/o corregimientos) desde la perspectiva de derechos, con base en procesos de educación para la salud, participación comunitaria y social y la dinamización de las redes sociales en salud, que permitan el fortalecimiento del tejido social en salud y la movilización social para la salud.

Objetivos Específicos

- Promover la educación para la salud, con base en el desarrollo de espacios de encuentro con los grupos, organizaciones sociales e instituciones, para el fortalecimiento del autocuidado y cuidado del entorno.
- Contribuir al ejercicio de la participación social y comunitaria en salud y la dinamización de las redes sociales en salud en los diferentes escenarios del territorio.
- Complementar la atención integral a las familias y comunidades mediante la articulación en el trabajo intrasectorial y extrasectorial, para la información de los servicios, programas de salud y los recursos comunitarios existentes promoviendo su adecuada utilización.

Referente conceptual

Tejido Social en Salud: La apuesta teórica y metodológica que sustenta el desarrollo del Programa “APS Salud en el Hogar” desde el entorno comunitario reconoce el tejido social, como el conjunto de redes sociales de tipo formal e informal, que se sustentan en principios como el de la vida en común, la confianza y la solidaridad. Estas redes sociales según la Organización Mundial de la Salud son aquellas “Relaciones y vínculos sociales entre las personas que pueden facilitar el acceso o movilización del soporte social a favor de la salud” (Organización Mundial de la Salud, 1998: p. 30).

El trabajo en red es un elemento clave en la organización social, la participación, la gestión y construcción del desarrollo. Un tejido social fuerte es sinónimo de solidaridad, de saberse protegido ante las adversidades y permite contar con familiares y vecinos para el abordaje de acciones colectiva. “El entramado de relaciones cotidianas que implican a su vez relaciones de microvínculos en un espacio local y social determinado como lo es el barrio, donde sus habitantes (vecinos) como actores sociales aportan procesos de participación, organización, ciudadanía, democracia, cultura, recreación y capital social al relacionarse entre ellos para obtener algún fin determinado y al interactuar con su entorno y medio macro-social”. (Castro y Gachon, 2001).

El Tejido Social en Salud, permite fortalecer las confianzas entre los actores, para compartir información, cruzar agendas, trazar estrategias sobre situaciones y acciones que pueden ser desarrolladas en el territorio. Es así como se pretende a partir de la participación en el entorno comunitario, potenciar espacios colectivos que favorezcan la identificación de las situaciones problemáticas de las comunidades y sus necesidades para la toma de decisiones frente a lo que les sucede en su vida cotidiana, como posibilidad concreta de desarrollar acciones dirigidas a la promoción de su salud y la prevención de la enfermedad.

Un sistema basado en la APS debiera ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socio-económico, debiera fundamentarse en valores compartidos que involucren mecanismos de participación activa para garantizar la transparencia y la rendición de cuentas en todos los niveles. Esto incluye actividades que facultan a los individuos para que manejen mejor su propia salud y que estimulan la capacidad de las comunidades como socios activos en la determinación de prioridades, la gestión, la evaluación y la regulación del sector de la salud. Ello implica que las acciones individuales y colectivas, que incorporan el sector público, el privado y la sociedad civil, deben encaminarse a la promoción de entornos y estilos de vida saludables. (OPS-OMS: 2007, p. 14.) .

Educación para la Salud: La educación para la salud contempla la información sobre las condiciones de la población que influyen en la salud, la identificación de los factores de riesgo, el estímulo de habilidades personales para mejorar la salud, que puede verse reflejada en los distintos entornos.

En consonancia con los lineamientos de la Organización Panamericana de Salud, la estrategia de IEC, se retoma en el Plan de Salud Municipal 2012 -2015, como herramienta transversal en el marco de la APS, para “fomentar en los individuos, la familia y la comunidad, prácticas de comportamientos saludables, la demanda oportuna de los servicios y el ejercicio de sus derechos y deberes” (Secretaría de Salud 2012: p. 75).

Es así como para incidir en el desarrollo de los grupos sociales se debe fortalecer las capacidades de cada sujeto y de sus comunidades para estimular cambios en relación con los conocimientos, actitudes e incluso favorecer la transformación de prácticas en la población con relación al reconocimiento de sus deberes y derechos en salud, mediante el ejercicio de los mecanismos de participación y control social.

Participación para la Salud: Según Campos (1988) la participación es un proceso dinámico.

En tanto se da un mundo cambiante donde se hace necesaria la acción rápida y decidida de quienes hacen parte de él, y un proceso integral que permite a la vez desarrollar tres procesos sociales básicos como son: Un proceso de conocimiento del propio individuo, del medio en el cual se desenvuelve y se relaciona con los demás, de sus prácticas y costumbres familiares, sociales, políticas, etc.; un proceso de educación del individuo que posibilita transformar su entorno y la manera de relacionarse con los demás, con el fin de lograr el bienestar general; un proceso de acción del individuo que le permite llevar a cabo transformaciones más convenientes para el bienestar de su comunidad.

Un sistema de salud basado en la APS se guía por principios como “dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad” (OPS-OMS: 2007, p. 8).

En la implementación de la estrategia de APSR en las comunas y corregimientos de la ciudad de Medellín, se propende fomentar la participación social en salud como elemento fundamental para el fortalecimiento del tejido social en salud. El término de participación se desarrolla desde diversos niveles, en el caso específico se dará cuenta de la participación comunitaria y social.

La participación comunitaria, brinda la oportunidad a las personas de involucrarse de manera activa en las decisiones sobre su propia salud y sobre los servicios de salud para su comunidad. Se planea, ejecuta y valora con los colectivos en los cuales se realiza el abordaje.

La participación social, se constituye en un principio al igual que la Intersectorialidad, que estimula desde los distintos sectores del desarrollo la planeación, gestión, control social y evaluación de las propuestas y acciones implementadas. Y es en este punto donde la participación social se constituye en un elemento fundamental del desarrollo de un pueblo, al convertirse en garante del logro de las transformaciones y reflexiones en torno a los temas que implican cambios de concepción o de prácticas colectivas. Es así como se deberá “promover la vinculación efectiva de la población para garantizar que las prioridades en salud y bienestar territorial respondan a las necesidades sentidas de los grupos sociales” (Plan de Salud Municipal, 2012, p. 18).

Tanto la participación como la intersectorialidad se convierten a su vez en componentes de la Estrategia.

La participación se constituye en uno de los medios posibles para alcanzar el mejoramiento de las condiciones de los grupos humanos.



Fuente: Secretaria de Salud de Medellín. 2014.

La metodología empleada desde el Eje de tejido social en salud privilegia el enfoque participativo intentando generar cambios a largo plazo en el individuo, la familia, la escuela y la comunidad.

Dinamización de redes

Este contenido se da en dos vías: el fortalecimiento de las "Redes sociales" en el tema de salud y de las "Redes" como la "Agrupación de individuos, organizaciones y agencias, organizados de forma no jerárquica entorno a temas o preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa y sistemática, sobre la base del compromiso y la confianza" (OMS, 1998, p. 27), como un nivel formalizado en las relaciones de las organizaciones.

Coordinación del trabajo intersectorial e interinstitucional

Desde la estrategia de APS y específicamente el eje tejido social en salud se evidencia la necesidad y el reto del trabajo interdisciplinario, articulado, intersectorial y transectorial, con un enfoque ecosistémico que permita incidir en los determinantes de la salud, y permitir el logro de las metas que no podrán ser impactadas totalmente con un plan sectorizado. (Plan de Salud Municipal, 2012: p. 19).

De esta manera se pretende fomentar la coordinación del trabajo intersectorial e interinstitucional en el establecimiento acciones para la complementación de la atención integral a las familias y comunidades, con base en el desarrollo de los programas y proyectos en pro de la protección y bienestar de la población del territorio.

Componentes del eje de tejido social en salud

Componente Caracterización Comunal en Salud

Propósito:

- Realización de la caracterización comunal mediante la revisión de información secundaria, y la participación de los habitantes y los representantes de las organizaciones de participación comunitaria y social e instituciones del territorio, en el levantamiento de la información comunal, desde el conocimiento de su realidad física, espacial, social, organizacional, económica, cultural, política, ambiental y de salud.

Acciones:

- Revisión del Plan de Salud Municipal.
- Revisión de determinantes sociales de la salud en el entorno comunitario.
- Diseño de instrumento para la realización de la caracterización.
- Recorrido para el reconocimiento territorial.
- Recolección de información comunitaria mediante la metodología de Cartografía Social a partir del mapeo de territorio y la identificación de problemáticas detectadas, necesidades que se identifiquen y factores protectores.
- Identificación de grupos, organizaciones sociales e instituciones.

Componente Oferta de servicios sociales y de Salud.

Con base en la información suministrada por los actores sociales y los integrantes del EBAS, se identifica y/o actualiza el inventario de las instituciones de salud y las organizaciones de participación comunitaria de cada territorio.

Actualización de la información relacionada con los líderes y lideresas, institucionales y comunitarios que despliegan acciones en cada uno de los territorios acompañados por la estrategia APS.

Este acercamiento directo por parte de los integrantes del equipo, posibilita la contextualización de la propuesta.

Se realiza un levantamiento de información de rutas para la orientación hacia otros programas o servicios sociales o de salud y su seguimiento.

Propósito:

Definir las rutas de los Servicios Sociales y de Salud brindados por diversas instituciones y organizaciones con presencia en el territorio para orientar a la población al acceso, con base en sus necesidades específicas.

Acciones:

- Identificación de líderes y lideresas del territorio y actualización de su información.
- Elaborar y actualizar el inventario de instituciones y organizaciones sociales y comunitarias del territorio), con el apoyo de los integrantes del Equipo Básico de Atención en Salud (EBAS), con base en los siguientes criterios:
 - Datos personales de los líderes y lideresas.
 - Las direcciones completas y sus números telefónicos.
 - Los procesos o servicios que brindan a la comunidad.
 - Las dinámicas de los servicios (tiempos, acceso, población atendida).
 - Levantamiento de portafolio de servicios de las instituciones, organizaciones sociales y grupos.
 - Identificación de programas ofertados por la Administración Municipal en el territorio.
 - Identificación de programas de promoción y prevención: Crecimiento y desarrollo, vacunación, joven sano, sexualidad responsable, hipertensión.

Estrategia orientación Servicios Sociales y de Salud.

Propósito:

Brindar información sobre los servicios de salud existentes y la promoción de los programas y proyectos de salud, estimulando a su adecuada utilización en relación con las demandas, necesidades y posibilidades en salud.

Acciones:

- Los profesionales en Trabajo Social, brindan información a los integrantes del EBAS sobre la oferta de servicios sociales y de salud de los grupos, organizaciones e instituciones visitadas.

- Gestionar y apoyar el desarrollo de actividades individuales y grupales contenidas en el Plan Obligatorio de Salud y en el Plan Decenal de Salud Pública para el acceso a los programas de promoción y prevención y las acciones de detección del riesgo en salud.
- Definir la ruta de remisiones entre y las EPS-C y EPS-S y con la red pública, para la atención de la población según los nuevos lineamientos del POS y todos los planes de beneficios, acorde a las competencias legales.
- Informar y orientar a las familias y la comunidad sobre los programas, proyectos y actividades que se desarrollan en el territorio de los que pueden participar y beneficiarse, relacionados con la oferta de servicios brindados para mejorar su salud.
- Así mismo se orienta a las familias para el acceso y continuidad en los programas promoción de la salud y Prevención de la enfermedad: control Prenatal, Crecimiento y Desarrollo, vacunación, Planificación familiar.
- Orientación y acceso a servicios de anticoncepción, joven sano, entre otros. Actividad física y deporte.
- Orientación en la detección oportuna de trastornos de ansiedad, depresión, trastornos del comportamiento y la búsqueda de alternativas de atención (orientación y seguimiento al acceso a servicios).
- Orientación a servicios de salud y servicios sociales como es el caso de los niños y niñas que se encuentran en edad escolar y participan de programas de complementación alimentaria, en esta edad y en conjunto con los integrantes de la familia.
- Oferta de servicios: información orientación en servicios y mecanismos de acceso, seguimiento.
- Verificación de la inscripción y asistencia de la población a los programas de promoción y prevención a través de los sistemas de información existentes en la Subsecretaría de Aseguramiento y otras fuentes.

Componente Educación para la salud

Fortalece el autocuidado y cuidado del entorno mediante procesos formativos y de acompañamiento a los integrantes de grupos sociales, organizaciones comunitarias e instituciones con presencia en el territorio, con base en la socialización de sentires, saberes y la comunicación de experiencias que influye de manera decisiva en su salud, a partir del reconocimiento de los derechos y deberes en salud, y el empoderamiento del estado de salud de su comunidad.

La Secretaría de Salud de Medellín ha dirigido sus esfuerzos en la inversión en el fortalecimiento del capital humano con base en la formación en salud, de manera que se dimensione la corresponsabilidad como pieza fundamental para garantizar el ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos, mediante estrategias de Información, Comunicación y Educación que le permitan a la comunidad tomar decisiones adecuadas.

Acercarnos al proceso salud- enfermedad implica tener en cuenta que las creencias en torno a estar sano o enfermo, marcan de forma significativa la percepción de los usuarios frente a los servicios de salud y su utilización. Es relevante el desarrollo de procesos de acompañamiento pedagógico que incluyan estrategias de información, educación y comunicación, en donde la construcción de saberes se geste desde el reconocimiento del otro como sujeto de interlocución, con unos aprendizajes previos los cuales deben ser verbalizados y respetados.

El estímulo al desarrollo de habilidades cognitivas que influyen en las prácticas cotidianas de las personas frente al autocuidado, la adquisición de hábitos de vida saludables, la participación de la familia y la comunidad, la capacidad de los grupos o comunidades para hacer valer sus derechos y cumplir los deberes, permiten el mejoramiento de las condiciones de vida de una población.

Propósito:

- Realizar actividades de Información, Educación, Comunicación con las organizaciones sociales y comunitarias, instituciones y grupos sociales, con presencia en el territorio en temas relacionados con la salud para el fortalecimiento del tejido social en salud.
- Promover el ejercicio de la participación social y comunitaria en salud en los diferentes escenarios del territorio.

Acciones:

- Revisión bibliográfica, estado actual del conocimiento en los temas sugeridos teniendo en cuenta los determinantes sociales en salud.
- Identificación de acciones educativas que se relacionan con la salud.
- Elaboración e implementación de un plan de formación para los distintos grupos, organizaciones e instituciones y a la comunidad en general en coordinación con el grupo interdisciplinario, sobre prioridades en salud pública, mediante el desarrollo de sesiones educativas que incluyan los contenidos de información, educación y comunicación y promoción de la salud y prevención de la enfermedad con énfasis en salud colectiva y participación social y comunitaria, cuyo propósito es fortalecer los vínculos sociales y favorecer los principios de cooperación y solidaridad en la población de los territorios acompañados con la estrategia APS, para contribuir a la salud integral de las personas, familias y comunidades.
- Diseño de Guías metodológicas de cada sesión educativa (Con abordaje conceptual y metodológico: temática, objetivos, indicadores de logro, momentos del desarrollo, actividades, recursos, referencias bibliográficas y anexos conceptuales).
- Elaboración de material pedagógico de apoyo para el desarrollo de cada sesión educativa.
- Desarrollar sesiones educativas por medio de estrategias de información, educación y comunicación

en salud que permiten potencializar los factores protectores y de esta manera aminorar los factores de riesgo en los participantes, según las necesidades identificadas en grupos poblacionales como: niños y niñas, jóvenes, mujeres, madres comunitarias, Comités de Salud de las JAC, adulto mayor, entre otros, mediante Sesiones Educativas con base en los Ejes de la estrategia APS y con base en la Ley 1438 de 2011, con sus Decretos regulatorios y los planteamientos construidos en torno a la educación para la salud (OMS). Teniendo en cuenta los hallazgos de la caracterización comunal en salud.

Sesiones Educativas

Se busca que los contenidos propuestos pasen no sólo por el interés informativo sino sobre todo, por instancias más profundas que tienen que ver con inquietudes, dudas, temores, ansiedades y expectativas personales de las y los participantes; de esta manera, la sesión educativa no se quedará en el nivel informativo ni como una actividad más, sino como un acto personal que lleva a preguntarse por el significado singular de las temáticas trabajadas desde el juego, el cuerpo y los sentires.

La sesión educativa es un espacio de enseñanza aprendizaje que estimula el análisis, el diálogo y la reflexión sobre un tema determinado, que en este caso hace énfasis en la salud. El desarrollo de sesiones educativas fomenta habilidades para dinamizar la participación de los grupos, organizaciones e instituciones.

Se estimula el desarrollo de habilidades:

- Cognitivas que fortalecen algunos elementos conceptuales relacionados con aspectos básicos de la salud e influyen en las prácticas cotidianas de las personas frente al auto-cuidado, la adquisición de hábitos de vida saludables, el estímulo a la participación en la familia.
- El desarrollo de acciones de promoción y prevención, para identificar sobre factores sociales, familiares y personales que influyen en la salud del sujeto y propician su bienestar. Permiten la identificación de factores protectores y de riesgo significativos en la población del territorio.
- El desarrollo de habilidades en las personas, los grupos u organizaciones para hacer valer sus derechos y/o cumplir los deberes, favoreciendo el conocimiento de los mecanismos que le permitan acceder a la atención en salud, como un ejercicio de corresponsabilidad y participación social para el fortalecimiento del control social del sistema de salud.

Estrategia de Socialización

- Jornadas de sensibilización sobre la Estrategia de APS y el Programa “Salud en el Hogar” en la comunidad de cada territorio.
- Jornadas de socialización de los resultados del Programa “APS Salud en el Hogar” en la comunidad de cada territorio, el perfil epidemiológico.

Propósito:

- Brindar información relacionada con la implementación de la estrategia APSR a líderes y lideresas institucionales y comunitarios, para el fortalecimiento del posicionamiento del proyecto en el ámbito local.
- Socialización del Plan de Salud Municipal, de la Estrategia APS y el Programa "Salud en el Hogar" y/o Caracterización Comunal en Salud.
- Brindar Información sobre la estrategia de APS.

Acciones:

- Preparación del material para la socialización.
- Convocatoria a los representantes de la comunidad para la socialización.
- Validación por los actores involucrados, garantizando la confiabilidad de la información recolectada.
- Presentaciones diseñadas.
- Informe de la Socialización.
- Listados de asistencia a las Socializaciones.
- Registro fotográfico.

Estrategia de Acciones Colectiva en Salud (Jornadas lúdico Saludables).

Esta propuesta de actuación tiene en cuenta para su implementación el desarrollo de actividades educativas comunitarias que permite medir la capacidad de respuesta y la motivación de la población, así como la aproximación a la percepción del posible impacto de las acciones de salud en el territorio. Además cuenta con encuentros lúdico reflexivos que parten de una premisa fundamental, las personas aprenden mejor cuando entran en contacto directo con sus propias experiencias y vivencias. Esta metodología se desarrollará mediante un amplio conjunto de técnicas que buscan la reflexión en los diferentes espacios formativos a partir de las experiencias, saberes y sentires de las y los participantes.

Propósito:

- Brindar a los asistentes la oportunidad de acceder a los programas de promoción y prevención de forma extramural y orientarlos hacia los diferentes servicios de la red, mediante el empleo de las unidades móviles.

- Acompañar la ejecución de estrategias extramurales desde el enfoque de educación para la salud y de Información Educación y Comunicación, desarrollada por la Secretaría de Salud en el territorio.

Acciones:

- Acompañamiento en el diseño de estrategias educativas en las campañas extramurales.
- Programación de las jornadas lúdicas saludables.
- Concertación de espacios amplio plano donde parquear la Unidad Móvil, con facilidad de conexión a energía a 110 directamente de una caja de brekes o alimentación primaria, no debe ser una calle transitada de mucho flujo vehicular ya que el conductor de la unidad móvil no tiene autorización para cerrar vías.
- Presentación de tiempos y horarios a los líderes de la comunidad para el desarrollo de la jornada y convocatoria a la comunidad en general.
- Desarrollo por el operador de las acciones de: La vacunación, higiene oral (Control de placa, aplicación de flúor, charlas educativas, aplicación de sellantes a mayores de 2 años y menores de 19 años, tamizajes de mama, toma de citología, tamizajes visuales a los alumnos en las edades de 4, 11, 16 años y adultos de 45 años, detección de sintomáticos respiratorios, y febriles, toma de presión arterial.
- Acciones de Información, educación y comunicación para la adopción de estilos de vida saludables.
- Inducción de los usuarios a los diferentes programas y servicios de la red de Metrosalud.

Componente de Articulación Intersectorial

Propósito:

Promover y apoyar la coordinación del trabajo intrasectorial y extrasectorial para complementar la atención integral e integrado de las necesidades identificadas en los sujetos familias y comunidad con programas, proyectos y estrategias de las diferentes organizaciones que dirigen sus acciones en el territorio, para el logro de objetivos comunes y el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes.

Acciones:

- Participar en reuniones de diversas instancias de la Administración Municipal y otras instituciones para socializar, ajustar y construir propuestas conjuntas que enriquezcan el acompañamiento desde la Estrategia de APS y el Programa "Salud en el Hogar" a las familias y comunidades.
- Apoyar la coordinación de actividades y la agenda de trabajo con los grupos oficiales de participación social en salud para el fortalecimiento de la participación social y comunitaria en los diferentes escenarios.

- Acompañamiento, asesoría, y articulación de la estrategia, con otros sectores tanto públicos como privados.
- Dinamizar la articulación de programas y proyectos con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (Secretaría de Educación, Bienestar Social, Cultura Ciudadana, INDER, Medellín digital, ICBF, Personería, entre otras) que orienten la atención a las comunidades.
- Gestionar acciones con diversos actores para la disminución de los factores de riesgo identificados en la caracterización comunal en salud y fortalecimiento de los factores protectores.
- Fomentar desde la comuna y corregimientos los procesos de dinamización de Redes sociales.
- Realizar en coordinación con los líderes y lideresas de organizaciones comunitarias y sociales, el proceso de motivación convocatoria y desarrollo de acciones de participación social y comunitaria para el fortalecimiento del tejido social en salud.
- Constitución y/o fortalecimiento de redes sociales en salud con representantes de los grupos, las organizaciones sociales y comunitarias y/o instituciones con presencia en el territorio.
- Fomentar y orientar la participación social y organizacional de la comunidad para fortalecer el control social del sistema de salud.
- Acompañamiento y seguimiento a los grupos, organizaciones e instituciones que participan activos en el fortalecimiento y/o dinamización del tejido social en salud.

4.6.2. Línea Cuidado Primario

4.6.2.1. Eje cuidado primario

Objetivo General

Brindar cuidado primario a la población con movilidad reducida (Dificultades para el acceso a los servicios de salud), mediante cuidados básicos y educación a la familia cuidadora, con el acompañamiento de profesionales del área de la salud, para el mejoramiento de su calidad de vida.

Objetivos Específicos

- Facilitar el acceso a la atención en salud de las personas que por su condición de salud no pueden desplazarse por sus propios medios a los centros de atención médica así como a su cuidador principal.
- Mejorar las habilidades familiares e individuales para el autocuidado de la salud de las personas con movilidad reducida y de su cuidador.
- Disminuir las complicaciones en la salud y bienestar de las personas con movilidad reducida por medio de la identificación temprana de señales de alarma.

- Fortalecer los factores protectores que promueven el bienestar y la salud del paciente y su cuidador.

Referente Conceptual

La APS considera que el cuidado y el mejoramiento de la salud son integrales cuando tiene presente los aspectos físicos, mentales, emocionales y sociales de las personas, así como la protección y sostenibilidad del entorno. El cuidado integral implica para las personas el acceso oportuno a servicios de calidad adecuados, orientados a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación, en los diferentes niveles de atención.

Desde el programa de “APS-Salud en el Hogar” se propone acercar los servicios de salud a los hogares más vulnerables de la ciudad llevando acciones para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, reconoce también que existen familias con condiciones particulares que requieren de un acompañamiento adicional al de promover y prevenir por tal motivo cuenta con una línea direccionada hacia cuidado primario.

El Cuidado Primario de la Salud se considera como un conjunto de acciones básicas, cotidianas, sencillas pero fundamentales y trascendentales para el mantenimiento de la salud y el bienestar de las personas y de su núcleo familiar. Se entiende igualmente como la habilidad para realizar un acto de cuidado intencionado sobre determinada situación o necesidad que afronta una persona.

La línea de cuidado primario, reconoce que es la familia la llamada inicialmente a otorgar dicho cuidado, pero que al tener que afrontar situaciones adversas a la salud y a su dinámica interna, puede requerir de un acompañamiento externo y cualificado en salud que le apoye en su proceso de adaptación o le de elementos para ejercer su rol de cuidadora, por tanto esta línea pretende ofrecer acciones de promoción y prevención, de educación y de cuidado a las familias que tienen entre sus miembros personas que por su condición de salud se encuentran con movilidad reducida, a fin de contribuir a su cuidado y calidad de vida. Dichas acciones son prestadas por un equipo profesional en el entorno del hogar, favoreciendo la accesibilidad a la atención en salud y al mejoramiento de las habilidades para atención familiar acordes a las necesidades de la persona con movilidad reducida, así mismo estimula hábitos saludables en el cuidador.

Una persona con movilidad reducida, independiente de la causa, es alguien que tiene la imposibilidad de desplazarse por sus propios medios hacia los servicios de salud y que depende para la satisfacción de sus necesidades básicas de la atención de un tercero, lo anterior guarda relación con el concepto que propone el Acuerdo Municipal número 86, sobre persona con discapacidad como “Todas aquellas personas que tienen limitaciones o deficiencias en su actividad cotidiana y restricciones en la participación social por causa de una condición de salud, o de barreras físicas, ambientales, culturales, sociales y del entorno cotidiano”.

De acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2001, el término discapacidad comprende cualquiera (o todos) de los siguientes componentes: deficiencia, limitación de la actividad y restricción de la participación.

La determinación de la necesidad de cuidados primarios en el entorno del hogar que tiene una persona se basa principalmente en la medición de la dependencia. Una de las categorizaciones más comunes de dependencia es el grado de dificultad para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Las ABVD son un conjunto de actividades de cuidado personal: ducharse o bañarse, vestirse y desnudarse, comer, levantarse de la cama y acostarse, mientras que las AIVD se relacionan con tareas domésticas como comprar, cocinar, fregar los platos, lavar la ropa, limpiar la casa o administrar su propio dinero. El grado de dificultad que la persona experimenta para realizar ABVD y AIVD denota su nivel de dependencia.

Las personas en situación de discapacidad y en especial aquellas con movilidad reducida tienen unas necesidades especiales de cuidado para el mantenimiento de su salud, lo cual las hace más vulnerables y por tanto llaman la atención sobre los prestadores de servicios de salud y sobre las estrategias que promuevan el acceso a servicios y a la información que cualifique el autocuidado y la toma de decisiones acertadas para promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como es el caso de las estrategias de atención primaria.

El acompañamiento por profesionales de la salud en las estrategias de atención primaria tiene un rol importante en la educación en salud, así como en la prevención en sus diferentes niveles. En el caso particular del acompañamiento a las personas con movilidad reducida y a sus cuidadores se identifica de manera más clara la prevención secundaria y terciaria en el sentido que lo que se busca es implementar contingencias para evitar el deterioro de la salud y calidad de vida de la persona y su familia y en lo posible emprender un proceso de rehabilitación o de adaptación a nuevas condiciones que afectan de manera significativa las relaciones consigo mismo y su entorno.

Como se mencionó anteriormente, la familia es la primera agencia de cuidado de sus integrantes, es el entorno familiar donde se expresan de manera natural manifestaciones de cuidado dirigidas a preservar la salud y el bienestar y está presta, casi siempre, a ofrecer ayuda transitoria o permanente para satisfacer necesidades de todo orden en sus integrantes. Ante una eventualidad de salud en la cual la persona dependa de un tercero, entre la familia sobresale casi de manera natural y espontánea un cuidador que se hace cargo de ofrecer la ayuda a su pariente, sin embargo cuando su familiar requiere del apoyo permanente para realizar las actividades de la vida diaria se le imponen una serie de demandas y exigencias que lo llevan a desvincularse de roles anteriores al de cuidador como por ejemplo: se desvincula del campo laboral lo cual disminuye o pierde sus ingresos económicos, se desvincula de sus círculos sociales alejándose de sus pares y reduciendo su participación social al entorno familiar en el mejor de los casos, se disminuye la participación en actividades de recreación, ocio y descanso, así mismo descuida en muchas ocasiones su autocuidado y todas las acciones frente al cuidado de sí, ya que sus recursos personales, físicos, mentales, emocionales y materiales se transfieren al pariente que cuida, lo cual desencadena una baja percepción en su estado de salud y procesos mórbidos.

Adicional a los cuidadores familiares, se identifica al equipo de salud como un cuidador intencionado, con patrones de conocimientos específicos al servicio de las personas y que a partir de la valoración de su situación de salud puede identificar factores de riesgos y factores protectores y ser capaz de proponer un plan de acompañamiento a la persona y a su cuidador familiar con el ánimo de contribuir a preservar, paliar y mejorar la salud y el bienestar.

El acompañamiento familiar en la línea de cuidado primario es realizado por profesionales de la medicina y de enfermería quienes toman como centro de su acompañamiento el binomio de “Persona con movilidad reducida y su Cuidador Principal”. Su rol se orienta principalmente hacia la información y educación en salud, al de orientar y reforzar habilidades para la atención en el hogar de las personas con limitaciones y así como la promoción de hábitos saludables en quien dispensa el cuidado. Conocedores de las dificultades para el desplazamiento y el acceso a los servicios de salud se realizan atenciones médicas básicas o equivalentes a un primer nivel de atención, por lo cual puede considerarse que el equipo de salud funciona como un mediador o enlace entre la familia y los servicios de salud, sin desconocer la responsabilidad de éstos últimos de garantizar la atención oportuna y con calidad.

Componentes de cuidado primario

En el acompañamiento familiar en la línea de cuidado primario se pueden identificar dos ejes, uno hacia la atención en salud y otro hacia el autocuidado, desarrollados por medicina y enfermería respectivamente, aunque parezcan separados, en terreno su desarrollo es simultáneo y complementario entre las dos disciplinas.

La atención en salud se brinda bajo los parámetros de una consulta médica general: anamnesis, antecedentes, valoración física, impresión diagnóstica, tratamiento, remisiones o interconsultas, entre otras, así mismo, aprovecha la visita familiar para ofrecer elementos de información y educación que favorezca la adherencia a tratamientos y la identificación temprana de señales de alarma o de complicaciones en la salud.

El rol de enfermería se orienta hacia el autocuidado, entendido como las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, una familia o un grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son ‘destrezas’ y pueden ser aprendidas a través de toda la vida y por su uso continuo, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer y mantener relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, el ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento a las prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos como tal, entre otros, el autocuidado no solo se refiere al cuidado de sí, incluye también el cuidado del otro y del entorno. En el acompañamiento de enfermería se busca reconocer factores de riesgo para la salud de la persona con movilidad reducida y de su cuidador principal, una vez se identifican el profesional, propone alternativas para su abordaje. Los componentes del acompañamiento por enfermería se han agrupado de acuerdo a los patrones funcionales de Marjory Gordon los cuales son una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud y se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo, estos patrones proporcionan un marco para la valoración y la identificación de aspectos a tener en cuenta para el proceso propio de enfermería, que en este caso particular es más informativo y educativo en aras de mejorar las habilidades del cuidador y de la persona en condición de movilidad reducida, así como el fomento de estilos de vida saludable.

Los patrones se consideran funcionales cuando contribuyen a la salud y el bienestar y reflejan un nivel apropiado de adaptación a los retos que impone el cuidado de la salud, se consideran disfuncionales o potencialmente disfuncionales, si están alterados o en riesgo de alteración, cuando describen situaciones que no responden a las normas o a la salud esperadas y por tanto limitan la autonomía del individuo, la familia y/o la comunidad, enfermería debe proponer alternativas para favorecer su modificación o control, es decir se propicia el autocuidado.

Con respecto a la persona con movilidad reducida se evalúan los siguientes patrones:

Patrón Cognitivo-Perceptivo: Aunque este patrón es bastante amplio, para la línea de cuidado primario se valora el estado de conciencia, la presencia de dolor y alteraciones en los sentidos, así mismo la comunicación y el lenguaje. De acuerdo a los hallazgos y a la condición de cada persona, enfermería va orientando su educación al paciente o al cuidador, puede proponer medidas para el manejo de los dolores diferentes o complementarios a los tratamientos farmacológicos como cambios de posición, de temperatura, ejercicios de visualización, de respiración, presión, etc.

Patrón Actividad/Ejercicio: Evalúa las actividades relacionadas con el movimiento, cambio y mantenimiento de la postura corporal, así como las actividades relacionadas con la higiene personal y las de ocio y recreación. Es importante la valoración de este patrón ya que conlleva a proponer actividades físicas y de movimiento corporal con el fin de mantener la funcionalidad y tono muscular, también la importancia de los cambios frecuentes de posición y la mejor manera de realizar estos cambios para prevenir alteraciones musculo esqueléticas, igualmente se incluye todas las sugerencias para realizar actividades sencillas y asequibles que distraigan a la persona con movilidad reducida, lo mantengan en contacto con el entorno, reduzcan su estrés y posibles riesgos de aislamiento, así como la conservación de sus habilidades cognitivas.

Patrón Nutricional/Metabólico: En la línea de cuidado primario con este patrón se indaga sobre la presencia de alteraciones en la piel, alteraciones en la alimentación y sobre hábitos alimenticios. Enfermería profundiza en relación a los cuidados de la que se deben mantener para evitar la aparición de zonas de presión y úlceras por decúbito, igualmente da lineamientos generales sobre la sana alimentación y de acuerdo a las condiciones de la persona con movilidad reducida, lo cual puede implicar cambios en la textura de alimentos, frecuencia, y asistencia para la alimentación.

Patrón Eliminación: Evalúa la existencia de incontinencia, la independencia para ir al baño y asearse, el uso y el acceso a pañales. Se resalta en caso de incontinencia, la importancia de la higiene para evitar infecciones y alteraciones en la piel, así mismo sobre el manejo adecuado de sondas vesicales cuando haya lugar.

Patrón de Sueño/Descanso: Busca conocer los patrones de sueño reparador y descanso, así como el uso de fármacos inductores del sueño. Enfermería aporta herramientas de higiene del sueño y otras sugerencias acordes a las condiciones encontradas en su valoración que contribuyan a que la persona mejore su calidad de sueño y descanso.

Patrón Rol/Relaciones: Busca conocer las relaciones que establece la persona con otras personas. El acompañamiento de enfermería reconoce la importancia que todas las personas requieren el contacto

afectivo con otras personas tanto de su núcleo familiar con el cual convive como de otros y lo promueve en cada visita familiar, sugiriendo acciones tales como compartir los momentos de alimentación, ver televisión en familia y vincularlos a aquellas tareas en las cuales puedan participar.

Patrón Tolerancia y adaptación al estrés: Se trata de conocer si la persona tiene muestras de adaptación negativa a situaciones de estrés y se hacen sugerencias sencillas que puede aplicar ante situaciones de estrés, o que pueden ser aplicadas por su cuidador.

Patrón Percepción y manejo de la salud: La línea busca conocer el uso adecuado de los tratamientos farmacológicos. Adicionalmente se indaga sobre las condiciones de vivienda para conocer si se encuentran adecuadas a las necesidades de las personas con movilidad reducida. Se resalta la importancia de seguir los tratamientos farmacológicos de acuerdo a las indicaciones médicas, su almacenamiento y dosificación, también se hacen recomendaciones para que la vivienda se acondicione entre sus posibilidades, a las necesidades de la persona con movilidad reducida, por ejemplo: retirando muebles que impiden su desplazamiento, utilización de elementos de apoyo y de protección como barandas.

Para la evaluación del cuidador principal se tienen en cuenta los siguientes patrones:

Patrón Percepción y manejo de la salud: En el caso del cuidador principal, con este patrón funcional se indaga sobre la percepción que tiene sobre su estado actual de salud, el cuidado personal en cuanto a sus hábitos de higiene. Enfermería orienta su acompañamiento a que la persona cuidadora perciba su salud de manera más integral y no solo de acuerdo a las patologías o molestias que experimenta sino que pueda descubrir otras posibilidades y recursos. Insiste en la importancia de los hábitos higiénicos por su salud y de quien cuida a su cargo.

Patrón Nutricional/Metabólico: Indaga sobre los hábitos alimenticios del cuidador, si su consumo diario de alimentos es balanceado y suficiente.

Patrón de Sueño/Descanso: Con el fin de conocer su calidad de sueño y su repercusión en su descanso.
Patrón Rol/Relaciones: Se indaga con el propósito de conocer si participa o se relaciona con otras personas incluyendo su familia.

Patrón Actividad/Ejercicio: En este patrón se indaga sobre las acciones que emprende el cuidador para su recreación y ocio.

Patrón Tolerancia y adaptación al estrés: Se incluye en este patrón aspectos que buscan conocer si el cuidador evidencia síntomas de estrés, así mismo se abordan algunos aspectos relacionados con la sobrecarga del cuidador, tales como tiempo que dedica al cuidado del otro, cambios en su salud que relaciona con su labor de cuidador, identificación de apoyo familiar o social y sus condiciones económicas.

Logros

Para establecer los logros en la línea de Cuidado Primario, se consideran los componentes o patrones bajo los cuales se hace la valoración de la persona con movilidad reducida y del cuidador principal, se espera que a lo largo del acompañamiento se mantengan o se logre que dichos patrones de valoración tengan funcionalidad de acuerdo a las condiciones particulares de cada persona y familia, lo cual hace que no se puedan establecer logros generales porque entra en juego la interacción de diferentes variables como el grado de discapacidad o de limitación, patología de base, grado de dependencia o de independencia para la realización de actividades de la vida diaria, entre otras. Sin embargo se proponen a continuación algunos de los logros que se consideran tienen mayor posibilidad de generalización entre las familias acompañadas.

Persona con Movilidad Reducida

- Patrón Cognitivo-Perceptivo: Se aplican diferentes formas de comunicación de acuerdo a las condiciones particulares.
- Patrón Actividad/Ejercicio: Realiza actividades físicas y de recreación y ocio de acuerdo a sus capacidades individuales.
- Patrón Nutricional/Metabólico: Se conserva la integridad de la piel.
- Patrón Sueño/Descanso: Conocen pautas de higiene del sueño.
- Patrón Rol/Relaciones: Se propicia el contacto afectivo con las personas que convive otras redes familiares o sociales.
- Patrón Percepción y manejo de la salud: Se hace un uso adecuado de los tratamientos farmacológicos, mantiene en óptimas condiciones la higiene personal.
Cuidador Principal .
- Patrón Actividad/Ejercicio: Practica alguna actividad física, de recreación y ocio de acuerdo a sus gustos y posibilidades.
- Patrón Nutricional/Metabólico: Refiere una combinación adecuada de alimentos.
- Patrón Sueño/Descanso: Conocen pautas de higiene del sueño.
- Patrón Rol/Relaciones: Mantiene el contacto con otras personas de su familia, con vecinos o grupos sociales.
- Patrón Tolerancia y adaptación al estrés: Reconoce estrategias para la adaptación al estrés.
- Patrón Percepción y manejo de la salud: Percibe y valora su salud de manera positiva y mantiene en óptimas condiciones la higiene personal.

CAPÍTULO 3: SISTEMATIZACIÓN

1. PRESENTACIÓN

La sistematización del Programa “Salud en el Hogar” en el Municipio de Medellín, 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 y la E.S.E Metrosalud; 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 del programa.

Para el municipio de Medellín, el programa “Salud En El Hogar” que se enmarca en la estrategia de APS en el Entorno Hogar y Comunitario; es el medio para desarrollar acciones integrales e integradas en articulación con otros actores y sectores, para el fomento de prácticas saludables y fortalecimiento de capacidades para el autocuidado en salud, la corresponsabilidad y el acceso oportuno, pertinente y suficiente a los servicios de salud y promoción social a través de equipos de salud multidisciplinarios; buscando la transformación de un modelo de salud asistencial a uno preventivo.

También es el medio para llegar a las familias y poder contribuir al mejoramiento de la salud, esto con el propósito de que las personas puedan acceder a los servicios desde su propia casa. Además, pretende mejorar el estado de salubridad de un sector territorial específico, involucrándola a través de la participación social, brindando cobertura universal mediante actividades de Promoción y Prevención de la Salud y en la realización de acciones de acompañamiento continuo y sistemático por parte de los equipos técnicos.

Para el desarrollo de este ejercicio ha sido importante el trabajo realizado previamente por el municipio en el proceso de documentación el cual ha permitido aportar a la construcción del modelo en escena, el cual también ha contado con el aporte de actores importantes como las comunidades, los agentes primarios, el equipo de profesionales y el personal a cargo de la coordinación de este programa, tanto en Metrosalud como en la Secretaría de Salud.

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 Medellín para la puesta en marcha del programa.

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 a la construcción de las características específicas de cómo se desarrolla el programa en el Municipio, finalmente se presentan los hallazgos finales, los cuales dan cuenta de los elementos más significativos y hallazgos centrales, encontrados en la ejecución.

Se espera con este documento motivar la discusión, la reflexión y el análisis del programa Salud en el Hogar 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

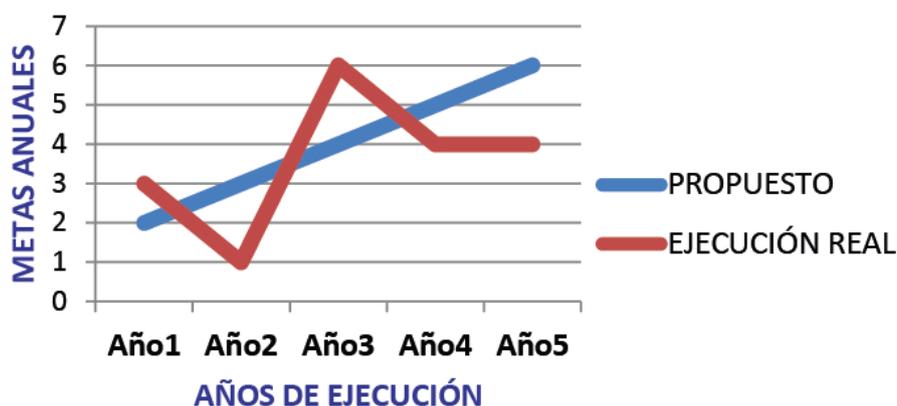
El desarrollo de una estrategia normalmente tiene dos miradas, la que se realiza a partir de los ideales del desarrollo de la estrategia, la cual normalmente viene dada por las orientaciones de los actores e instituciones proponentes y la otra mirada desde los actores que la ejecutan, llevan a cabo y 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 éstos en un proceso de implementación.

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

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

Grafico 1: Visiones de Desarrollo de la Estrategia



Fuente: Elaboración Propia.

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

Es en el contexto anterior en donde se da inicio y primeros desarrollos de la práctica de sistematización; en gran parte articulada al desarrollo 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, p. 3).

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

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

- **Modelo propuesto:** Precisión conceptual, con el objetivo de hallar elementos transversales en el análisis.

- **Modelo en escena:**

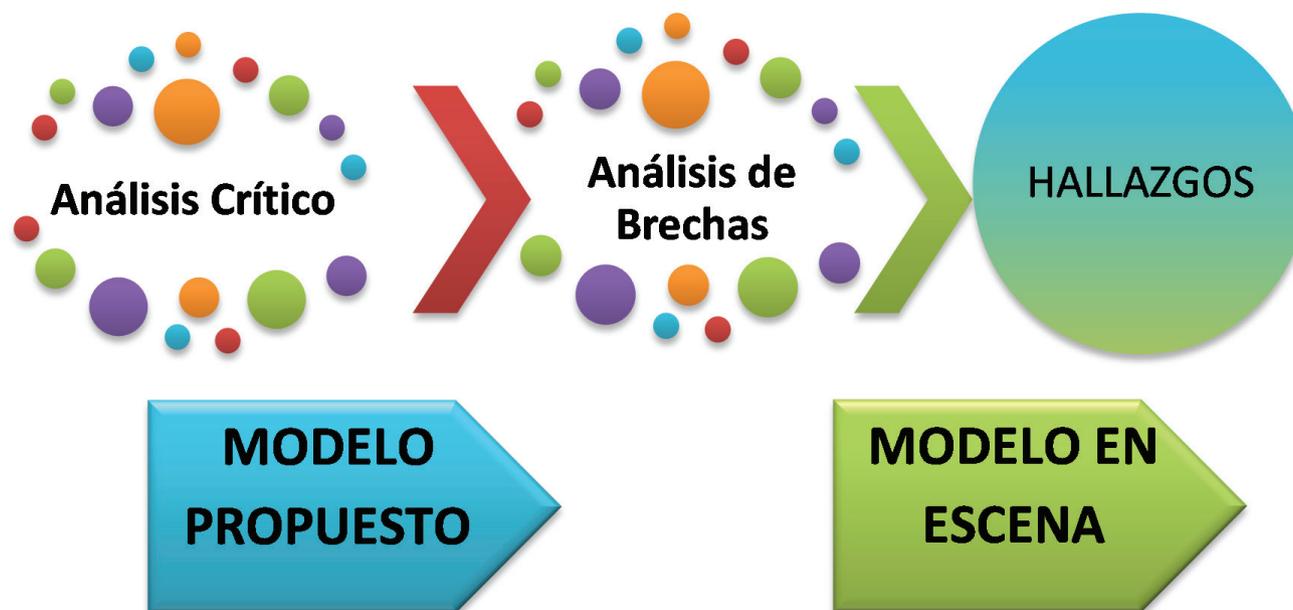
 - Análisis crítico, que permite contrastar la conceptualización con el contexto del programa.

 - Análisis de brechas, desde lo conceptualizado o los propósitos del programa, con los componentes y la ejecución dada en el proceso.

- **Modelo a proponer:** Modelación a partir de las conveniencias, contingencias, aciertos, hallazgos y aprendizajes de los dos modelos anteriores.

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

Figura 1: Modelo De Sistematización



Fuente: Elaboración Propia

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

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

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

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

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

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

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

Cuadro 1: Diferencias entre Sistematización y Documentación.

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

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 APS.

3. OBJETIVOS

3.1 General

Comprender el Programa Salud en el Hogar en el marco de la estrategia de la Atención Primaria en Salud Renovada -APSR- en el municipio de Medellín; a partir de la experiencia de los actores, poniendo en contraste el modelo propuesto y ejecutado para brindar orientaciones que sirvan de insumo en la construcción de acciones para su fortalecimiento en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

3.2 Específicos

- Identificar los elementos de ejecución del Programa Salud en el Hogar 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 del programa en el municipio de Medellín.
- 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 - ANALISIS CRÍTICO DE LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA

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

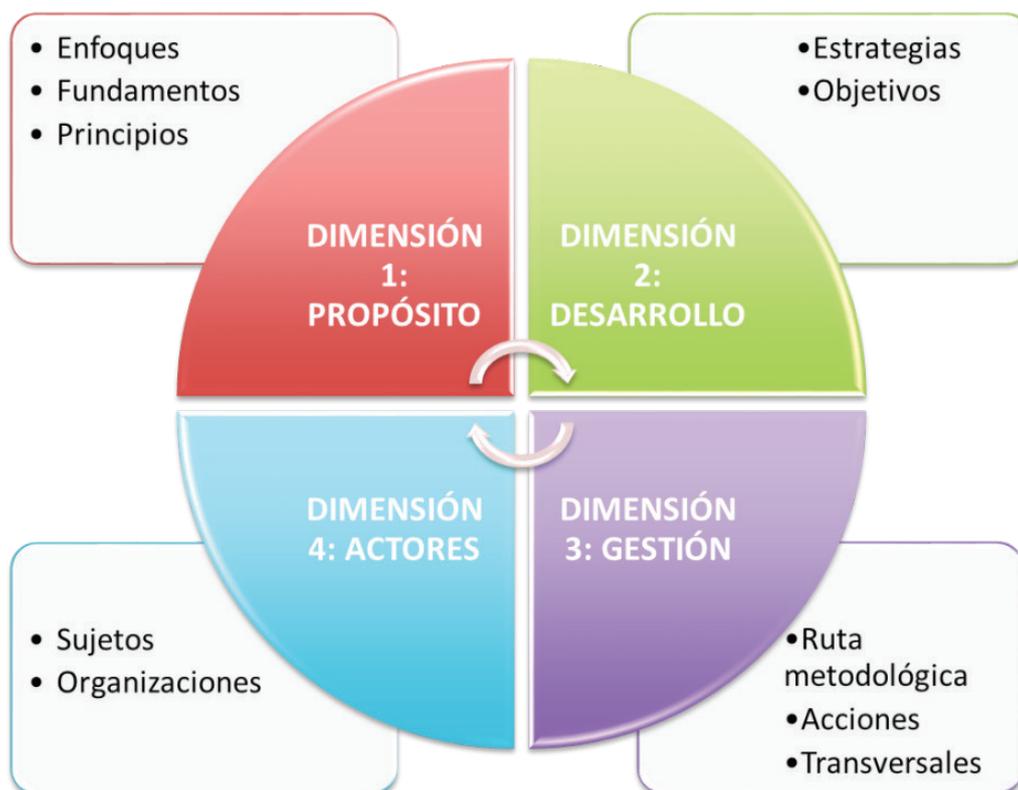
A partir de este enunciado, entender APS como una estrategia, implica comprenderla como un “todo” y como “parte”; desde un todo la estrategia se concibe como un conjunto de procesos en pro de la gestión de un cambio social, no es simplemente una acción significativa o innovadora; la estrategia es entendida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

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

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

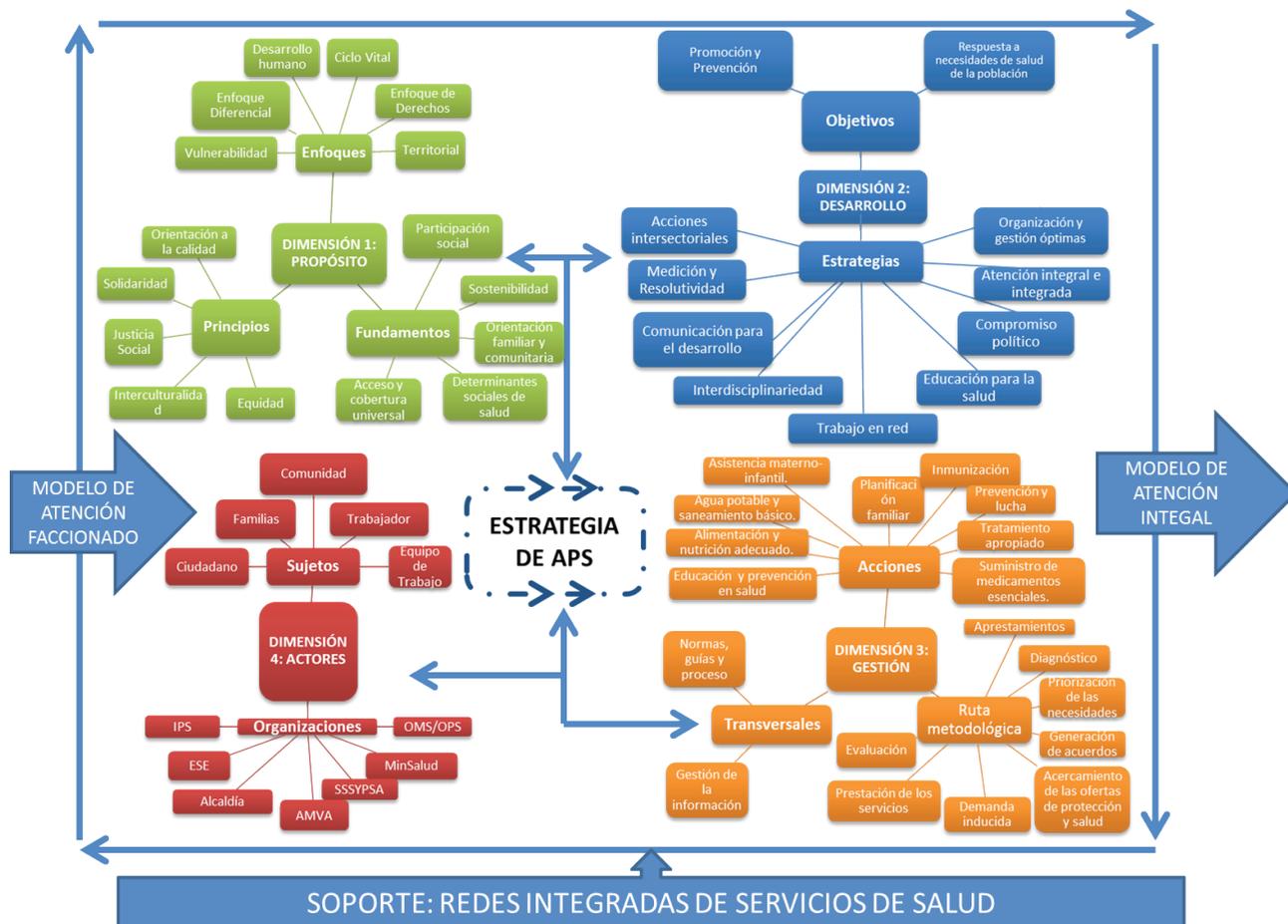
Estas dimensiones y sus respectivas categorías parten de los referentes internacionales, nacionales y locales para la creación y desarrollo de la estrategia APS definidos por: la Organización Mundial de la Salud -OMS- y la Organización Panamericana de la Salud -OPS-; los cuales reorientaron la estrategia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

Figura 2: Estrategia de Atención Primaria En Salud- APS



Fuente: Elaboración Propia

Modelo Propuesto APS: Dimensiones, Categorías y Subcategorías



Fuente: Elaboración Propia

EPS: Institución prestadora de Salud.

ESE: Empresa Social del Estado.

AMVA: Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

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

Minsalud: Ministerio de Salud y Protección Social.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

4.1 DIMENSIÓN 1: PROPÓSITO

Es la razón de ser de la estrategia 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, éste es solo un medio para expandir las opciones de la gente. (PNUD, 2014).

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

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

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

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

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

4.1.2 Fundamentos

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

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

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

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

4.1.3 Principios

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

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

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

Por último se proyecta una estrategia APS basada en el principio de Solidaridad, que implica que todos los miembros de la sociedad trabajen por el derecho a la salud, donde esta estrategia sea integradora en todos los estamentos, de manera intersectorial e interinstitucional al igual que el fomento 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.

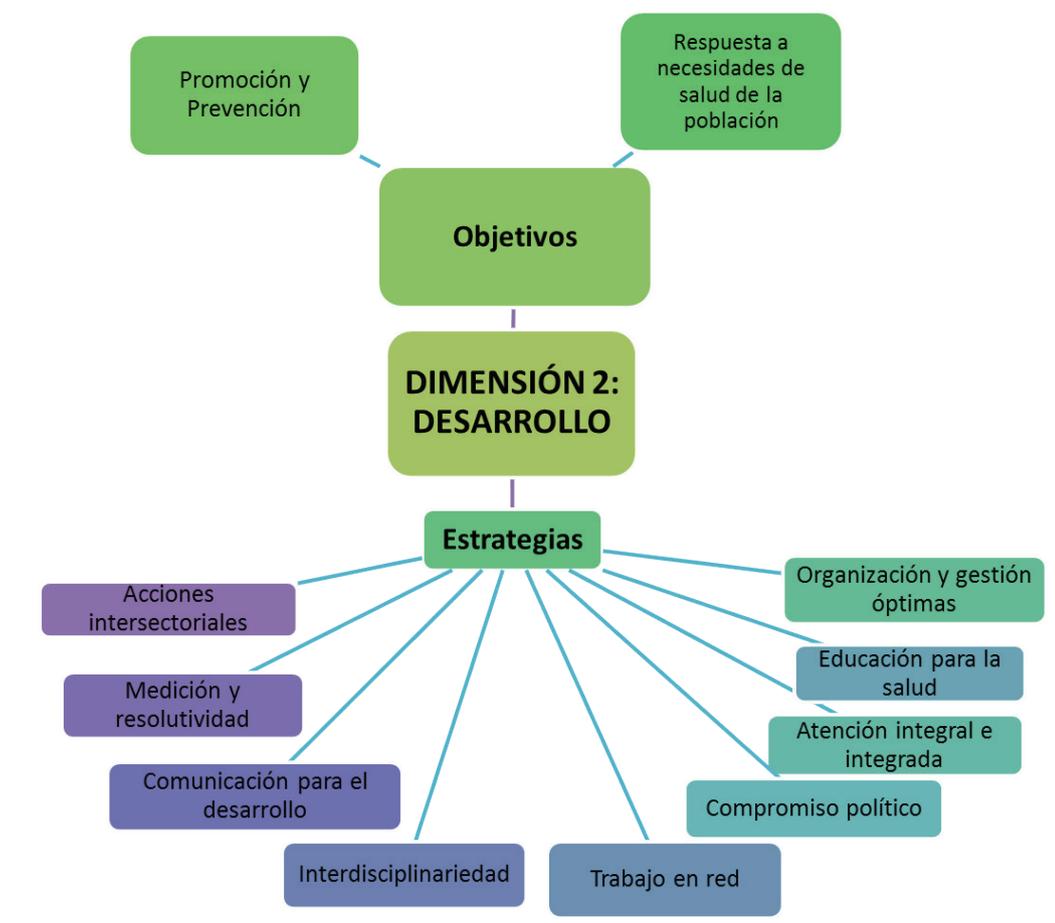
4.2 DIMENSIÓN 2: DESARROLLO.

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

Según Tejada:

Existen diferentes formas de establecer un modelo de gestión; lo genérico es que la definición del Plan de Desarrollo y su direccionamiento estratégico, requiere para su operativización de un modelo que permita desarrollar y medir día a día, la manera como se acumula, en función de la sostenibilidad y el desarrollo del territorio. Es la plataforma básica del territorio, la manera como 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” (2011, p. 18)

Figura 5: Dimensión 2: Desarrollo



Fuente: Elaboración Propia

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

4.2.1 Objetivos

La estrategia APS tiene como objetivo Dar Respuestas a las Necesidades de Salud de la Población, lo cual implica que los sistemas de salud deben desarrollarse de tal manera que puedan atender de forma integral a la población, tanto desde lo “objetivo” que se encuentra establecido por expertos y la normatividad dada dentro del mismo sistema, entre otros aspectos que lo definen; como desde lo “subjetivo”, es decir, dado por el sujeto ya sea de forma individual o colectiva (La Comunidad); quienes demandan las actuaciones o necesidades puntuales de la población. En tal sentido, la estrategia APS

debe ser estructurada de forma que permita la atención de tales necesidades de manera integral, para lo que debe basarse en los diagnósticos poblacionales del territorio, como insumo del diseño y la ejecución de la estrategia, teniendo en cuenta los factores diferenciadores en cada individuo, familia y comunidad donde se desarrolle la estrategia.

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

4.2.2 Estrategias/Programas

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

Pero además; requiere Compromiso Político de todos los actores que hacen parte del sistema, como un acuerdo de voluntades entre los sujetos e instituciones, dado que no 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" (p. 26, 2007).

Lo anterior exige del sistema una coordinación entre los actores que llevan a cabo la estrategia (pública, privada y comunitaria), 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 (p. 26, 2007).

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

Este proceso se lleva a cabo de manera más eficiente y eficaz mediante la realización de alianzas institucionales, de orden público (entre las mismas entidades que componen los gobiernos locales y regionales), privado y comunitario; aprovechando, de esta forma las capacidades y fortalezas

individuales de las instituciones. Para ponerlas al servicio de la estrategia APS, dado que es el espacio lógico y apropiado para la colaboración, la inversión y la acción en pro del bienestar de la población.

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

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

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

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

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

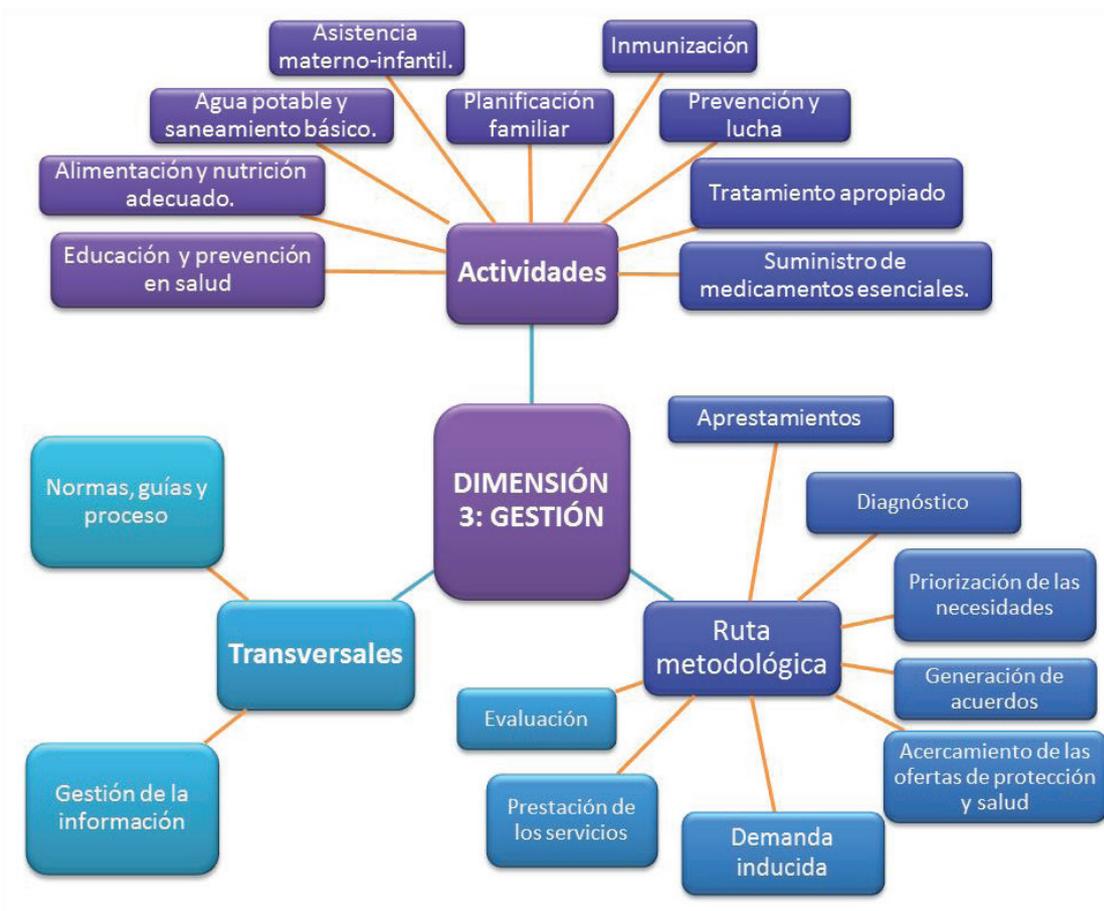
4.3 DIMENSIÓN 3: GESTIÓN

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

Es importante tener en cuenta que si bien esta dimensión plantea al paso a paso a seguir; existe en la ejecución de la estrategia problemáticas y circunstancias coyunturales que requieren ajustes; dado que se pueden dar en la ruta metodológica o en las acciones, que pueden convertirse en cambios

circunstanciales o permanentes en la aplicación de la estrategia, por parte de los encargados de llevarla a cabo, sean del orden directivo u operativo.

Figura 6: Dimensión 3: Gestión



Fuente: Elaboración Propia

4.3.1 Ruta Metodológica

La Ruta Metodológica da cuenta del camino común recomendado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia – SSSPSA 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 y la voluntad política o institucional por parte de las autoridades presentes en el territorio. Además implica la concertación con los actores e instituciones claves presentes en el municipio a favor de disponer los recursos tanto financieros, físicos, humanos y comunicacionales para la ejecución de la propuesta.

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

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

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

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

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

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

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

4.3.2 Acciones

Las acciones que desarrolla la estrategia APS, están en gran medida determinadas por el alcance de los Objetivos del Milenio, así como por los organismos supranacionales y nacionales competentes en materia de salud como son la OMS, OPS, Ministerio de Salud, Dirección Seccional de Salud 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 adecuado estado de salud, así como una alimentación y nutrición adecuada, que redunde en la disminución de los factores de riesgo en salud.
- **Agua potable y saneamiento básico:** Es uno de los factores claves para la prevención y protección de la salud, en razón que evita la aparición de enfermedades endémicas como la diarrea y el paludismo, procurando la conservación de la salud pública en el territorio.
- **Asistencia materno-infantil:** como expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aún constituye un grave tema de salud pública; la cual a través de intervenciones apropiadas y eficaces, en torno a una maternidad sin riesgo y nacimientos seguros, puede no sólo reducir la mortalidad y morbilidad, sino que se contribuye a la mejor condición de salud, calidad de vida y equidad.
- **Planificación familiar:** Entendida esta como el proceso de planeación de la familia, que permite a todos los miembros tener las condiciones sociales, psicológicas y económicas para asumir una paternidad y maternidad responsable.
- **Inmunización principales enfermedades infecciosas:** La aplicación del 100% de la población en el esquema de vacunación, permite no solo resguardar la salud del individuo de aquellas enfermedades prevenibles, sino también la conservación de la salud pública a nivel familiar y comunitario.
- **Prevención y lucha: enfermedades endémicas locales:** Las enfermedades endémicas son aquellas enfermedades infecciosas que afectan de forma permanente, o en determinados períodos, una región y que persiste durante un tiempo determinado, afectando un número importante de personas.
- **Tratamiento apropiado:** El proporcionar un tratamiento adecuado no solo garantiza la mejora a las necesidades de salud del individuo y la comunidad, sino además, la óptima utilización de los recursos del sistema de salud. Este debe ser enfocado al cuidado de la enfermedad, pero muy especialmente a la realización de otras acciones de promoción y 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 éstos 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 las cuales ayudan a realizar una gestión acorde a la planeación realizada y bajo los lineamientos y directrices definidas previamente. En ellas se intentan estandarizar los procesos definidos como esenciales en la aplicación de la estrategia APS en el territorio.

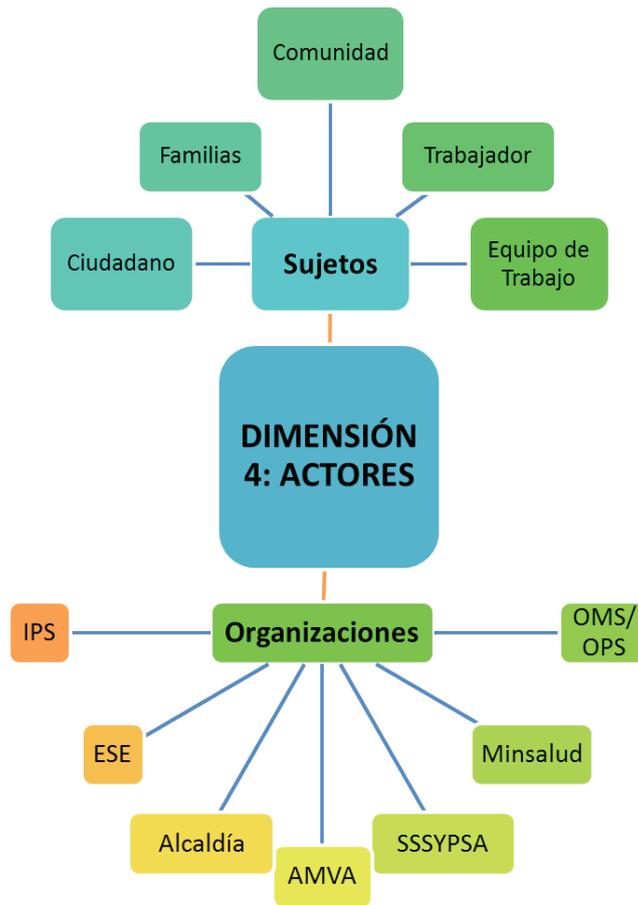
Un segundo elemento es la Gestión de la Información; el cual constituye un apoyo para la toma de decisiones y la definición de nuevas acciones de acuerdo a lo diagnosticado y a las necesidades encontradas en el territorio. Una adecuada gestión de la información implica un manejo sistémico de ésta, teniendo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

4.4 DIMENSIÓN 4: ACTORES

Los actores se pueden clasificar en Sujetos e Instituciones; donde los sujetos son partícipes “activos o pasivos” de la estrategia, ya sea como ejecutores de la misma, beneficiarios o intermediarios. Aquí cada uno de ellos posee diversas expectativas, que generan lazos entre conceptos, actores sociales, discursos y prácticas alrededor de ésta, pero también “rompimiento” de esos mismos aspectos. Cabe señalar que los sujetos no son actores aislados, sino que están articulados a una institucionalidad como la familia, escuela o la comunidad, que desde su postura política, socioeconómica y cultural, posibilitan el mayor o menor éxito de la estrategia.

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

Figura 7: Dimensión 4: Actores



Fuente: Elaboración Propia

IPS: Institución prestadora de Salud.

ESE: Empresa Social del Estado.

AMVA: Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

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

Minsalud: Ministerio de Salud y Protección Social.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

4.4.1 Sujetos

En la categoría Sujetos se agrupan dos tipos, en primer lugar se encuentra los beneficiarios de la estrategia APS que tienen un papel activo en ella, pues son los que informan cuáles son sus principales problemáticas en salud, siendo facilitadores en la aplicación de ésta, 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, participe activos de la apuesta de la estrategia, y quienes deben ejercer mayor control sobre su propia salud. Siendo esenciales para abordar la raíz de los determinantes sociales de la salud.
 - Familia: Como núcleo central de la sociedad, es esencial para la identificación de los riesgos y la planificación y la intervención del sistema; dado que ellos tienen la capacidad de transmitir los conocimientos y realizar las acciones concretas para transformar sus estilos de vida en pro de mejores niveles de salud.
 - Comunidad: es la llamada a convertirse en socia activa en la determinación de prioridades, la gestión, la evaluación y la regulación del sector de la salud.
 - Trabajador: Aquella persona que realiza cualquier actividad económica, sea en las áreas formales o informales de la economía, para de esta forma derivar su sustento y el de su familia.
- De otro lado se tiene a las personas que realizan el proceso de intervención (aplican la estrategia) en el territorio y son los denominados Equipos de Trabajo, conformados por un equipo multidisciplinario, acorde a las necesidades del territorio donde se llevará a cabo la estrategia.

4.4.2 Organizaciones

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

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

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

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

Uno de los aportes más significativos que ha tenido la OPS con la estrategia de APS es su postura clara frente a la necesidad de renovar la estrategia de APS en el Mundo, en general por los nuevos desafíos y cambios que ha tenido el mundo desde la declaración de 1978 a estos días, sobresale de esta manera la declaración regional 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 política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud bajo el Decreto 4107 de 2011. Esta entidad que ha sufrido varias transformaciones en los últimos años debido a la unión del ministerio del trabajo y luego separación del mismo, es hoy quien se responsabiliza de todos los temas de salud pública de interés nacional.

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

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

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

En el Nivel Departamental se tiene como un actor central la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia –SSSYPSA; entidad adscrita a la gobernación de Antioquia creada en el 2008 por el Decreto Departamental 2575- Entidad que se encarga de definir las metas e indicadores departamentales en los asuntos relacionados con la Salud de los Antioqueños; esta entidad en la actualidad y como orientación del Plan de Desarrollo Antioquia la Más Educada 2012 - 2015, tiene dentro de la línea Estratégica 4: Inclusión Social, 5 componentes en donde el primero se denomina Condiciones Básicas

de Bienestar; el cual refiere a la salud como uno de los elementos más importantes en el desarrollo de la población. De esta manera este componente desarrolla tres programas, siendo el primero Antioquia Sana, programa que tiene como marco de referencia todo lo relacionado con la 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 que para los Municipios del Valle de Aburrá el tema de salud es parte constitutiva y fundamental del desarrollo de los componentes sociales y mejoramiento de las condiciones de vida.

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

5. ANALISIS DEL MUNICIPIO

Para el municipio de Medellín la estrategia de APS en el Entorno Hogar y Comunitario “Salud en el Hogar”; es el medio para desarrollar acciones integrales e integradas en articulación con otros actores y sectores; para el fomento de prácticas saludables y fortalecimiento de capacidades para el autocuidado en salud, la corresponsabilidad y el acceso oportuno, pertinente y suficiente a los servicios de salud y promoción social; a través de equipos de salud multidisciplinarios. Buscando la transformación de un modelo de salud asistencial a uno preventivo.

Con la puesta en marcha de este propósito las personas pueden acceder a los servicios desde su propia casa, además, pretende mejorar el estado de salubridad de las comunas y corregimientos, involucrándolos a través de la participación social, brindando cobertura universal mediante actividades de Promoción y Prevención de la Salud y en la realización de acciones de acompañamiento continuo y sistemático por parte del equipo básico y los agentes primarios en salud.

La Secretaría de Salud a través de la Subsecretaría de Salud Pública es la encargada de liderar el programa Salud en el Hogar en el municipio, el cual, está incorporado en el Plan de Desarrollo Municipal “Medellín un Hogar para la Vida”; en su Línea 1: “Ciudad que respeta valora y protege la vida”, en el Componente 2: “Medellín ciudad saludable para la vida”. Que en el marco de este plan está planteado como:

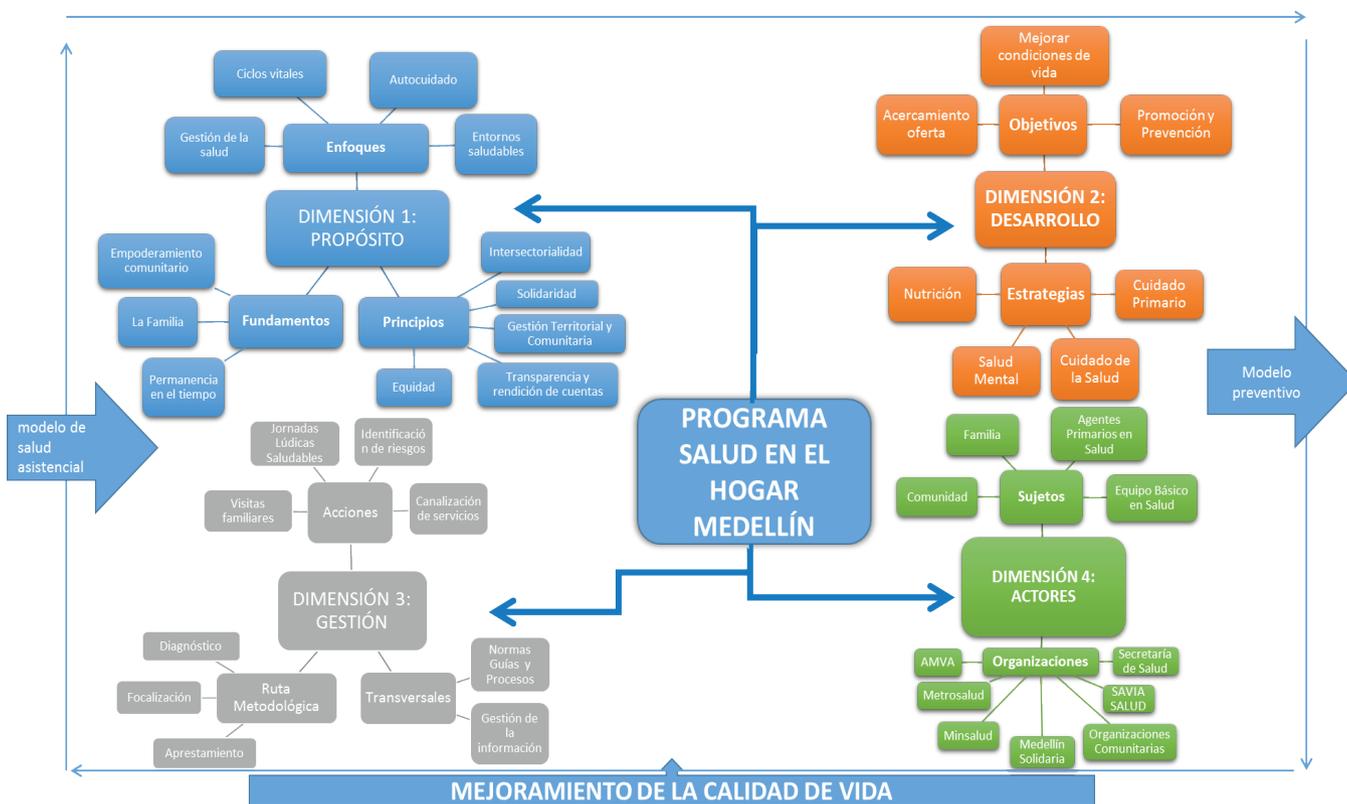
Facilitar el derecho a la salud de la población como aporte a su desarrollo humano integral y calidad de vida; a través de la promoción y educación en salud, prevención de la enfermedad, control de los factores de riesgo y acceso a los servicios de salud. En el marco de un trabajo intersectorial e interinstitucional con los actores del sistema de protección social, mediante un enfoque de derechos, poblacional (ciclos vitales y características de identificación), de determinantes y territorio.” (Alcaldía de Medellín, 2012).

La puesta en marcha del programa se lleva a cabo anualmente; pensado inicialmente para el periodo de gobierno actual, donde la selección inicial de los participantes está dada por el índice de calidad de vida y los indicadores básicos de salud de la ciudad, los cuales contribuyen a identificar y realizar un crecimiento escalonado en el cuatrienio de las familias más vulnerables; las cuales en su mayoría están vinculadas al programa de Medellín Solidaria, con este programa se espera llegar a 75.000 familias de la zona urbana y rural incluyendo todas las comunas y corregimientos. Para el caso de los corregimientos, en San Cristóbal y San Antonio de Prado sólo hace atención en la zona rural y no en el casco urbano de estos dos centros poblados.

La sistematización se hace necesaria; ya que permite volver a dar cuenta de la importancia de las estrategias con las cuales se pretende realizar el ejercicio de análisis; donde el modelo propuesto, se convierte en la línea base para poder ejecutar el proceso de análisis a partir del modelo en escena. Son estos dos modelos en sí, los que permitirán dar cuenta del ejercicio de brechas y aciertos en la puesta en marcha del programa en el municipio.

Recordemos que el modelo propuesto y en escena son dos visiones que los investigadores hacen de la estrategia, donde la primera muestra el deber ser y la otra ejecución de lo pensado; tal y como se mostró en la Grafico 1: Visiones de Desarrollo de la Estrategia, donde se da cuenta de sus propósitos. En este momento se dará cuenta del modelo en escena del municipio, cuyo propósito es realizar un análisis crítico que 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 MEDELLÍN

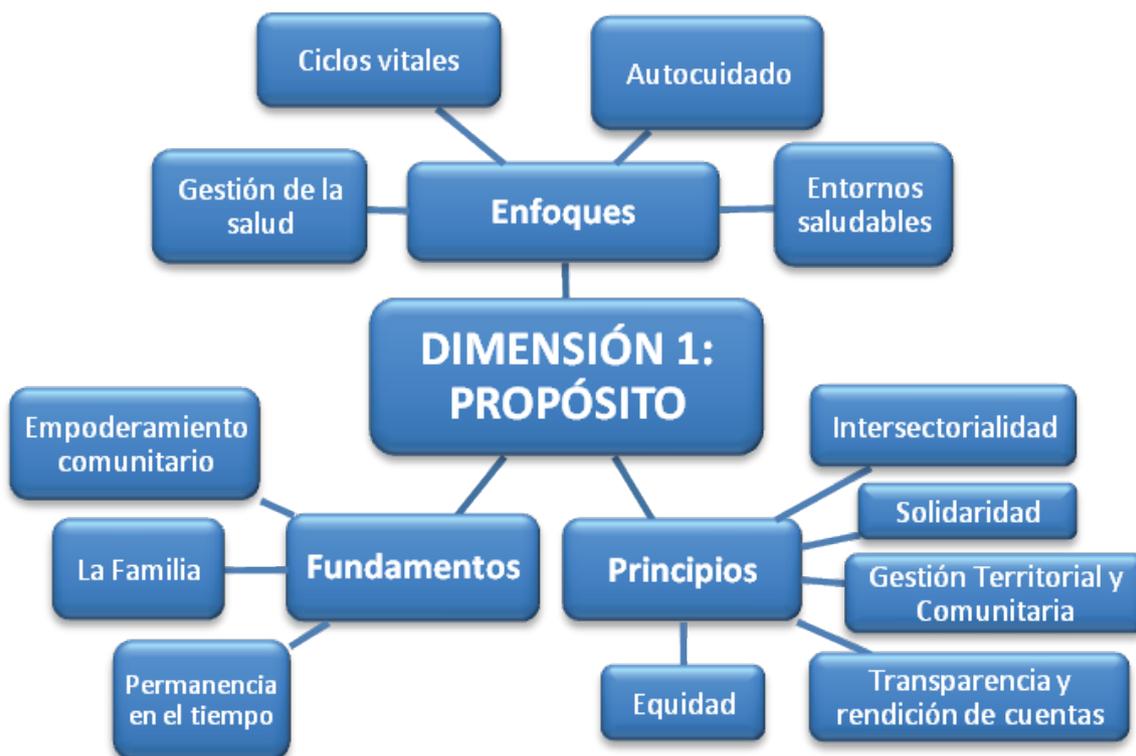


Fuente: Elaboración Propia

5.1.1. Dimensión de Propósito

En esta dimensión nos encontramos con las categorías de Enfoques, Principios y Fundamentos con los que viene actuando el municipio, a continuación se da cuenta de su composición.

Figura 9: Dimensión 1 - Propósito



Fuente: Elaboración Propia

5.1.1.1. Enfoques

En la categoría de Enfoques se encuentra la Gestión de la Salud que es básicamente entendida como la intervención de los entornos en los cuales las personas permanecen más tiempo; que en este caso sería la atención a las personas y las familias en el lugar que se permanece más tiempo (hogar) y desde allí poder identificar las acciones a realizar; como pueden ser procesos pedagógicos y formativos, demandas inducidas, y/o atención especializada.

Por otro lado se encuentra los **Ciclos Vitales**, que básicamente es la atención a los poblaciones **vulnerables** de manera diferenciada según la situación en la que se encuentre, ya que la atención a la población adulta, discapacitada, mujeres, infancia y juventud requiere de tratamiento específico sea

para ejercicios de promoción o prevención. Además de esto el programa da cuenta del **Autocuidado** como elemento calve para la puesta en marcha de las acciones; teniendo en cuenta que la permanencia de este tipo de programas no debe estar sólo en manos del estado, sino que debe ser un ejercicio de corresponsabilidad entre los diferentes actores que allí están involucrados.

Por último, el desarrollo del programa se presenta como un enfoque de trabajo los **Entornos Saludables**, que pretende que éste no sólo afecte de manera positiva, pero aislada a los individuos, las familias, sino que pueda involucrar también de manera clara y decidida los diferentes entornos en los que está inmerso esas comunidades, quiere decir, actuación en lo individual y colectivo para la construcción de entornos saludables.

5.1.1.2. Principios Generales

En la Dimensión de Propósito aparece los Principios que orientan la implementación del programa en el marco de la estrategia de atención primaria, allí se identifican cinco grandes principios rectores para la puesta en marcha de las acciones del programa, los cuales buscan transversalizar la ejecución desde lo técnico, lo administrativo y lo político. Ellos son la **Intersectorialidad, Solidaridad, Gestión Territorial y Comunitaria, Transparencia y Rendición de Cuentas y Equidad**.

La **Intersectorialidad**, es vista como la búsqueda que hace el municipio para que los diferentes actores públicos, privados y sociales-comunitarios trabajen de manera articulada en la ejecución de programas y proyectos que estén orientados al fortalecimiento de las condiciones de salubridad pública del municipio, teniendo en cuenta las acciones sociales, culturales, políticas, económicas y ambientales del territorio, a esto también se le ha llamado sinergia de voluntades.

La **Gestión Territorial y Comunitaria** “implica que los sujetos titulares de derechos sean partícipes en la toma de decisiones que afecten su salud”, esto entendido como la capacidad que tiene éstos para decidir sobre la asignación y ejecución de recursos, además de la priorización de necesidades y potencialidades que posea sus territorios (sectores, barrios, comunas y corregimientos). Este ejercicio permite también que el principio de la **Solidaridad** se imponga –en el buen sentido de la palabra- en las relaciones que se establezcan al interior y exterior de los procesos sociales y comunitarios que se gesten en cada uno de estos territorios, posibilitando así la construcción de capital social y gobernanza territorial.

Este tipo de principios permita el fortalecimiento de ejercicios de **Rendición de Cuentas**, donde las comunidades, los actores sociales, privados y públicos posibilitan la construcción de mecanismos para la presentación abierta de las acciones que se realizan en cada territorio, comunidad, familias e individuos, donde cada uno de estos tiene un papel importante en la ejecución del programa. Un ejemplo clave en la gestión y transparencia comunitaria tiene que ver con la participación de líderes en la ejecución de las actividades de acompañamiento a las familias de su territorio, convirtiéndolos en agentes de su propio desarrollo.

El principio de **Equidad** “se refiere a la inversión o gasto diferencial, con base en el conocimiento objetivo de las diferencias de la población, lo que significa mayor gasto en las personas que tienen

mayor necesidad". Es decir, se hace mayor foco en las poblaciones con mayor grado de vulnerabilidad, que para este ejercicio son las familias pertenecientes al programa de Medellín Solidaria y del Régimen Subsidiado, haciendo mayor énfasis en aquellos territorios donde las condiciones y entornos sean más críticos.

5.1.1.3. Fundamentos

El **Empoderamiento Comunitario** es esencial en el proceso de fortalecimiento de las acciones del programa; donde se vincula actores del territorio (líderes) que vienen promoviendo procesos de salud en sus comunidades, los cuales son cualificados en el tema y se les brinda nuevas herramientas para realizar una intervención integral e integrada con el apoyo del equipo básico en salud. Por otro lado, estos líderes que en el programa se les denomina Agentes Primarios en Salud, también son los llamados a coordinar y liderar los escenarios de salud que tiene su territorio; como son los comités de salud en las Juntas de Acción Comunal, las comisiones de protección social del programa de Planeación Local y Presupuesto Participativo y las mesas temáticas y poblaciones.

La **Permanencia en el Tiempo**, está haciendo referencia a los procesos de sostenibilidad que esta debe tener en el territorio, tanto social y políticamente, pues, la continuidad posibilita seguir construyendo confianzas entre el equipo técnico y administrativo con los actores territoriales (sociales, comunitarios y comunidad en general); con los públicos (entidades públicas y secretarías de despacho); políticos (Ediles y Representantes Políticos) y permite seguir realizando acercamiento a los actores privados involucrados en el desarrollo de la estrategia.

El fundamento central del programa es la **Familia**, entendida ésta como el escenario de articulación de los individuos. La APS no sólo se detiene en una perspectiva "individual o clínica", se concentran en asuntos de salubridad pública y considera que la familia es el escenario primario donde puede obtener mayor cantidad de información para identificar riegos y así poder establecer las principales acciones a realizar mediante la construcción de una ruta crítica de intervención. Familia, la escuela y la comunidad son los escenarios primarios donde los individuos se relacionan y son estos los principales ejes para la planificación y la intervención del sistema.

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 el programa de Salud en Hogar en el marco de la APS, y si éstas dan respuesta a las principales problemáticas del Municipio en los temas de Salud, que para el caso de Medellín refieren a mejorar el estado de salubridad de la población y sus entornos; involucrándola a través de la participación social, brindando 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

En cuanto a los objetivos, se encuentra que el programa Salud en el Hogar en el marco de la estrategia de APS se basa en: Acercamiento a la Oferta, Mejorar las Condiciones de Vida y en la Promoción y Prevención. Estos objetivos fueron identificados en el proceso de recolección y aplicación de instrumentos de investigación.

El Acercamiento a la Oferta se plantea como la posibilidad de acercar los servicios de salud a las personas más necesitadas y en condiciones de vulnerabilidad (territorios vulnerables desde lo socio-económico). Para ello se plantea la caracterización familiar (identificación de riesgo), donde se identifican los riesgos que pueden ser prevenibles y los inicios de problemáticas de salud que se pueden prever con una orientación de servicios. “En la línea de cuidado primario se atienden enfermos que requieren un apoyo porque no pueden desplazarse a un centro de salud”.

Mejorar las condiciones de vida de las personas es un propósito que tiene el programa, pero, no sólo entendido desde de la prestación de servicios y el acercamiento de la oferta institucional, también visto como la posibilidad de mejorar algunos condicionantes sociales en los cuales las personas y las familias de una comunidad están expuestas, como son las prácticas y hábitos saludables para el mejoramiento de sus entornos, ya sea para con su vivienda, vecinos, y comunidad en general, pues, muchos de ellos viven y habitan en situaciones adversas que ponen en riesgo su salud pública, como son:

- Manejo inadecuado de residuos.
- Relaciones conflictivas entre vecinos por usos de espacios sociales y colectivos.
- Almacenamiento de agua en estanques de manera inadecuada.
- Concentración y almacenamiento de partes y objetos (chatarra), permitiendo la proliferación de animales roedores y sancudos.
- Potabilización Agua potable.
- Bajo control de acciones de mascotas que perjudican el ambiente
- Ruido (música, golpes, automóviles, etc.).
- Conflictos familiares.
- Conflictos por el uso del suelo.
- Contaminación de pequeñas empresas.
- Zonas de alto ruido (Comercio en zonas residenciales).

La Promoción y la Prevención son entendidas básicamente como el acercamiento de servicios de salud en el entorno hogar, pero, no desde una perspectiva médica asistencialista; donde se concibe la salud como la intervención de médicos, odontólogos y enfermeras. La promoción y la prevención es la posibilidad de llegar con nuevas acciones, como son la formación, el acompañamiento y la incidencia para la transformación de entornos (individuales, familiares y comunitarios). Este objetivo se relaciona con los lineamientos que imparte la Secretaría Seccional en Salud y Protección Social de la Gobernación de Antioquia, donde se realiza un trabajo arduo para que las comunidades y las personas asuman el autocuidado y la protección de sus entornos como valores claves que aporte a la disminución de riesgos individuales y colectivos.

5.2.2. Estrategias / Programas

Las Estrategias que se encuentran en el ejercicio de intervención del municipio están dadas en lo nutricional, lo mental, la prevención desde el acompañamiento y la formación y el cuidado primario, estrategias que son llevadas a cabo por el equipo básico en salud.

Lo nutricional está dado básicamente en la promoción de hábitos alimentarios y estilos de vida saludable, los cuales son vistos como la posibilidad de acercar a las personas y las familias a establecer nuevas prácticas y discursos sobre las formas de intervenir y relacionarse con los alimentos. Esta estrategia permite que los actores que hacen parte del programa puedan tomar decisiones claras y oportunas de manera consiente, permitiendo así mejorar el estado nutricional de estos. Las decisiones deben ser tomadas teniendo en cuenta las condiciones territoriales, sociales, políticas, económicas, ambientales y culturales en las que esté inmersa cada una de las personas, familias y comunidades.

La Salud Mental se manifiesta como una estrategia en el programa “Salud en el Hogar” porque facilita, construye, reconoce, identifica, caracteriza, formula, acuerda y orienta con las personas, familias y comunidades acciones para el mejoramiento y fortalecimiento de: relaciones de convivencia intra e inter; procesos resilientes; promoción del autocuidado; situaciones de salud psicoemocional/mental; planes familiares para la promoción de la salud mental; riesgos psicosociales y la orientación a servicios para la atención temprana.

El Cuidado en la Salud es entendido como estrategia en el proceso de análisis de investigación como una forma de prevención, pero no vista desde la mera asistencia técnica, sino desde el acompañamiento y la formación con un equipo técnico especializado (médicos – enfermeras). Éstos realizan acompañamiento para ofrecer información y orientación a las familias y a sus integrantes para mejorar las habilidades de cuidado de la primera infancia; para promover hábitos saludables que favorezcan el bienestar individual y familiar; y detectar factores de riesgo para la salud e informar sobre su control y prevención.

Por último aparece el Cuidado Primario como una estrategia precisa y dirigida, que se concentra en la población en condición de discapacidad motriz o con movilidad reducida, los cuales tienen dificultades permanentes para poder acceder a los servicios de salud. Esta estrategia se concentra en la intervención inicial de cada situación y en la realización de procesos educativos a la familia cuidadora por parte de personal especializado del área de la salud, permitiendo así fortalecer los factores protectores que promueven el bienestar y la salud del paciente y su cuidador.

5.1.3. Dimensión de Gestión

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

Figura 11: Dimensión 3 - Gestión



Fuente: Elaboración Propia

5.1.3.1. Ruta Metodológica

La Ruta Metodológica que se identifica en el proceso de análisis, está relacionada con algunos elementos planteados por la Secretaría Seccional en Salud y Protección Social de la Gobernación de Antioquia y que están expuestos en el modelo propuesto. Para el programa se identifica tres momentos: Aprestamiento, Focalización y diagnóstico.

- Aprestamiento: Se concentra en los momentos previos de la ejecución del programa, donde se coordinan una serie de elementos que luego van a ser necesarios para el buen desempeño de la misma como la concertación de la voluntad política, el proceso de selección del talento humano, el conocimiento de programas y servicios que sirvan de apoyo a las necesidades que se puedan detectar, y fundamental, la inclusión de esta propuesta en la planeación municipal.
- Focalización: también denominado Priorización de las Necesidades; donde el municipio, según los recursos y los propósitos establecidos en el Plan de Desarrollo Municipal; define los sectores y unidades territoriales para la ejecución del programa. para este caso se define las familias que están siendo intervenidas en el programa Medellín Solidaria para la zona urbana, y para lo rural se atiende a los corregimientos de Altavista, San Sebastián de Palmitas y Santa Elena, para el caso de San Cristóbal y San Antonio de Prado sólo se interviene en el sector rural de estos dos corregimientos. Las intervenciones

son realizadas en hogares en condición de vulnerabilidad, desde un enfoque economicista, se espera que esta intervención aporte a reducir los niveles de pobreza extrema que tiene la ciudad en territorios de bajos recursos.

Una vez definido las Unidades Territoriales Básicas, se desarrolla un ejercicio de presentación del programa en el dicho territorio a los diferentes actores que estarán involucrados. Para ello se hace la invitación a líderes territoriales para que convoquen a sus respectivas comunidades y así poder brindar toda la información pertinente sobre el funcionamiento de la estrategia, los alcances, propósitos o resultados esperados.

- **Diagnóstico:** Básicamente es la caracterización de las familias que harán parte del programa, donde se indaga por una serie de variables que permiten recoger información detallada de cada uno de los integrantes de la familia visitada, para el desarrollo de las visitas los agentes primarios concreta una cita con cada uno de los representantes del hogar, pues, esto permitirá que en el momento de la ejecución de la visita se cuente con la mayor cantidad de personas que conforman esa familia, además permite a las familias verificar que la información que entregarán si está siendo realizada por personal técnico del municipio.

5.1.3.2. Acciones

Las Acciones están relacionadas con la ruta metodológica que se lleva a cabo durante la ejecución del programa, allí se da cuenta de: Visitas Familiares, Festivales Saludables, Identificación de Riesgos, Canalización de Servicios, con estas acciones se pretende que los habitantes del municipio accedan de manera más fácil y confiable a los programas de salud.

- **Visitas Familiares:** Está bajo la responsabilidad del Equipo Básico en Salud con el apoyo de los agentes primarios en salud. Las visitas se dan después del proceso de caracterización de la familia, allí se identifica el tipo de intervención a realizar, ya sea mediante la estrategia nutricional, mental, cuidado en salud o primario. Este proceso se realiza previamente a la remisión de centros de atención especializados.

- **Jornadas Lúdicas Saludables:** Estas son acciones complementarias que se llevan a cabo en diferentes momentos de los territorios donde se interviene, las cuales tienen como propósito seguir brindando elementos discursivos y prácticos en los otros escenarios de socialización de los integrantes de las familias.

- **Identificación de Riesgos:** El proceso de diagnóstico no sólo permite la realización de las visitas familiares para realizar una intervención especializada, también permite la identificación de riesgos en cuanto a los entornos saludables, los cuales también son atendidos por el equipo básico; ya se dé tipo médico, sanitario, ambiental o psicosocial. Este proceso de identificación de riesgos también se da por las jornadas o sesiones educativas que se brinda a la comunidad.

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

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:

- **Gestión de la Información:** Se desarrolla a lo largo de la ejecución del programa 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. Estos elementos son utilizados frecuentemente para el proceso de seguimiento, monitoreo y evaluación de las personas, familias, comunidades y el programa en general.
- **Guías, Normas y Procesos:** Es desarrollado por el equipo técnico y administrativo del programa, quienes aplican una serie de instrumentos para la recolección de información individual y colectiva, además, de aplicar los diferentes protocolos que se establecen para intervenir una comunidad, familia y personas. Los instrumentos utilizados son elaborados por el municipio según el propósito que se tenga con el escenario de intervención.

5.1.4 Dimensión de Actores

En el programa “Salud en el Hogar” los actores juegan un papel fundamental, pues, son estos lo que en sí definen el buen funcionamiento de las acciones individuales y colectivas, ya que pueden determinar los recursos, los lineamientos y los alcances en la ejecución. Para esta dimensión se definieron dos categorías, la de Sujetos y Organizaciones.

Figura 11: Dimensión 3 - Gestión



Fuente: Elaboración Propia

AMVA: Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

E.S.E: Metrosalud

EPS: Savia Salud.

Minsalud: Ministerio de Salud y Protección Social.

5.1.4.1. Sujetos

La definición de los sujetos son claves en la puesta en marcha de la estrategia, ya que se convierten en lo actores a intervenir y que intervienen, pues, sin la participación de activa de ellos no se podrá realizar de forma efectiva el ciclo del programa. Los sujetos que se identifican en el municipio son la Comunidad, Familia, Agentes Primarios en Salud y Equipo Básico en Salud.

Comunidad: Son todos aquellos que hacen parte del programa en un territorio específico, que el caso de Medellín son las comunas y corregimientos.

Familias: Se priorizan las familias de cada unidad territorial, especialmente aquellas que se encuentran en condición de vulnerabilidad y en condiciones desfavorables en el tema de salud pública y especialmente las familias que hagan parte del programa Medellín Solidaria.

Agentes Primarios en Salud: Líderes territoriales que vienen trabajando temas de salud pública en sus comunidades, los cuales son formados y cualificados para el desarrollo de las diferentes actividades de promoción y prevención en las familias.

Equipo Básico en Salud: Entendido éste como el equipo profesional del programa. Responsable de la ejecución de todo el proceso de intervención que se haga con las comunidades, familias y personas en los diferentes escenarios. Es un equipo interdisciplinario con conocimiento y experticia en los temas referentes a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

5.1.4.2. Organizaciones

Las Organizaciones que se identificaron en el municipio juegan un papel fundamental en la orientación, planeación, ejecución y evaluación de la estrategia de APS en el territorio. A continuación se muestra las organizaciones identificadas: Área Metropolitana del Valle de Aburrá, realiza acompañamiento y seguimiento al municipio en la orientación del programa; posibilitando el enclave político con otros municipios para el fortalecimiento de las estrategias de APS ; E.S.E. Metrosalud, encargada de ejecutar, coordinar, diseñar y monitorear el desarrollo del programa; Secretaría de Salud, es la encargada de establecer las acciones estratégicas, la gestión y priorización de los recursos, como la definición de los sectores y poblaciones donde se llevará a cabo el programa; EPS Savia Salud, entidad mixta que se incorpora para el mejoramiento de procesos de canalización de servicios; Ministerio de Salud y Protección Social - Minsalud, imparte directrices normativas para el desarrollo del programa; Medellín Solidaria, aunque no es una organización propiamente dicha, se incluye en esta variable porque su estructura y comportamiento es propia de una organización, además es la base fundamental del programa y las Organizaciones Sociales y Comunitarias, quienes juegan un papel fundamental en la construcción de territorio, por su capacidad instalada y por el conocimiento de las dinámicas sociales, políticas, económicas, culturales y ambientales del territorio.

5. ANALISIS 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 del Programa.

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

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
DIMENSIÓN 1: PROPÓSITO				
ENFOQUES				
Vulnerabilidad	Alcaldías	Vulnerabilidad	<ul style="list-style-type: none"> El municipio hace manifiesto que el programa está basado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, pero, no es claro su diferenciación en el marco de la estrategia de APS, ya que en algunos casos, estos son entendidos como elementos centrales y en otros como acciones puntuales de la intervención, pues, se manifiesta que la Atención Primaria no es una acción, sino, un apuesta para el mejoramiento de los determinantes. La vulnerabilidad en la mayoría de los actores es vista desde un enfoque económico, quiere decir, que se mide por las condiciones económicas en las que vive una persona y las familias, y los efectos sociales que este puede generar en los condicionantes sociales y culturales de un territorio. El ciclo vital es importante para el desarrollo del programa, pero, este es más visto como una estrategia, quiere decir como un medio para intervenir actores en condiciones de discapacidad (especialmente población adulta mayor), mas no es visto como un enfoque del propósito que aporte a la orientación de las actividades del programa. En cuanto al Autocuidado y la Gestión de la Salud, está más concentrado en la creación de condiciones para vivir bien en el entorno familiar, pero, no se hace mayor énfasis en temas de derechos, desarrollo humano y enfoques diferenciales. Aunque en este último, se viene adelanto acciones, pero no son transversales, significa que se llevan a cabo en un momento y con actores determinados. 	<p>El programa se concentra en las familias de Medellín Solidaria y del régimen subsidiado, quiere decir familias con algún grado de vulnerabilidad (social, económica y política), donde se hace énfasis en los diferentes grupo poblacionales, y sus respectivos entornos, entendidos estos también desde una perspectiva territorial, ya que para el programa los territorios no son sólo lugares vistos desde lo geográfico, sino, espacios que están cargados de formas y dinámicas que sus ciudadanos han construido en el tiempo. En este sentido, se pretende mejorar las condiciones de salubridad pública de familias, territorios y comunidades vulnerables, actuando desde la lógica de la articulación de programas públicos y el mejoramiento de relaciones con otros actores involucrados desde el sector privado y social-comunitario.</p>
Diferencial	Gobernación de Antioquia - Minsalud - Ley 1438			
Desarrollo humano	Gobernación de Antioquia			
Ciclo Vital	Gobernación de Antioquia	Ciclo Vital		
Derechos	O.P.S.			
Territorial	Minsalud - Ley 1438	Entornos Saludables		
		Autocuidado		
		Gestión de la Salud		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
FUNDAMENTOS				
Participación social	O.P.S.- Minsalud - Ley 1438	Empoderamiento Comunitario	<ul style="list-style-type: none"> La Sostenibilidad está más dada como un principio que como un elemento que fundamenta el programa. EL municipio no se concentra directamente en el Acceso y Cobertura Universal que determina la O.P.S., pues, su trabajo está dado sólo en la intervención a las familias en la promoción y la prevención de la salud y la enfermedad, aunque, se viene realizando un trabajo de articulación con la EPS mixta SAVIA SALUD con las personas del régimen subsidiado. 	<ul style="list-style-type: none"> El relacionamiento con actores que viven y habitan el territorio y con los escenarios de articulación territorial, 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. El programa define de manera clara la orientación hacia la familia y lo comunitario, haciendo mayor énfasis la familia como primer escenario se socialización de los individuos, además, como espacio fundamental para la identificación de riesgos y tendencias de morbimortalidad.
Sostenibilidad	O.P.S.			
Orientación familiar y comunitaria	O.P.S.	Familia		
Determinantes sociales de salud	Gobernación de Antioquia - Minsalud - Ley 1438			
Acceso y cobertura universal	O.P.S.			
		Permanencia en el Tiempo		
PRINCIPIOS				
Equidad	OPS	Equidad	<ul style="list-style-type: none"> La interculturalidad y la justicia social no aparecen como principios relevantes en el proceso de investigación, en los cuales se no hace mayor énfasis como elementos rectores de la intervención por parte de los actores involucrados, aunque, es necesario manifestar que los actores participes de los instrumentos de recolección de información evidencian la importancia del programa en familias con condiciones socio-económicas desfavorables, que en muchos casos se encuentran en condición de pobreza extrema. La interculturalidad se ha definido como una acción y no como un principio que oriente el programa, pues, son pocos los actores involucrados los que cuentan con información y habilidades para intervenir bajo este precepto. La Gestión Territorial y Comunitaria, la Transparencia y Rendición de Cuentas y la Intersectorialidad son tres elementos que aparecen recurrentemente como principios orientadores en la estrategia, manifestándose como valores que pretenden ser el eje garante de derechos de las poblaciones vulnerables que se intervienen, pero, ninguno de los tres guarda estrecha relación con los principios dados en el modelo propuesto. 	<p>Respecto a la equidad el municipio está tratando de avanzar hacia la consolidación de este principio, el cual pueda ser interiorizado en todas las acciones y en todo el personal que hace parte del programa, por el momento, sólo se entiende como la posibilidad de llegar a los más necesitados pero, desde un enfoque economicista y no humano. Por tal motivo, es necesario seguir avanzando hacia la consolidación de la equidad como principio fundamental de la actuación del programa, teniendo en cuenta los diferentes enfoques (Social, político, económico, cultural, humano, entre otros).</p>
Interculturalidad	Minsalud - Ley 1438			
Justicia Social	O.P.S.			
Solidaridad	O.P.S.	Solidaridad		
Orientación a la calidad	O.P.S.			
		Transparencia y Rendición de Cuentas		
		Gestión Territorial y Comunitaria		
		Intersectorialidad		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
DIMENSIÓN 2: DESARROLLO				
OBJETIVOS				
Promoción y Prevención	O.P.S.	Promoción y Prevención Acercamiento Oferta	<ul style="list-style-type: none"> Los propósitos de la estrategia están marcados por la actuación en el entorno familiar con incidencia en lo comunitario, dando cuenta que están más centrados en el actor individual para que refute que en lo colectivo, dejando así de lado lo misional para concentrarse más en lo técnico. 	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.
Respuesta a necesidades de salud de la población	O.P.S.	Mejorar condiciones de Vida	<ul style="list-style-type: none"> Aportar el 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, que se puede dificultar sino se realizan las acciones correspondientes de relacionamiento con otros programas de la administración municipal y programas de la estrategia general de APS, que actúa en otros entornos, además, de la vinculación de otros organismos de salud que pueden tener presencia directa en algunos territorios de la ciudad, como son las EPS, IPS, y organizaciones sociales y comunitarias que se dedican al fortalecimiento de la salud comunitaria. 	
ESTRATEGIAS				
Organización y gestión óptimas	O.P.S.	*	<ul style="list-style-type: none"> En cuanto a lo intersectorial, este se manifiesta más como un principio que como una estrategia, la cual está descrita en la dimensión de propósito. La resolutiveidad y compromiso político se pueden expresar como variables en otras dimensiones, pero, según la estructura identificada en el procesos de recolección de información estas no corresponden como estrategias tal y como se muestra en el modelo propuesto. En el modelo propuesto la medición y resolutiveidad de la estrategia APS es vista como una estrategia fundamental, pues va más allá de las cifras y datos de personal atendido, esta es vista como la capacidad que se tiene para abordar de manera efectiva y eficaz las situaciones que se presentan en el territorio, significando así la disminución de atenciones en centros hospitalarios. Para el caso de Medellín la estrategia de resolutiveidad no es tan clara, ya que, según la información obtenida el equipo básico en salud hace acompañamiento desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, pero al momento de encontrar situaciones de riesgo, realizan el proceso de canalización de servicios (demanda inducida) a los centros de salud o EPS según el régimen al que estén afiliados. 	Las cuatro estrategias identificadas se concentran en la atención integral e integrada en primera instancia, pero la forma en la que están estructuradas cada una de las ellas permite manifestar que se enlazan con otras estrategias que se presentan en el modelo propuesto como son lo educativo, la articulación, la interdisciplinariedad, y la gestión óptima para el desarrollo efectivo de las actividades. Convirtiéndolas así en elementos transversales en la categoría de desarrollo.
Atención integral e integrada	O.P.S.	Nutrición, Mental, Cuidado de la Salud, Cuidado Primerio.*		
Compromiso político (Responsabilidad y Rendición de cuentas)	O.P.S.			
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			
Acciones intersectoriales	O.P.S.			

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
DIMENSIÓN 3: GESTIÓN				
RUTA METODOLÓGICA O PROCESOS				
Aprestamientos	S.S.S.P.S.A.	Aprestamiento	<ul style="list-style-type: none"> La demanda inducida, la prestación de servicios y el acercamiento de las ofertas de salud están más dadas en las acciones, que en este proceso técnico operativo. Los tres elementos de la ruta metodológica dan cuenta de algunos elementos planteados por la Secretaría Seccional de Salud y Protección de Social de la Gobernación de Antioquia, pero, no significa que trabajen bajo el mismo enfoque y con los procesos y procedimientos predeterminados por la seccional regional. 	<ul style="list-style-type: none"> La ruta metodológica del programa Salud en el Hogar muestra sólo tres momentos de actuación del modelo propuesto, con estos tres elementos se da cuenta de 5 acciones, pasando por el aprestamiento, diagnóstico (caracteriza y permite la evaluación) y la focalización, que da cuenta de la priorización de necesidades de las familias y permite la generación de acuerdos con los actores involucrados. En este punto es importante hacer énfasis en la presentación del programa antes de iniciar la apertura de las acciones, pues, se tiene en cuenta la voz de los actores que serán beneficiarios (familias y comunidad). El municipio cuenta con procedimientos, formatos y protocolos propios para el suministro de información, lo que aporta al fortalecimiento de la estrategia, ya que hace énfasis en las especificidades del territorio.
Diagnóstico	S.S.S.P.S.A.- Minsalud	Diagnóstico		
Priorización de las necesidades	S.S.S.P.S.A.	Focalización		
Generación de acuerdos	S.S.S.P.S.A.	Focalización		
Acercamiento de las ofertas de protección y salud	S.S.S.Y.P.S.A.- Minsalud			
Demanda inducida	S.S.S.P.S.A.			
Prestación de los servicios	S.S.S.P.S.A.			
Evaluación	S.S.S.P.S.A.	Diagnóstico		
ACCIONES				
Educación y prevención en salud	O.M.S. - O.P.S. - Minsalud – Gobernación	Identificación de Riesgos	<ul style="list-style-type: none"> Las Jornadas Lúdicas Saludables 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. Las canalizaciones de servicios puede comprenderse como la tramitación apropiada de las situaciones de salud que se puedan presentar en cada una de las familias o con cada una de las personas que hagan parte del programa. De esta manera el tratamiento realizado podrá ser más efectivo, ya que se cuenta con una valoración previa por el equipo básico en salud. 	<p>Las visitas familiares están determinadas por el proceso de caracterización que se haga previamente, estas pueden ser transversales respecto a las otras variables que presenta el modelo propuesto, ya que para el caso de la alimentación, nutrición, agua potable, saneamiento básico, planificación familiar, inmunización y prevención y lucha puede ser realizado por el equipo especializado en salud con el que cuenta el programa.</p>
Alimentación y nutrición adecuada.	O.M.S. - Gobernación de Antioquia S.S.S.P.S.A. - Alcaldías -	*		
Agua potable y saneamiento básico.	O.M.S.	*		
Asistencia materno-infantil.	O.M.S.- Gobernación de Antioquia S.S.S.P.S.A. - Alcaldías -	*		
Planificación familiar	O.M.S.- Gobernación de Antioquia S.S.S.P.S.A. - Alcaldías -	*		
Inmunización	O.M.S.- Gobernación de Antioquia S.S.S.P.S.A. - Alcaldías -	*		
Prevención y lucha	O.M.S. - O.P.S. - Minsalud – Gobernación	*		
Tratamiento apropiado	O.P.S.	Canalización de Servicios		
Suministro de medicamentos esenciales.	Minsalud			
		Jornadas Lúdicas Saludables		
		Visitas Familiares*		

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS	ACIERTOS
TRANSVERSALES				
Gestión de la información	Minsalud - Ley 1438	Gestión de la Información		<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 la plataforma digital, además, son los encargados de la construcción de la línea base. Para la ejecución de la caracterización de las familias se utilizan los instrumentos del municipio.
Normas, guías y procesos	Minsalud - Ley 1438	Normas, Guías y Procesos		
DIMENSIÓN 4 : ACTORES				
SUJETOS				
Ciudadano	Minsalud	Agentes Primarios en Salud	<ul style="list-style-type: none"> El programa sólo se concentra en la familia y su relación en lo comunitario, con participación activa de los agentes primarios en salud. Ya que para el entorno laboral se tiene definidas otras acciones pero desde otros programas. Los agentes primarios en salud tienen un papel importante en el desarrollo de la estrategia, pero, no funcionan de manera autónoma dependiendo de la actuación del programa, lo que puede dificultar el proceso de intervención al momento de que haya pausas administrativas y/o políticas (cambio de gobierno y/o directrices de intervención). Se espera que la participación de estos actores pueda ser más autónoma y que puedan estar en la función de consolidar procesos de organización alrededor de la APS con énfasis en el hogar y la familia. 	<p>La familia es donde se concentra las acciones realizadas por el equipo básico en salud y los agentes primarios en salud. Este equipo de trabajo está compuesto desde la interdisciplinariedad para la intervención del tema de salud, como son trabajadores sociales, sicólogos, médicos, enfermeros, expertos en salud pública, ingenieros ambientales, enfermeras, administradores y profesionales técnicos especializados, que son los encargados de realizar el proceso de coordinación entre la secretaría de salud, metro salud y el equipo base</p>
Familias	O.P.S. / O.M.S. / Minsalud / S.S.S.P.S.A. / ALCALDIAS	Familias		
Comunidad	O.P.S. / O.M.S. / Minsalud / S.S.S.P.S.A. / ALCALDIAS	Comunidad		
Trabajador	O.P.S.			
Equipo de Trabajo	O.P.S.	Equipo Básico en Salud		
ORGANIZACIONES				
O.M.S. / O.P.S.	O.M.S. / O.P.S.		<p>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 enfoques y lineamientos que se imparten las entidades del nivel nacional, regional y municipal como el Ministerio de Salud, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, la ESE Metrosalud, la Alcaldía – y sus secretarías.</p>	<p>La estrategia APS 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.</p>
Minsalud	Minsalud	Minsalud		
S.S.S.P.S.A.	S.S.S.P.S.A.			
Alcaldía	ALCALDIA	Secretaría de Salud		
E.S.E.	Minsalud	E.S.E Metrosalud		
E.P.S.	Minsalud	EPS Savia Salud		
A.M.V.A.	Minsalud	A.M.V.A.		
		Organizaciones Comunitarias		

Fuente: Elaboración Propia

7. HALLAZGOS GENERALES

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

Hacia un fortalecimiento de la Resolutividad.

Como se ha manifestado en el proceso de sistematización del programa Salud en el Hogar (descripción de cada una de las variables del modelo en escena), el municipio de Medellín viene realizando la intervención de las familias en las comunas y corregimientos a través de cuatro grandes estrategias, las cuales son llevadas a cabo por el equipo básico en salud y los agentes primarios en salud, estas estrategias han tenido un fuerte énfasis en la promoción y la prevención; la educación en salud; y la demanda inducida, aspectos que son fundamentales para el fortalecimiento del programa.

Hoy, una de las metas claves que tiene el primer nivel de atención de salud es la resolutividad, asunto que se traslada a los retos que tiene la estrategia de Atención Primaria, que para el caso de Medellín no es claramente un énfasis que se haga, lo cual se puede observar en las estrategias de la dimensión de Desarrollo. Esto significa que el programa se concentra más en la promoción y la prevención y la demanda inducida; dejando de lado la posibilidad de solucionar algunos asuntos que se resuelven in situ. El municipio de Medellín a través del programa Salud en el Hogar cuenta con los recursos significativos para la puesta en marcha de una propuesta eficaz y eficiente a las necesidades de la población comunal y corregimental, por tal motivo se sugiere concentrar parte de estos recursos en las soluciones efectivas, que se dan haciendo énfasis en la resolutividad; posibilitando así mejorar el acceso de las familias y comunidades a los servicios de salud desde su propio entorno, ayudan a romper el paradigma cultural, de que las necesidades de salud se solucionan en los centros hospitalarios.

La Participación Territorial, elemento clave para el desarrollo del Programa.

Para el programa el enfoque territorial no sólo son los límites, fronteras o periferias de que dividen un espacio de otro, ya que esa es una mirada base desde la geografía tradicional, sino, que el territorio es también visto como espacios que están cargados de formas y dinámicas que sus ciudadanos han construido en el tiempo, donde sus manifestaciones sociales, políticas, económicas, ambientales y culturales hacen parte de sus formas de ver, comprender y vivir la vida. Este punto es muy importante tenerlo en cuenta, pues, el desconocimiento de las dinámicas propias de cada uno de los territorios, genera fracturas entre los actores que intervienen y la población beneficiaria.

Por tal motivo, un hallazgo relevante en el ejercicio de sistematización es la participación de líderes como articuladores, conectores e interlocutores de las acciones y estrategias que realiza el programa Salud en el Hogar en los territorios; donde éstos tienen un rol más protagónico al momento de interlocutar con los actores públicos, pues, no son sólo voceros de propuestas y problemáticas que puede tener el lugar donde viven y habitan –en cuenta a temas de salud–, sino, que son ellos los encargados de dinamizar las actividades, hacer seguimiento y monitoreo a la población beneficiaria del programa.

A estos actores se les ha denominado **Agentes Primarios en Salud**; quienes son líderes de sus respectivos territorios en temas de salud pública y que hacen parte activa de dinámicas de organización y participación, ya sea en sus organizaciones de base, redes, mesas de trabajo temático u otras formas de articulación. Ellos además de acompañar las actividades del programa están en constante participación en los escenarios de desarrollo local promoviendo y gestionando el fortalecimiento de temas de salud; según comuna o corregimiento donde esté asentada-.

Para la APSR esta estrategia debe ser considerada en cada uno de los territorios donde se lleve a cabo la estrategia, que para el caso de Medellín es el programa **"Salud en el Hogar"**. También es importante manifestar que en modo de seguir fortaleciendo la estrategia en el municipio; ésta debe empezar a definir su participación y rol en los procesos de planeación y gestión del desarrollo local, los cuales se han constituido en escenarios donde se moviliza a la ciudadanía y los actores públicos y privados para que conjuntamente gestionen el territorio. Es necesario ver la gestión del territorio de manera integrada con las otras variables de desarrollo, como son la educación, trabajo, el desarrollo, economía, cultura, ambiente, entre otros.

Una Apuesta por el entorno familiar y comunitario.

El programa se concentra de manera clara y decidida por el entorno familiar y comunitario, relacionándolos para fortalecer sus diferentes entornos, lo cual permita avanzar en el tratamiento diferenciado de las poblaciones que viven y habitan las comunas y corregimientos de la ciudad. Para ello realiza un ejercicio de aprestamiento sobre las familias que hacen parte del programa Medellín Solidaria y del régimen subsidiado, posibilitando así aportar a que éstas puedan mejorar sus situaciones de vulnerabilidad; haciendo un tránsito de la pobreza extrema a la pobreza. Para seguir avanzando hacia el mejoramiento de condiciones de vida de las personas de cada una de las familias atendidas. El municipio también hace manifiesto que el programa está basado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, pero, no es clara su diferenciación en el marco de la estrategia

de APS, ya que en algunos casos, éstos son entendidos como elementos centrales y en otros como acciones puntuales de la intervención, pues, en el análisis de los instrumentos investigativos aplicados se da cuenta que la Atención Primaria no es una acción, sino, un apuesta para el mejoramiento de los determinantes. Por tal motivo, la poca comprensión de la estrategia y el programa por algunas personas del equipo básico y agentes primarios en salud, puede poner en riesgo la construcción y el posicionamiento de las actividades en los territorios.

Pensando Equidad más allá de la vulnerabilidad económica

Respecto a la equidad el municipio, está tratando de avanzar hacia la consolidación de este principio; el cual pueda ser interiorizado en todas las acciones y en todo el personal que hace parte del programa, eso quiere decir que el principio no sea sólo tratado como concepto o como motivante para enunciar que se cuenta con “políticas y prácticas de inclusión. Para el programa -por el momento-, la equidad es entendida como la posibilidad de llegar a los más necesitados o población vulnerable de un territorio determinado de la ciudad, especialmente aquellos que cuentan con condiciones bajas desde una perspectiva económica, lo que lleva a manifestar que el parámetro de medición de la equidad está dado por un enfoque economicista, dejando de lado otros enfoques de desarrollo que apuntan al ser humano. Existen una serie de comunidades y territorios con dificultades económicas en la ciudad y es allí donde el programa hace mayor énfasis, pero, eso no significa que las otras comunidades y/o territorios, no cuenten con dificultades en temas de salubridad pública y es allí donde el programa también debe poner mayor atención, ya que la mirada no se centra en asuntos económicos, sino en determinantes sociales.

La interculturalidad como asunto de todos

La interculturalidad está pensada como una acción puntual del programa Salud en Hogar, donde se pretende básicamente intervenir una comunidad específica, que en este caso según los actores involucrados son las comunidades indígenas, que están asentadas en los territorios con bajas condiciones socio-económicas o que hacen parte del programa Medellín Solidaria. A este tipo de comunidades se les hace un tratamiento específico, donde se reconoce sus procesos, hábitos, culturas, prácticas y discursos; además, son intervenidos por personal capacitado en esta especificidad.

Pensar la interculturalidad, va más allá de definir uno tipo de población según su raza, ésta debe ser vista como un asunto donde se establecen una serie de prácticas y discursos, donde se reconoce sus procesos, identidad y la “autodeterminación de los pueblos con sus propios sistemas de salud; debido a su consideraciones de carácter étnico, identidad sexual y de género”, por tal motivo, es necesario pensarse la interculturalidad más allá de un ejercicio de intervención específica que debe ser atendida por una población específica, sino como un asunto transversal en la puesta en marcha del programa, pues, las acciones no pueden estar limitadas a un territorio específico, ya que la variación y movilidad de población requiere que todo el personal esté en condiciones de acompañar y atender un caso particular.

Mejorar las condiciones de Vida, un propósito que debe ser colectivo.

En las diferentes acciones que realiza el programa Salud en el Hogar se pretende mejorar las condiciones de vida de las familias y comunidades que participan activamente de las actividades de acompañamiento, formación e incidencia, bajo la Promoción y la Prevención. Esto refleja que 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. Teniendo en cuenta que el énfasis del programa está marcado por la actuación en el entorno familiar con incidencia en lo comunitario.

Por otro lado, es necesario dar cuenta que aportar el mejoramiento de la calidad de vida y a los entornos de la población que participa del programa, es un propósito de alto vuelo que se pretende en el municipio para un periodo de gobierno. Ya que la ejecución de las acciones de base del programa requieren de la articulación con acciones de otros programas que viene realizando el municipio, además, es necesario que estas grandes pretensiones estén formuladas en el marco de ejercicios de planeación con enfoque estratégico prospectivo, lo cual, ayude a identificar los escenarios deseados y posibles en la ejecución del programa en el mediano y largo plazo, sin que ello signifique la supeditación a periodos de gobierno.

¿Comunicación para el Desarrollo?

La comunicación para el desarrollo es una de las principales estrategias que aparecen en el modelo propuesto, pues, es allí donde se hace posible que la estrategia no sea sólo conocida por las comunidades y familias que participan del programa Salud en el Hogar, sino, que sea identificada por todo el territorio donde se interviene, además, que sea referenciada como programa o estrategia bandera de un gobierno y del mismo estado.

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

Es importante tener en cuenta que esta estrategia no puede ser entendida como herramienta técnica de divulgación donde se utilizan medios físicos y virtuales para transmitir una información, ésta debe ser comprendida como insumo necesario para la construcción de ciudadanía consciente respecto a la importancia de una estrategia de APS para el municipio de Medellín.

La sostenibilidad una herramienta importante para el fortalecimiento del programa (política, educativa, social, técnica, [...]).

Existe una deuda histórica del Estado Local que todavía es latente en las condiciones de vulnerabilidad y socio-económicas con las que cuenta los territorio Por tal motivo, se convierte en un elemento de

suma importancia la construcción de una política pública que aporte a minimizar esa deuda que se tiene con los moradores de dicho territorio, a lo menos, en lo concerniente al tema de salubridad pública.

Por otro lado está el tema de incidencia en el territorio, la vinculación de agentes primarios y la conversación permanente con organizaciones del territorio es clave; pero, es necesario que el programa y la estrategia de atención primaria comprenda con mayor rigurosidad las agendas locales de cada una de las comunas y corregimientos; eso significa conocer a profundidad los procesos de organización y participación que allí se dan, como es el caso de los planes de desarrollo local; ya que es la secretaría la invitada a promover y dinamizar la materialización de los diferentes proyectos y programas que ha diseñado esas comunidades para mejorar la salud pública de todos sus habitantes.

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 mediano plazo podrán ser los agentes primarios los defensores de la estrategia en el municipio.

La gestión de la información es de suma importancia para el programa, pero, es necesario que se definan protocolos claros para la utilización de la información arrojada en la historias familiares, además, la gestión de la información debe ir más allá del territorio de intervención e iniciar ejercicio investigativos que sirvan como líneas base para realizar evaluaciones de impacto sobre la intervención del programa en el municipio.

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

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene la población de recibir atención de salud en los establecimientos de salud de la red.

Capacidad Resolutiva: Es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención por un problema de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad del daño en la persona.

Cobertura universal: La cobertura universal de salud quiere decir que todas las personas y las comunidades tengan acceso equitativo a los servicios integrales y garantizados, que necesitan a lo largo del curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras.

Demanda: El número de prestaciones que socialmente y técnicamente requiere una población determinada en un período establecido.

Empresa Social del Estado (E.S.E): Los hospitales públicos de Colombia, denominados Empresa Sociales del Estado, tienen la función de prestar los servicios en el respectivo nivel de atención a los afiliados y beneficiarios de los distintos regímenes en los que se divide el sistema General de seguridad social en Salud (SGSSS).

Entidad Promotora de Salud (EPS): Es la encargada de promover la afiliación al sistema General de seguridad social en Salud. Aquí no hay servicio médico, solo administrativo y comercial.

Estrategia: Una estrategia es un plan que integra las metas de una organización, las políticas y acciones secuenciales hacia un todo cohesionado.

Equipo Básico Salud: Son unidad de recursos humanos de primera línea en la prestación de servicios de salud.

Indicadores: Son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos para así, poder respaldar acciones.

Institución Prestadora de Servicios (IPS): Son todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos, bien sea de urgencia o de consulta.

Intersectorialidad: En la medida en que la APS se integra a los esfuerzos dirigidos a la intervención de los determinantes de salud externos al sector salud, tales como agua y saneamiento, vivienda, educación y coordinación del desarrollo y puesta en marcha de un amplio rango de políticas públicas y programas que afectan y comprometen sectores externos a los servicios de salud.

Interdisciplinariedad: Hace referencia a las formas en que interactúan las diferentes disciplinas entre sí.

Modelo de Atención Integral: Conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

Modelo de Gestión: Modelo de gestión es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones jurídicas.

Oferta: Es el número de recursos humanos y físicos o su traducción en prestaciones que están disponibles para otorgarlas en un determinado período.

Participación Social: es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social.

Participación Ciudadana: es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

Participación Comunitaria: es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

Participación Social: Es un proceso social que involucra a varios actores para trabajar de manera colaborativa en pos de un mismo fin, para tener acceso colectivo a la toma de decisiones

BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo Bedoya, M. (1993). La comunicación en la familia. Medellín: UPB.
- Agudelo Bedoya, M. (1999). Papel de los profesionales frente a la orientación de la familia en el manejo de la autoridad. En: Revista de la facultad de trabajo social UPB. 16 (16) p. 36
- Alcaldía de Medellín. (2011). Módulo dinámica familiar. Recupeardo de: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Medell%C3%ADn%20solidaria/Secciones/Publicaciones/Documentos/2011/Cartilla%20Modulo%20Familiar.pdf>
- Alcaldía de Medellín. (2012). Plan de Desarrollo 2012-2015 “Medellín un hogar para la vida”. Recuperado de: <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/ciudadanos?NavigationTarget=navurl://d0e0a22454c4e2eee8dac514533178c5>
- Alcaldía de Medellín. (2012). Proyecto de acuerdo: Plan de desarrollo “Medellín un hogar para la vida” 2012-2015. Recuperado de: <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/ciudadanos?NavigationTarget=navurl://d0e0a22454c4e2eee8dac514533178c5>
- Alcaldía de Medellín. (2012). Plan de Salud Municipal 2012-2015: “Medellín ciudad saludable”. Recuperado de: <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/ciudadanos?NavigationTarget=navurl://1aa8aed2883c696d2a7fd9f1baaa995f>
- Alcaldía de Medellín. (2014). Carta Medellín: Sobre el porvenir humano de las urbes del mundo. Séptimo Foro Urbano Mundial ONU- Habitat, Abril 2014. Recuperado de: http://laliniciativablog.files.wordpress.com/2014/04/carta_medellin_espanol.pdf
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá. (2014). Observatorio Metropolitano de Información. Recuperado de: <http://www.metropol.gov.co/observatorio/Paginas/Noticias.aspx>
- Awofeso, N. (2003). The Healthy Cities approach: reflections on a framework for improving global health. Bulletin of the World Health Organization. 81(3), pp. 222-223.
- Azqueta Oyartzun, D. & Escobar Jaramillo, L. (2004). Calidad de vida urbana. Ekonomiaz: Revista vasca de economía, (57), pp. 216-239. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?Codigo=1373292>.
- Campos, Z. Y. (1988). Elementos para una participación comunitaria. Bogotá: Fescol.
- Cano Zárate, J. C. (2007). Ciudadanía, participemos activamente. México: SEP, INEA,
- Castro, N. y Gachón, A. (2001). Tejido social y construcción de sociedad. ONG Cordillera Centro de Estudios Municipales. Recuperado de: www.siciedad.cl/accion/portada/pagina.asp

- Colombia. Presidencia de la República. (2004) Decreto 2193. Diario oficial 45604. Bogotá, D.C. 8 de julio 2004. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14136>
- Hall, P. (ene.-jun. 2012). Urban Planning: A Tool for Achieving Spatial Justice in the Cities of the 21st Century. Entrevista de S. Navarrete Cardona. En: Revista Colombiana de Geografía, 23(1).
- Hancock, T. (2013). Teoría y contexto sobre Ciudades Saludable. En: Observatorio de la Seguridad Social (27). pp. 3 - 7.
- Hancock, T. (s.f.). Healthy cities and communities: past, present, and future. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ncr.4100860104/abstract?deniedAccessCustomisedMssage=&userIsAuthenticated=false>
- Institute on Child Resilience and Family. (1994). Recuperado de: http://www.psicologiaactiva.es/?page_id=38
- Ley 1438 de 2011: Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de Colombia. 2011.
Lorca, E. et al (2010). Ciudades saludables: una estrategia de referencia en las políticas locales de salud pública. Gaceta Sanitaria 24(6), pp. 435–436.
- Lujan, M. (2010). Orientación Salud mental familiar. Recuperado del: http://www.lostiempos.com/oh/tendencias/tendencias/20100926/salud-mental-familiar_91253_175610.html
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Recuperado de: <http://prestadores.minsalud.gov.co/SIHO/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Gobernación de Antioquia. (2010). Análisis de Situación de Salud: Antioquia 2010. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/SitePages/Busqueda.aspx>
- Mayor London & Transport for London. Improving the health of Londoners, Transport action plan. Recuperado de: <https://tfl.gov.uk/cdn/static/cms/documents/improving-the-health-of-londoners-transport-action-plan.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (2009). Manual de Gestión Territorial: estrategias de Entornos Saludables. Recuperado de: www.col.ops-oms.org/publicaciones/lineamientos.pdf
- Mosquera, M. (2003). Comunicación en salud: conceptos, teorías y experiencias. Recuperado de: http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/mosquera_2003.pdf
- Naciones Unidas. (1996). Agenda Hábitat. Conferencia Hábitat II. Estambul: UNHABITAT. Recuperado de: www.gobiernodecanarias.org/cmayerot/servlet/ViewDocu?id_pagina=7&id_documento=20623
- Ordóñez, G. (2000). Salud ambiental: conceptos y actividades. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 7(3), 2000. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v7n3/1404.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, Unicef, OPS, OMS. (1978). Atención Primaria de Salud. Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6-12. Septiembre de 1978. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://whqlibdoc.who.int>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la salud. Glosario. Recuperado de: <http://www.mecd.gob.es/dms-static/beb68e02-9e99-490f-897f-792d1af6b783/glosario-pdf.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la Salud: glosario. Recuperado de: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2006) ¿Qué se puede hacer para fomentar y proteger los derechos humanos de los enfermos mentales? OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/43/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington DC: OPS-OMS. Recuperado de: www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP). OMS. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/
- Organización Mundial de la Salud. (S.F). Salud ambiental. Disponible en http://www.who.int/topics/environmental_health/es/.
- Organización Panamericana de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Recuperado de: www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). Municipios, ciudades y comunidades saludables. Recomendaciones para la evaluación dirigida a los responsables de las políticas en las Américas. Washington D.C.: OPS. Recuperado de: www.famp.es/racs/ObsSalud/CajaHerr/MCS_Recomendaciones.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). Vivienda Saludable: Reto del Milenio en los Asentamientos Precarios de América Latina y el Caribe. Guía para las Autoridades Nacionales y Locales. –Caracas: OPS/OMS. Recuperado de: http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2009/dgps_para_serums_2009ii/pfvs/vivienda_saludable.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. OPS: Washington, D.C. Recuperado de: www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). Entornos Saludables y Desarrollo Territorial en Colombia: Impulso al Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con Equidad. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/entorno-saludable-y-desarrollo-territorial.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). Integración de los documentos de referencia para la estrategia y Plan de Acción sobre la Salud Urbana en las Américas. Resolución CD51.R4. Recuperado de: [www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15534)
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. OPS. Recuperado de: http://www.paho.org/els/index.php?option=com_content&view=article&id=686:dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=291
- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2014). Recuperado de: www.dssa.gov.co
- Walsh, F. (2006): Strengthening Family Resilience. New York: The Guilford Press. 2 ed.
- Zaldívar Pérez, D. (2007). Funcionamiento familiar saludable. Recuperado de: <http://www.sld.cu/saludvida/adultomayor/temas.php?idv=14489>