

**Caracterización, Documentación y
Sistematización**
Estrategia Atención Primaria en Salud
para el Valle de Aburrá

Caracterización, Documentación y Sistematización.

Estrategia Atención Primaria en Salud para el Valle de Aburrá

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

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

Francisco Zapata Builes, **subdirector Planificación Integral**

Ejecuta: **Institución Universitaria Esumer**

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

Autores

Equipo de trabajo

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

Profesionales de la Institución Universitaria Esumer

Interventoría AMVA

Raúl Cano Jaramillo, Profesional Contador

Coordinación de la publicación

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

COOIMPRESOS

Primera edición

30 de Junio 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. Está prohibida la reproducción parcial o total de esta publicación y más para fines comerciales. Para utilizar información de 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 Metròpoli, 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, las cuales son, 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, las cuales, 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 brecha, 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

En Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud, reconoce a 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 en el Valle de Aburrá, en la “*estrategia de Atención Primaria en Salud*”, a fin de evidenciar y documentar el trabajo realizado en el cuatrenio; lo cual servirá principalmente, para planificar el trabajo en Salud Pública de los territorios, reconociendo elementos de análisis significativos en pro del enriquecimiento de la estrategia; así como, de material de consulta. Para desarrollar este trabajo se contó con el apoyo técnico de los 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.** Donde se da a conocer el perfil epidemiológico en conjunto del Valle de Aburrá, resaltando las 10 principales causas de morbi-mortalidad y caracterizando 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 el Valle de Aburrá.
2. **Documentación.** En la cual se describe el desarrollo de la experiencia de la estrategia de la Atención Primaria en Salud en el Valle de Aburrá, 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 del Valle de Aburrá 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 el Valle de Aburrá; el Área Metropolitana del Valle de Aburrá -Programa Red Metropolitana de Salud- y la Institución Universitaria Esumer, elaboraron la sistematización de la Experiencia de Atención Primaria en Salud en el Valle de Aburrá; este trabajo servirá de material de consulta, para planificar el desarrollo en Salud Pública de los territorios, reconociendo elementos de análisis significativos en pro del enriquecimiento de la estrategia.

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 -OP

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).

TABLA DE CONTENIDO

CARACTERIZACIÓN

1. Caracterización del territorio.....	13
2. Vías de comunicación.....	15
3. Conformación político administrativa.....	16
4. Densidad poblacional.....	17
5. Categorización municipal.....	17
6. Economía.....	18
7. Cambios demográficos.....	19
8. Fecundidad.....	23
9. Esperanza de vida al nacer.....	25
10. Población con necesidades básicas insatisfechas.....	27
11. Índice de calidad de vida.....	28
12. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).....	29
13. Caracterización Secretarías de Salud y similares del Valle de Aburrá.....	31
14. Descentralización en salud municipios Valle de Aburrá.....	32
15. Atención primaria en salud municipios Valle de Aburrá.....	32
16. Estado de salud de la población.....	34
17. Mortalidad específica.....	41
18. Años potenciales de vida perdidos.....	45
19. Coberturas de vacunación.....	47
20. Principales eventos de interés en salud pública.....	48
21. Empresas sociales del estado.....	50
22. Indicadores.....	65
23. Conclusiones.....	69
24. Recomendaciones.....	71

DOCUMENTACIÓN

1. DOCUMENTACIÓN DEL MODELO EN EJECUCIÓN DE APS EN EL VALLE DE ABURRÁ.....	73
Propósito.....	73
Desarrollo.....	75
Gestión.....	76
Actores.....	78

2. CONDICIONES MÍNIMAS PARA EL DESARROLLO DE LA APS EN EL VALLE DE ABURRÁ.....	79
Cobertura, Acceso y Ámbitos de Acción.....	79
Prioridades de atención.....	80
Primer contacto y capacidad resolutoria.....	80
Atención integral y continua.....	80
Cuidados apropiados con énfasis en Promoción y Prevención.....	81
Recursos Humanos.....	81
Sistemas de información e Indicadores de resultado.....	81
Marco político, legal e institucional sólido.....	82
Mecanismos de participación activa.....	82
Acciones de coordinación intersectorial.....	82

SISTEMATIZACIÓN

PRESENTACIÓN.....	83
1. MODELO PROPUESTO.....	85
1.1. Dimensión 1: Propósito.....	88
1.2. Dimensión 2: Desarrollo.....	90
1.3. Dimensión 3: Gestión.....	93
1.4. Dimensión 4: Actores.....	97
2. BRECHAS Y RETOS PARA LA ACCIÓN EN EL VALLE DE ABURRÁ.....	101
2.1. Brechas frente al Sistema de Salud. Una condición permanente.....	102
2.2. Legitimación Institucional de la APS. Un reto de política pública.....	103
2.3. Hacia un fortalecimiento de la Resolutividad (Integración e integralidad en la atención en salud).....	104
2.4. Participación ciudadana, estrategia de efectividad y sostenibilidad para la APS.....	105
2.5. Fortalecimiento de los Criterios para la Priorización.....	106
2.6. Relación o Integración (Red Natural en salud) Alcaldía - EPS - ESE. Clave de la APS.....	106
2.7. Continuidad en los procesos.....	107
2.8. Documentación, intercambio y reconocimiento de experiencias exitosas.....	108
2.9. Articular la gestión de salud de los municipios a la red de hospitales.....	111
2.10. Homologación de modelos en ejecución.....	113
2.11. Homologación de los sistemas de información.....	116
2.12. Homologación de las fichas de caracterización familiar y de vivienda en componentes complementarios.....	117

2.13. Construcción y operacionalización de sistemas de seguimiento y evaluación	118
2.14. Ámbito educativo por fortalecer.....	119
3. SUGERENCIAS PARA EL MODELO A PROPONER EN EL VALLE DE ABURRÁ.....	121
GLOSARIO DE TÉRMINOS	131
BIBLIOGRAFÍA	133

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Crecimiento poblacional	19
Gráfico 2. Distribución porcentual del total de habitantes	20
Gráfico 3. Pirámides poblacionales.....	21
Gráfico 4. Distribución porcentual grupos de edad 0 - 14 años	23
Gráfico 5. Distribución porcentual grupos de edad 60 años o más	23
Gráfico 6. Fecundidad y natalidad	24
Gráfico 7. Tasa global de fecundidad	24
Gráfico 8. Embarazo en adolescentes	25
Gráfico 9. Esperanza de vida al nacer Norte Valle de Aburrá.....	26
Gráfico 10. Esperanza de vida al nacer Municipios más poblados.....	26
Gráfico 11. Esperanza de vida al nacer Sur Valle de Aburrá.....	27
Gráfico 12. Población afiliada al Sistema de Seguridad Social	30
Gráfico 13. Resultados certificación Secretarías de Salud	32
Gráfico 14. Primeras causas de consulta externa	35
Gráfico 15. Primeras causas de consulta por urgencias	35
Gráfico 16. Primeras causas de hospitalización	36
Gráfico 17. Tasas crudas de mortalidad.....	36
Gráfico 18. Tasas crudas de mortalidad por municipio	37
Gráfico 19. Causas de mortalidad	37
Gráfico 20. Mortalidad enfermedad isquémica Valle de Aburrá.....	38
Gráfico 21. Mortalidad enfermedad isquémica municipios más poblados.....	39
Gráfico 22. Mortalidad por agresiones municipios menos poblados	40
Gráfico 23. Mortalidad por agresiones municipios más poblados	40
Gráfico 24. Mortalidad por enfermedad respiratoria crónica municipios menos poblados	41
Gráfico 25. Mortalidad por enfermedad respiratoria crónica municipios más poblados	41
Gráfico 26. Años de vida potencialmente perdidos. Tres municipios.....	46
Gráfico 27. Años de vida potencialmente perdidos. Medellín y Área Metropolitana	46

Gráfico 28. Coberturas de vacunación.....	47
Gráfico 29. Incidencia VIH	48
Gráfico 30. Incidencia sífilis congénita.....	48
Gráfico 31. Incidencia Tuberculosis pulmonar	49
Gráfico 32. Incidencia intento de suicidio	49
Gráfico 33. Incidencia dengue.....	50
Gráficos varios. Indicadores de producción	55
Gráficos varios. Indicadores de calidad	60
Gráficos varios. Indicadores financieros	65

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Situación geográfica, altura y temperatura de municipios.....	15
Tabla 2. Distancia entre la capital y las cabeceras municipales	16
Tabla 3. Conformación político administrativa	16
Tabla 4. Densidad poblacional por municipio.....	17
Tabla 5. Clasificación de los municipios	18
Tabla 6. Distribución de la población y proyección de crecimiento	19
Tabla 7. Distribución de la población por municipio, sexo y zona	21
Tabla 8. Población con Necesidades Básicas Insatisfechas	27
Tabla 9. Población con dos o más Necesidades Básicas Insatisfechas	28
Tabla 10: Índice de calidad de vida.....	29
Tabla 11: Cobertura del Sistema de Seguridad Social en Salud	30
Tabla 12: Secretarías de salud.....	31
Tabla 13: Estrategia de Atención Primaria en Salud	33
Tabla 14: Mortalidad por accidentes	42
Tabla 15: Mortalidad por cáncer de pulmón.....	42
Tabla 16: Mortalidad por cáncer de próstata.....	43
Tabla 17: Mortalidad por cáncer de mama	44
Tabla 18: Mortalidad por cáncer de cérvix	44
Tabla 19: Mortalidad materna.....	45
Tabla 20: Mortalidad infantil.....	45
Tabla 21: Años de vida potencialmente perdidos	47
Tabla 22: Consolidado Empresas Sociales del Estado	51
Tabla 23: Número de camas en la Red Metropolitana de Salud	52
Tabla 24: Número de camas por tipo	52
Tabla 25: Número de ambulancias.....	53
Tabla 26: Consolidado de recursos humanos	53
Tabla 27: Clasificación del riesgo de las ESE.....	54

CARACTERIZACIÓN

CARACTERIZACIÓN VALLE DE ABURRÁ¹

1. CARACTERIZACIÓN DEL TERRITORIO

El Valle de Aburrá, cuenca del Río Medellín, se encuentra ubicado en el centro sur del departamento de Antioquia, en medio de la cordillera central. Posee una extensión de 1.152 km²; su importancia se debe a que en él está ubicada la ciudad de Medellín, capital del departamento y segunda ciudad en importancia del país; el Valle de Aburrá, está conformado por nueve municipios más, de norte a sur, son: Barbosa, Girardota, Copacabana, Bello, Envigado, Itagüí, Sabaneta, La Estrella y Caldas; estos municipios, cuentan con una población de más de tres millones de habitantes; de estos, más de dos millones viven en Medellín.

El Valle de Aburrá está ubicado a 1.530 metros de altura sobre el nivel del mar. Toda la parte plana de éste, entre Bello e Itagüí, está prácticamente urbanizada y esto ha hecho que Medellín y su Área Metropolitana, crezcan más hacia arriba, con muchos edificios de apartamentos, que hacia los lados, pues ya no hay área plana para construir. Está atravesada de sur a norte por el Río Medellín, que nace en el municipio de Caldas, recibiendo una serie de afluentes a lo largo de su recorrido, y ya en el municipio de Barbosa, toma el nombre de Río Porce.

Desde la parte alta de las dos bifurcaciones en que se abre la cordillera Central a lado y lado de Medellín, se puede tener una excelente panorámica del Valle de Aburrá y además, tener contacto con climas más fríos, pues estas montañas circundantes, sobrepasan los 2.000 metros de altura. El Valle tiene una longitud aproximada de 60 kilómetros y una amplitud variable.

Está enmarcado por una topografía irregular y pendiente, que oscila entre 1.300 y 2.800 metros sobre el nivel del mar. Presenta temperaturas promedios entre 19° y 22 °C, en las cabeceras de los municipios que conforman la subregión, con el 54% de su territorio en clima templado y el 45% en clima frío. Es un valle estrecho, de unos 30 km de ancho promedio,

¹ Documento elaborado por el equipo técnico del Programa Red Metropolitana de Salud.

Figura 1
Subregión Valle de Aburrá, Antioquia



aunque en su parte más ancha, puede alcanzar 80 o 90 km. El sentido mismo del valle es el que observa la Línea A del Metro de Medellín, entre Bello e Itagüí.

Limita por el norte con los municipios de San Pedro, Don Matías y Santo Domingo; por el oriente con Rionegro, La Ceja, San Vicente, Concepción y el Retiro; por el occidente con Angelópolis, Heliconia y San Jerónimo y por el sur con Amagá, Fredonia y Santa Bárbara.

El sur del Valle de Aburrá se posiciona geográficamente como el sitio de entrada para los municipios ubicados en el Suroeste Antioqueño, la conexión vial hacia el Chocó y los departamentos del Eje Cafetero y del sur del país. El Norte del Valle de Aburrá, es la entrada del Nordeste, Bajo Cauca, Norte, Magdalena Medio y Urabá.

Del total de su área, el 29,5% corresponde a territorio urbano y el 70,5% restante es rural. Ocupa el 1,8 % de la superficie de Antioquia y el 0,06 % del País; alberga el 58 % de la población departamental y el 7,7 % de la de Colombia.

Tabla N°1

Situación geográfica, extensión según pisos térmicos, altura y temperatura de los municipios del Valle de Aburrá, Antioquia, 2015

Municipio	Situación		Extensión en kilómetros cuadrados	Pisos térmicos			Cabecera Municipal	
				Medio	Frío	Páramo	Altura sobre el nivel mar	Temperatura Media
							(m)	en °C
Medellín	6° 13' 55''	75° 34' 05''	382	185	194	3	1.550	22
Barbosa	6° 26' 03''	75° 19' 57''	206	157	49		1.300	22
Bello	6° 20' 21''	75° 33' 48''	149	48	95	6	1.450	22
Caldas	6° 05' 25''	75° 37' 52''	150	64	86		1.750	19
Copacabana	6° 20' 38''	75° 30' 48''	70	40	30		1.425	22
Envigado	6° 10' 19''	75° 35' 09''	50	26	24		1.575	21
Girardota	6° 22' 32''	75° 27' 08''	78	55	23		1.425	22
Itagüí	6° 10' 19''	75° 36' 47''	17	16	1		1.550	21
La Estrella	6° 09' 30''	75° 38' 24''	35	19	16		1.775	20
Sabaneta	6° 09' 13''	75° 36' 47''	15	11	4		1.550	20
TOTAL			1.152	621	522	9		

Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia 2010

2. VÍAS DE COMUNICACIÓN

El Valle de Aburrá ha tenido en los últimos tiempos un avance considerable en materia de transporte, con la puesta en marcha del sistema Metro; considerado el principal medio de transporte masivo dentro del Área Metropolitana, recorre el territorio de seis de los diez municipios, de norte a sur: Bello con tres estaciones; Medellín con 23 estaciones; Envigado con una estación, Itagüí con una estación, y la reciente inauguración de las estaciones de Sabaneta y La Estrella. Los otros cuatro municipios se conectan al sistema Metro por medio de rutas integradas de autobuses, los cuales, llegan a las estaciones laterales de norte y sur. En los tres últimos años se agregó el nuevo sistema de Metroplús, el cual se compone de un conjunto de buses de gran formato, que se movilizan por carriles exclusivos e integrados al Metro, atravesando el centro de la ciudad, desde el suroccidente al nororiente.

Para este fin de año, se pondrá en funcionamiento, además, el nuevo sistema de Tranvía, que conectará las zonas central y centro oriental de la ciudad.

La subregión cuenta, además, con dos terminales para transporte terrestre y una terminal aérea, llamada: aeropuerto Olaya Herrera. Existe también una red de autobuses que parten de la zona central de los diez municipios, hacia la ciudad de Medellín.

A continuación se relaciona la distancia entre los municipios del Valle de Aburrá y la ciudad de Medellín.

Tabla N°2

Distancias entre la capital y las cabeceras municipales, Valle de Aburrá, Antioquia 2015

MUNICIPIO	DISTANCIA A LA CAPITAL EN Km.
Medellín	0
Barbosa	42
Bello	10
Caldas	22
Copacabana	18
Envigado	10
Girardota	26
Itagüí	11
La Estrella	16
Sabaneta	14

Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia 2013

3. CONFORMACIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA

El Valle de Aburrá, además de los diez municipios que lo conforman, tiene nueve corregimientos, de los cuales cinco son de Medellín, 229 veredas, más de 600 barrios, 84 inspecciones de policía y 35 comisarías de familia. El municipio de Medellín está dividido por zonas y cada zona en comunas; las seis grandes zonas que lo conforman son: zona sur- oriental, zona sur- occidental, zona centro- occidental, zona centro- oriental, zona nor-oriental y zona nor-occidental. El total de comunas es 16.

Tabla N°3

Conformación político administrativa por municipios, veredas, corregimientos, comunas, barrios e inspecciones de policía, Valle de Aburrá, Antioquia, 2015

MUNICIPIOS	VEREDAS	CORREGIMIENTOS	COMUNAS/ ZONAS	BARRIOS	INSPECCIONES DE POLICÍA	COMISARIAS DE FAMILIA
Medellín	55	5	16	249	43	21
Barbosa	56	2			1	1
Bello	22	1	11	100	18	2
Caldas	23	0		25	2	1
Copacabana	15	0		23	2	1
Envigado	6	0	13	39	5	3
Girardota	25	0		18	1	1
Itagüí	8	1	6	64	8	3
La Estrella	13	0		45	1	1
Sabaneta	6	0		36	3	1
10 Municipios	229	9		599	84	35

Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia 2013. Observatorio Metropolitano.

4. DENSIDAD POBLACIONAL

Según el último censo realizado en el año 2005 la población del Valle de Aburrá aumentó con respecto a lo que se tenía proyectado en años anteriores, esto conlleva a un aumento en la densidad poblacional, es decir, el número de habitantes por km² en una zona o región. Las cifras muestran una mayor concentración poblacional por km² en los municipios de Itagüí y Medellín, tienen el mayor número de habitantes, con 15.207 y 6.264 respectivamente; y una menor densidad en municipios como Barbosa y Caldas con 232 y 500 respectivamente, que son municipios en donde hay gran porcentaje del territorio en zona rural.

Tabla N°4

Densidad poblacional municipios Valle de Aburrá, Antioquia, 2014

Municipio	Población proyectada - 2014	Área (km ²)	Densidad poblacional (hab/km ²)
Barbosa	49.274,00	206,00	239,19
Girardota	53.006,00	82,00	646,41
Copacabana	69.302,00	70,00	990,03
Bello	447.185,00	149,00	3.001,24
Medellín	2.441.123,00	382,00	6.390,37
Envigado	217.343,00	50,00	4.346,86
Itagüí	264.775,00	17,00	15.575,00
Sabaneta	51.155,00	15,00	3.410,33
La Estrella	61.365,00	35,00	1.753,29
Caldas	76.919,00	150,00	512,79
Total	3.731.447,00	1.156,00	3.227,90

Fuente: elaboración propia con proyecciones de población 2014 – DANE.

5. CATEGORIZACIÓN MUNICIPAL

La clasificación de los municipios es importante para determinar los aspectos administrativos y fiscales, porque la categoría a la que pertenezcan, determina el régimen que les es aplicable en materia de gasto público.

Según la Ley 617 de 2000: *“La ley podrá establecer categorías de municipios de acuerdo con su población, recursos fiscales, importancia económica y situación geográfica, y señalar distinto régimen para su organización, gobierno y administración”.*

/

Según la Ley 617 de 2000, el municipio de Medellín y los restantes que conforman el Valle de Aburrá, son clasificados como se muestra en la siguiente tabla, en donde se puede apreciar que la población mayor de 500.000 habitantes, es de categoría especial; entre 101.000 y 500.000 habitantes es considerada categoría 1; entre 50.001 y 100.000, es categoría 2; entre

30.001 y 50.000, es categoría 3; entre 20.001 y 30.000 es categoría 4; entre 10.001 y 20.000 es categoría 5 y menos de 10.001 habitantes, es considerada categoría 6.

La misma ley estipula, que los municipios que de acuerdo con su población deban clasificarse en una categoría, pero sus ingresos corrientes de libre destinación anuales difieran de los señalados en la norma para una determinada categoría, se clasificarán en la categoría correspondiente a los ingresos corrientes de libre destinación anuales.

Tabla N°5

Clasificación de municipios según ley 617, Valle de Aburrá, Antioquia, 2014

MUNICIPIO	HABITANTES SEGÚN CENSO DANE 2005 PROYECTADO A 2014	CATEGORÍA LEY 617/2000 A 2005
Medellín	2.441.123,00	Especial
Barbosa	49.274,00	3a.
Girardota	53.006,00	2a.
Copacabana	69.302,00	2a.
Bello	447.185,00	1a.
Envigado	217.343,00	1a.
Itagüí	264.775,00	1a.
Sabaneta	51.155,00	2a.
La Estrella	61.365,00	2a.
Caldas	76.919,00	2a.

Fuente: elaboración propia con proyecciones de población 2014, DANE.

6. ECONOMÍA

El Valle de Aburrá es una región industrial, contribuye con el 60% de la economía del departamento, es considerada el segundo centro industrial de Colombia. En esta región de Antioquia se centra la mayor cantidad de empresas dedicadas a la producción industrial en diversos sectores como: textil, alimentos, bebidas, licores, envases, tabaco, ensamblaje de vehículos, papeles, cueros, etc.; la producción textil genera el 53% del empleo industrial en la región. La industria de textiles y confecciones exporta hoy sus productos a los mercados internacionales con gran éxito. El reconocimiento en este sector ha convertido a la ciudad de Medellín en la capital de la moda en Latinoamérica, realizando anualmente dos de las ferias internacionales especializadas más importantes en el tema: Colombiamoda y Colombiatex

El Valle de Aburrá también es sede de importantes empresas comerciales y de servicios, con una destacada proliferación reciente de centros comerciales de gran formato. Los municipios con vocación agrícola producen frutas tropicales, verduras y tubérculos. El gran centro de acopio se encuentra en las dos plazas de mercado de Medellín: La Mayorista y La Minorista; allí acuden los productores a comercializar sus productos, que luego son distribuidos a los 10 municipios de la subregión, por comercializadores minoristas.

7. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS

La población del Valle de Aburrá presentó un crecimiento global de 12,52 % con respecto al censo del año 2005, pasando de 3.316.358 habitantes a 3.731.447 en el año 2014. La Tabla 6 muestra el crecimiento poblacional de cada municipio del Valle de Aburrá.

Tabla N°6

Distribución de la población. Valle de Aburrá. Crecimiento con proyección 2014

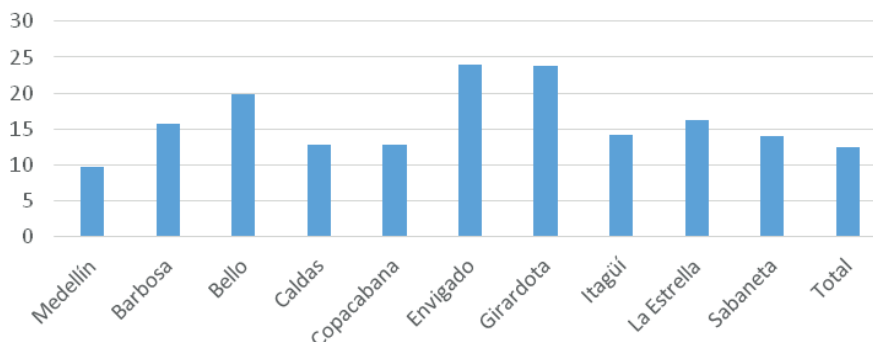
MUNICIPIO	POBLACIÓN CENSO 2005	POBLACIÓN PROYECTADA 2014	PORCENTAJE DEL AMVA - 2014	CRECIMIENTO (%)
Medellín	2.223.660	2.441.123,00	65,42	9,78
Barbosa	42.547	49.274,00	1,32	15,81
Bello	373.013	447.185,00	11,98	19,88
Caldas	68.157	76.919,00	2,06	12,86
Copacabana	61.421	69.302,00	1,86	12,83
Envigado	175.337	217.343,00	5,82	23,96
Girardota	42.818	53.006,00	1,42	23,79
Itagüí	231.768	264.775,00	7,10	14,24
La Estrella	52.763	61.365,00	1,64	16,30
Sabaneta	44.874	51.155,00	1,37	13,99
Total	3.316.358	3.731.447,00	100,00	12,52

Fuente: elaboración propia con datos DANE, Censo poblacional 2005, proyectada a 2014.

En el último decenio se observa un importante crecimiento poblacional de los municipios que conforman el Valle de Aburrá, lo cual se puede apreciar en el Gráfico 1.

Gráfico 1

Crecimiento poblacional Valle de Aburrá, 2005-2014

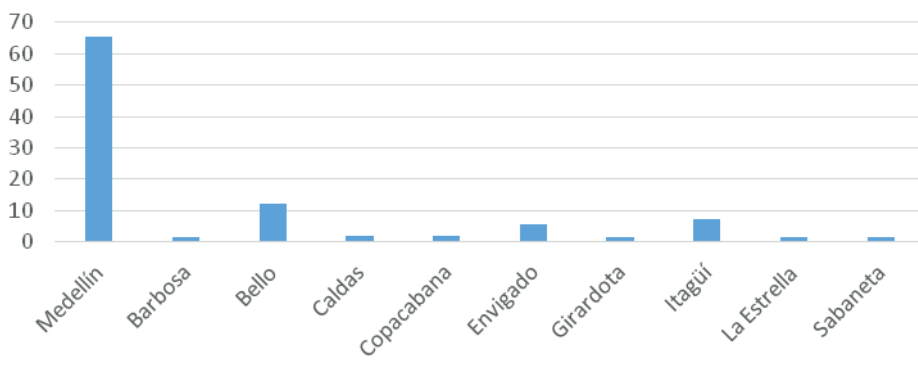


Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Nacional de Estadística. DANE.

Todos los municipios del Valle de Aburrá han experimentado un incremento importante en el número de habitantes en el último decenio, un fenómeno asociado al incremento de la esperanza de vida a pesar de la disminución en los grupos poblacionales de base. Resalta el mayor crecimiento en los municipios de Envigado y Girardota; Medellín en cambio, tiene el menor crecimiento en el período.

Gráfico 2

Distribución porcentual del total de habitantes del Valle de Aburrá, 2014



Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Nacional de Estadística. DANE.

De la totalidad de la población que vive en el Valle de Aburrá, el 65,42 % se ubica en la ciudad de Medellín, convirtiéndola en la más poblada del departamento y en la que confluyen muchas más personas diariamente por razones de comercio, servicios, trámites públicos y asuntos laborales. Bello es el segundo municipio con más población, con 11,98% de los habitantes. Llama la atención la baja proporción de los municipios pequeños del Área Metropolitana, que en su mayoría no alcanza al 2 %. Ver Gráfico 2.

Distribución de la población en el Valle de Aburrá

En la siguiente tabla se puede apreciar que la población del Valle de Aburrá es eminentemente urbana y aunque Barbosa, Girardota y la Estrella tienen alrededor del 50% de la población en el área rural, municipios como Medellín, Bello, Envigado e Itagüí tienen más del 90% de la población en las cabeceras. El sexo femenino sigue siendo el que predomina con un 53%.

Tabla N°7

Distribución de la población por municipio, sexo y zona de residencia.
Valle de Aburrá, 2014

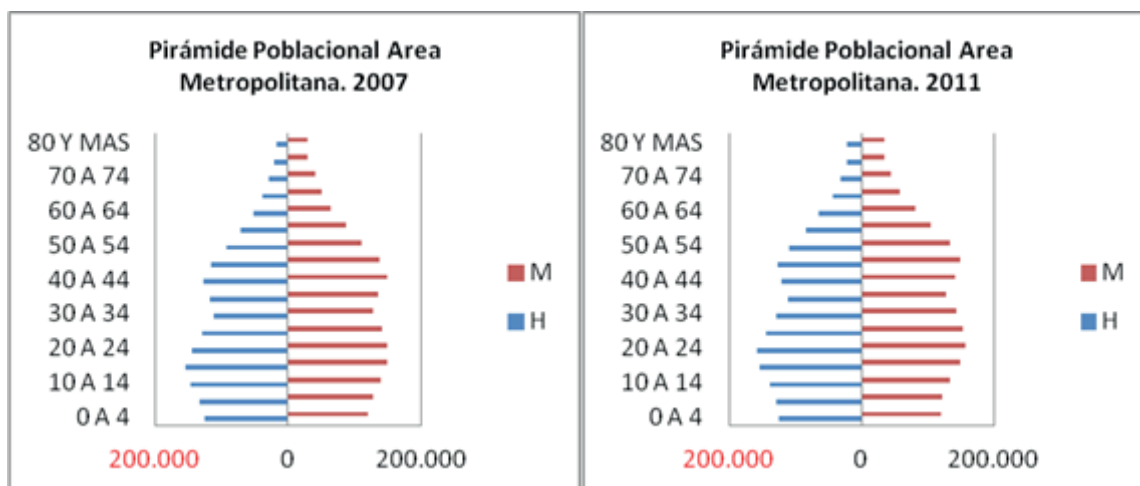
MUNICIPIO	Hombres		Mujeres		Urbano		Rural		TOTAL
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
Medellín	1.148.961	47,0	1.292.162	53,0	2.410.765	98,8	30.358	1,2	2.441.123
Barbosa	24.501	49,7	24.773	50,3	22.572	45,8	26.702	54,2	49.274
Bello	216.246	48,4	230.939	51,6	439.753	98,3	7.432	1,7	447.185
Caldas	38.091	49,5	38.828	50,5	60.482	78,6	16.437	21,4	76.919
Copacabana	33.394	48,2	35.908	51,8	60.456	87,2	8.846	12,8	69.302
Envigado	104.685	48,2	112.658	51,8	209.540	96,4	7.803	3,6	217.343
Girardota	26.103	49,2	26.903	50,8	31.685	59,8	21.321	40,2	53.006
Itagüí	128.929	48,7	135.846	51,3	242.078	91,4	22.697	8,6	264.775
La Estrella	30.036	48,9	31.329	51,1	34.275	55,9	27.090	44,1	61.365
Sabaneta	23.913	46,7	27.242	53,3	40.787	79,7	10.368	20,3	51.155
VALLE ABURRA	1.774.859	47,6	1.956.588	52,4	3.552.393	95,2	179.054	4,8	3.731.447

Fuente: elaboración propia con datos de DANE, Censo 2005. Proyección 2014.

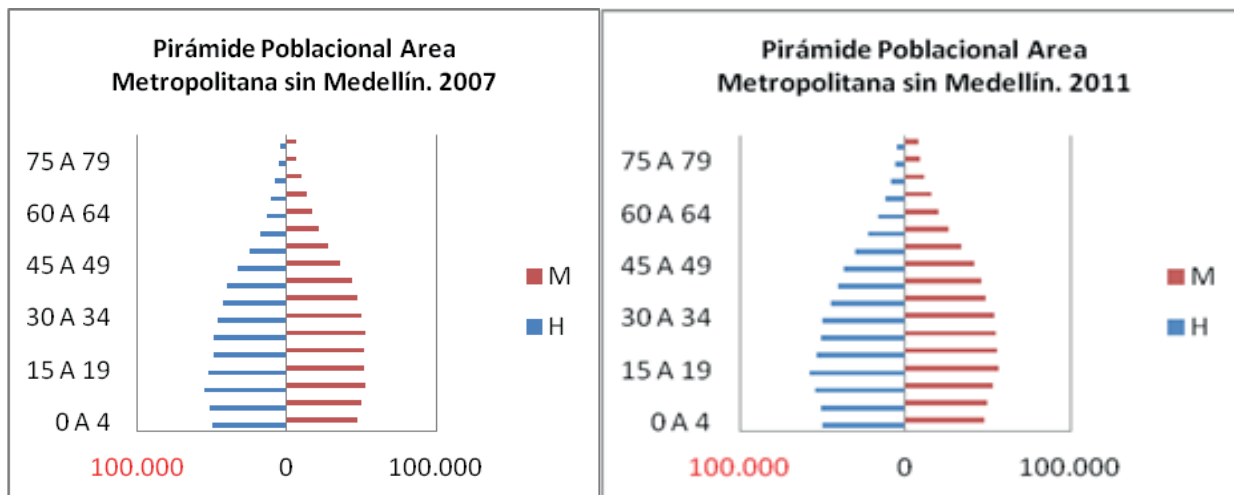
Los cambios en la estructura y composición demográfica del Valle de Aburrá pueden observarse en las siguientes pirámides poblacionales; la pirámide del Valle de Aburrá se muestra con los diez municipios que la conforman y posteriormente, sin la ciudad de Medellín. Ver Gráfico

Gráfico 3

Pirámides poblacionales Valle de Aburrá, 2007, 2011 y 2013

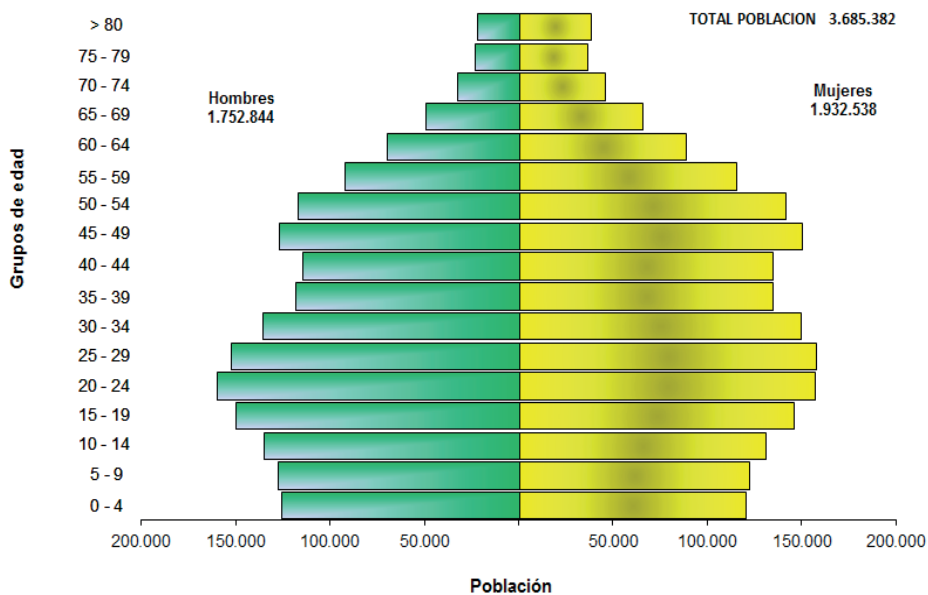


Fuente: Departamento Nacional de Estadística. DANE.



Fuente: Departamento Nacional de Estadística. DANE.

PIRAMIDE POBLACIONAL. VALLE DE ABURRÁ 2013



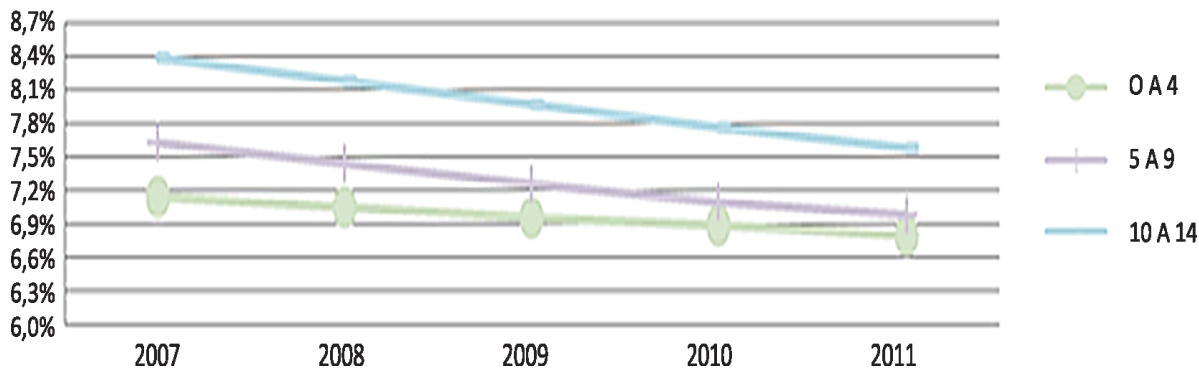
Fuente: DANE. Proyecciones de población.

Cuando se analizan las pirámides poblacionales del Valle de Aburrá, se percibe una diferencia significativa en la estructura, cuando se incluye la ciudad de Medellín y cuando ésta se excluye. Es evidente, que por representar más del 60% de la población del Valle de Aburra, la pirámide poblacional toma la forma de la pirámide de la ciudad de Medellín. Lo que se observa cuando se excluye a Medellín, es una pirámide con una tendencia cilíndrica propia del envejecimiento poblacional y disminución de los nacimientos. Ver Gráficos 4 y 5.

En la distribución porcentual de los diferentes grupos que componen la pirámide, se logra observar así, como sucede en cada municipio, una tendencia hacia la disminución en los grupos de edad de 0 a 14 años, donde en los últimos cinco años, ha disminuido alrededor de un 1% para el grupo de 10 a 14 años y alrededor de un 0.5% para los grupos de edad de 0 a 4 años y de 5 a 9 años. Se percibe también un incremento sostenido de la población mayor de 60 años.

Gráfico 4

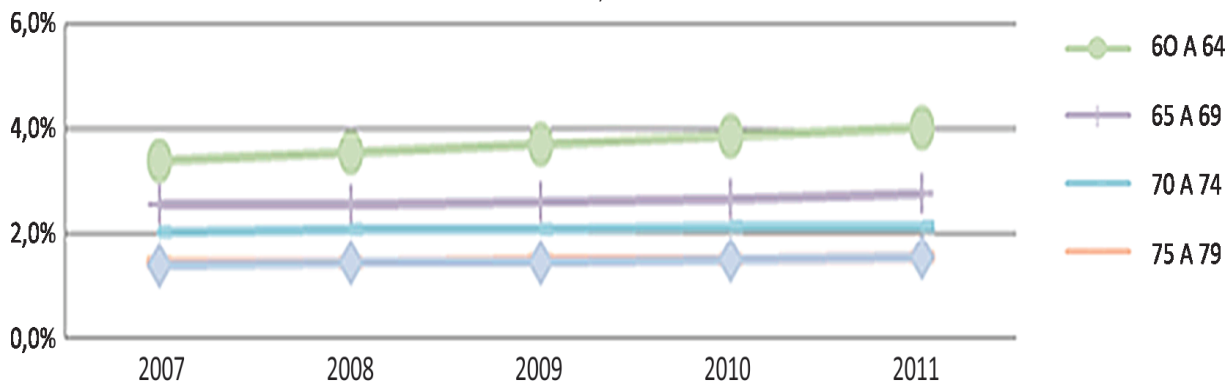
Comportamiento de la distribución porcentual de los grupos de edad de 0 a 14 años. Valle de Aburrá, 2007-2011



Fuente: Departamento Nacional de Estadística. DANE.

Gráfico 5

Comportamiento de la distribución porcentual de los grupos de edad de 60 años y más. Valle de Aburrá, 2007-2011



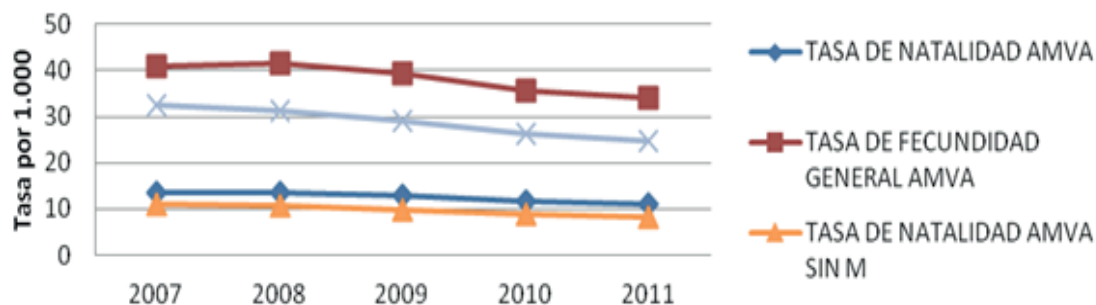
Fuente: Departamento Nacional de Estadística. DANE.

8. FECUNDIDAD

Cuando se analiza el Valle de Aburrá como conglomerado geográfico, se visualiza una tendencia hacia la disminución, tanto en la tasa de natalidad, como en la tasa de fecundidad general; aunque en el análisis se retire el municipio de Medellín, la tendencia no cambia.

Gráfico 6

Comportamiento de la fecundidad y natalidad. Valle de Aburrá, 2007-2011



Fuente: Departamento Nacional de Estadística. DANE. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Resulta importante mencionar que al analizar la tasa global de fecundidad, el municipio de Medellín, ésta es mayor a un hijo por mujer para el 2011; pero cae a menos de un hijo por mujer, cuando se analiza sin el municipio en mención.

Gráfico 7

Comportamiento de la tasa global de fecundidad. Valle de Aburrá, 2007-2011

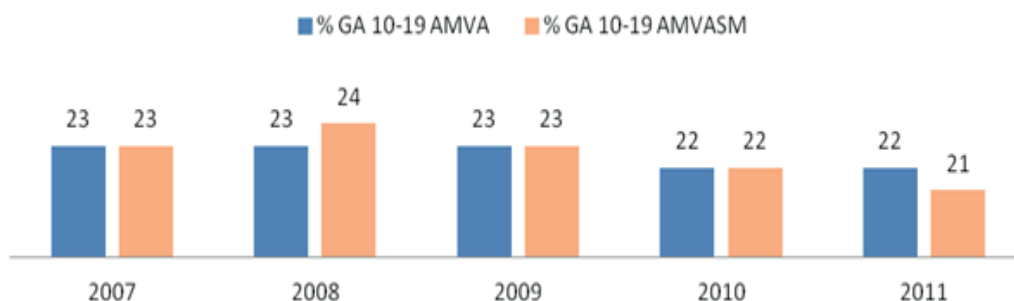


Fuente: Departamento Nacional de Estadística. DANE. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Así mismo, cuando se analizan las tasas específicas de fecundidad de los grupos de 10 a 14 años, y de 15 a 19 años, se hace evidente la disminución en la tasa del grupo de 10 a 14 años, cuando se excluye a Medellín del análisis. Lo que es paradójico, es que cruzando, se analiza la distribución porcentual de los nacimientos por grupos de edad; el grupo de 10 a 19 años, sólo ha experimentado una disminución del 1% en los últimos dos años, con o sin Medellín incluido en el análisis.

Gráfico 8

Comportamiento del porcentaje de embarazo en adolescentes.
Valle de Aburrá, 2007-2011



Fuente: Departamento Nacional de Estadística, DANE. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

En los cambios porcentuales de las tasas de fecundidad, se observa que para el Valle de Aburrá, todos los grupos de edad, han experimentado una disminución en los últimos cinco años. El grupo que más disminución ha tenido, ha sido el grupo de 35 a 39 años, con más del 22%; seguido del grupo de 40 a 44 años, con un porcentaje alrededor del 20%. Por el contrario, el grupo con menos disminución en la fecundidad, ha sido el grupo de 30 a 34 años, con una reducción que no alcanza ni el 5%, seguido del grupo de 10 a 14 años, con una reducción cercana al 6%.

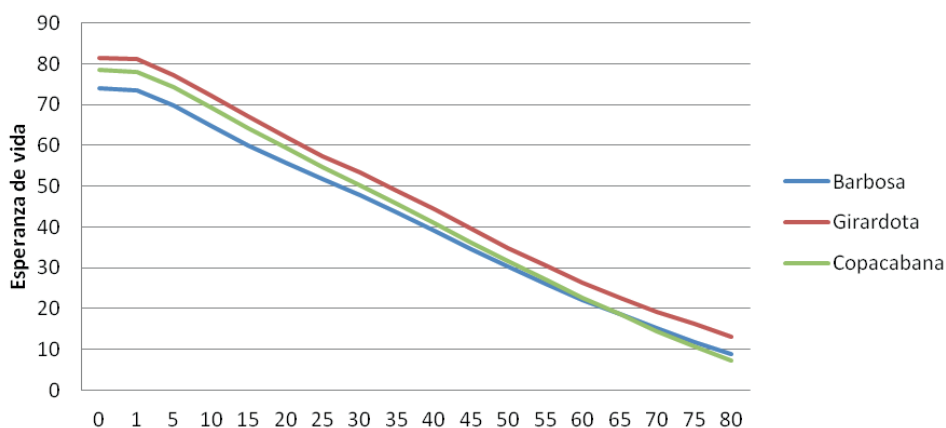
9. ESPERANZA DE VIDA AL NACER

La esperanza de vida al nacer de los municipios del Valle de Aburrá, está por encima de los 70 años para población general; lo que indica mayor población de adultos mayores, con más dependencia económica, mayor requerimiento de servicios sociales y de atención en salud, por padecimiento de enfermedades crónicas y degenerativas, que requieren cuidados especiales y modelos de atención en salud más integrales y con enfoque de gestión de los riesgos. El municipio que registra la esperanza de vida más baja para el año 2011 es Barbosa, seguido del municipio de La Estrella. Por el contrario, los municipios que reportan la esperanza de vida más alta son Sabaneta y Girardota.

De los municipios del norte, Girardota presenta una esperanza de vida mayor para todas las edades, seguido de Copacabana y Barbosa, que aunque al nacer la esperanza de vida es la más baja, se iguala con la de Copacabana a partir del quinquenio 50-54.

Gráfico 9

Esperanza de vida al nacer. Norte Valle de Aburrá. 2011



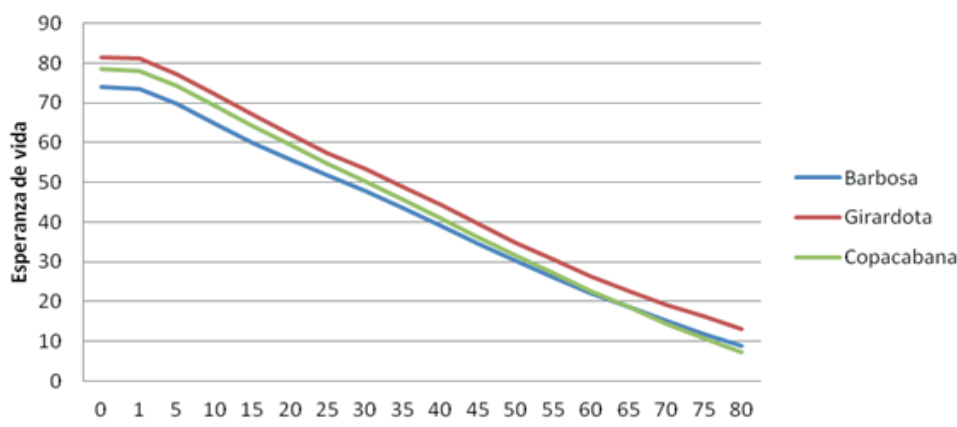
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

En los municipios del Valle de Aburrá con mayor población, se observa una esperanza de vida al nacer muy similar, excepto para el municipio de Itagüí.

Se logra apreciar cómo Medellín, ha incrementado la esperanza de vida para todos los grupos de edad, siendo aún más evidente en el grupo de mayores de 80 años.

Gráfico 10

Esperanza de vida al nacer. Municipios más poblados. Valle de Aburrá, 2011

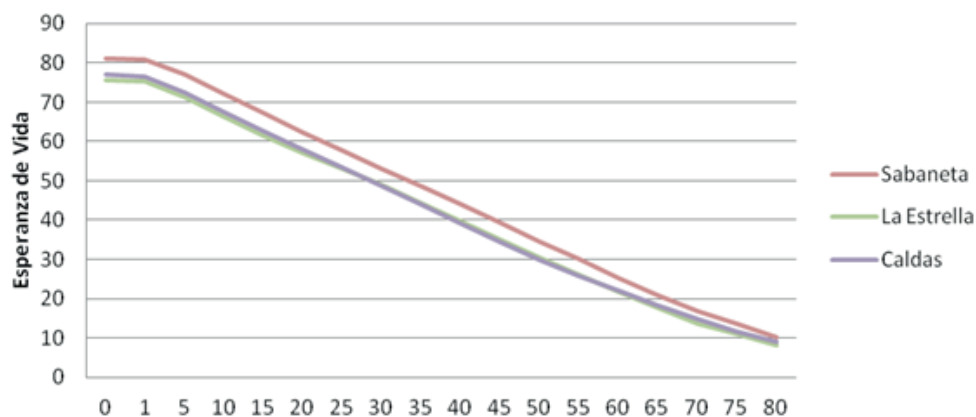


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Para los municipios del sur del Valle de Aburrá, la esperanza de vida mayor la tiene Sabaneta, pero es igualado en el quinquenio 75-79 por los municipios de La Estrella y Caldas.

Gráfico 11

Esperanza de vida al nacer. Sur Valle de Aburrá, 2011



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

10. POBLACIÓN CON NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS

El Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), clasifica a una persona u hogar en situación de pobreza, cuando tiene una de las siguientes necesidades básicas: Vivienda inadecuada, viviendas con hacinamiento crítico, viviendas con servicios inadecuados, familias con alta dependencia económica y familias con niños en edad escolar que no asisten a la escuela; es de anotar, que se está en condiciones de miseria, cuando se posee más de una necesidad básica. Ver Tabla 8 y Tabla 9.

Tabla N° 8

Población con NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas). Pobreza. Valle de Aburrá, 2013

MUNICIPIO	URBANO	RURAL
VALLE DE ABURRA	2,56	14,19
Medellín	3,08	3,88
Barbosa	4,27	33,77
Bello	3,44	16,06
Caldas	4,65	26,60
Copacabana	1,75	13,08
Envigado	0,45	13,68
Girardota	1,66	13,24
Itagüí	1,71	10,03
La Estrella	3,26	7,88
Sabaneta	1,52	3,68

Fuente: elaboración propia con datos de Observatorio Metropolitano de Información. 2013.

La población con el mayor índice de NBI, pobreza, en el área urbana, es la del municipio de Caldas; en el área rural es Barbosa. Y la que tiene el menor porcentaje de NBI en el área urbana es la del municipio de Envigado; y en el área rural, Sabaneta. Ver Tabla 8.

Tabla N° 9

Población con dos o más NBI. Miseria. Valle de Aburrá, 2013

MUNICIPIO	URBANO	RURAL
VALLE DE ABURRA	0,11	1,34
Medellín	0,28	0,57
Barbosa	0,27	5,04
Bello	0,25	1,04
Caldas	0,30	1,97
Copacabana	0,00	1,56
Envigado	0,00	0,85
Girardota	0,00	0,00
Itagüí	0,03	1,57
La Estrella	0,00	0,48
Sabaneta	0,00	0,61

Fuente: elaboración propia con datos de Observatorio Metropolitano de Información. 2013.

La población con el mayor índice de una o más NBI, miseria, en el área urbana es la del municipio de Caldas, y es muy baja; en el área rural es la de Barbosa, relativamente alta. Se destaca la ausencia de índices de miseria urbana en los municipios de Copacabana, Girardota, Envigado, La Estrella y Sabaneta, como la ausencia de miseria rural en el municipio de Girardota. Ver Tabla 9.

11. ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

La Gobernación de Antioquia, el municipio de Medellín y el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, participan cada dos años, en la aplicación de la Encuesta de Calidad de Vida, consolidando valores cuantitativos que expresan la relación estadística entre diversas variables temáticas relacionadas con la educación, salud, participación, seguridad alimentaria, accidentalidad, discapacidad, fuerza laboral, demografía, seguridad y convivencia, servicios públicos, recreación y deporte, vivienda y hogares. El indicador asigna a cada hogar un puntaje que varía entre cero y cien, a medida que el valor del índice aumenta, las condiciones de vida del hogar mejoran. (No se trata de un porcentaje).

A continuación se presenta una tabla con valores a nivel urbano y rural que permiten evidenciar, a nivel de la Subregión, el índice de Calidad de Vida de cada municipio para el año 2013.

Tabla N° 10

Índice de calidad de vida. Municipios Valle de Aburrá, 2013

Municipio	Urbano	Rural
Medellín	73,33	74,92
Barbosa	70,94	62,82
Bello	71,49	65,22
Caldas	72,69	68,53
Copacabana	73,46	69,23
Envigado	71,50	74,03
Girardota	73,29	68,74
Itagüí	73,78	70,65
La Estrella	74,43	73,30
Sabaneta	76,77	77,09

Fuente: elaboración propia con datos de Observatorio Metropolitano de Información. 2013.

(Nota: No hay datos de Envigado a 2013. Se ofrecen los de 2011).

Sabaneta es el municipio del Área Metropolitana del Valle de Aburrá con los mejores índices de Calidad de Vida en lo rural y en lo urbano. Y Barbosa tiene, a su vez, los más bajos. Ver Tabla 10.

12. AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

La cobertura del SGSSS en el Valle de Aburrá muestra un comportamiento estable durante los últimos años. Los porcentajes de cobertura han estado por encima del 90% cuando el análisis de las coberturas se hace con la ciudad de Medellín; la afiliación al régimen contributivo se ha mantenido entre el 60% y el 70% con una tendencia al incremento durante el período.

Al revisar las coberturas sin la ciudad de Medellín, se percibe que pasa a moverse entre el 80% y cerca al 90% pero sin alcanzar este valor en ninguno de los cinco años revisados; sin embargo, se observa un gran cambio en la cobertura del régimen contributivo al pasar del 53% en el año 2007 al 65.6% en el año 2011.

Tabla 11
Cobertura del SGSSS. Área Metropolitana, 2015

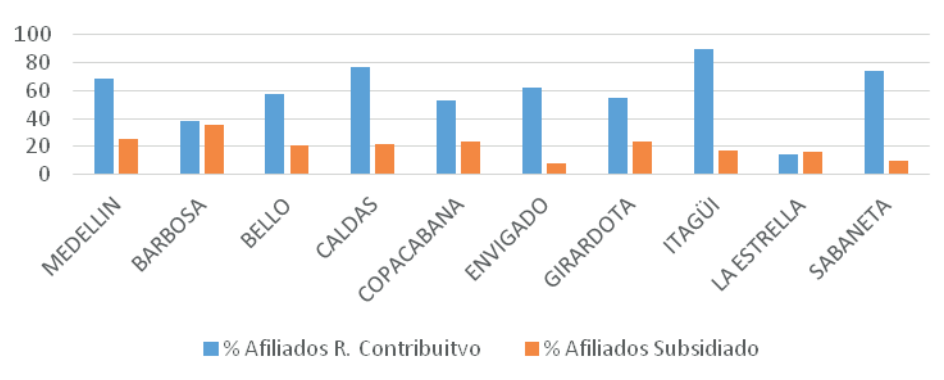
COBERTURA SEGURIDAD SOCIAL VALLE DE ABURRÁ. 2015						
Municipios/ Región	Población Total	Afiliados R. Contributivo	% Afiliados R. Contributivo	Afiliados R. Subsidiado	% Afiliados R. Subsidiado	Población No afiliada
MEDELLIN	2.464.322	1.679.960	68,17	625.686	25,02	167.668
BARBOSA	50.052	19.003	37,97	17.950	35,86	13.099
BELLO	455.865	263.798	57,87	94.150	20,65	97.917
CALDAS	77.847	59.520	76,46	17.064	21,92	1.263
COPACABANA	70.169	37.431	53,34	16.432	23,42	16.306
ENVIGADO	222.455	138.767	62,38	17.548	7,89	66.140
GIRARDOTA	54.240	29.847	55,03	12.678	23,37	11.715
ITAGÜI	267.851	239.304	89,34	47.889	17,52	-18.378
LA ESTRELLA	62.348	8.870	14,23	10.122	16,23	43.356
SABANETA	51.860	38.444	74,13	5.016	9,67	8.400
TOTAL VALLE ABURRA	3.777.009	2.514.944	66,59	864.535	22,63	407.486

Fuente: elaboración propia con datos de Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Población proyectada 2015, según DANE.

Itagüí aparece como el municipio con el porcentaje más alto de afiliación al régimen contributivo, 89 %, y Barbosa con el más alto de afiliación al régimen subsidiado. La Estrella aparece llamativamente con el porcentaje más bajo de afiliación al régimen contributivo 14,2 %, mientras que en el régimen subsidiado aparece Envigado. Ver Tabla 11 y Gráfico 12.

Gráfico 12

Porcentaje de población afiliada por régimen Valle de Aburrá, 2015



Fuente: elaboración propia con datos de Dirección Seccional de Salud de Antioquia. 2015.

13. CARACTERIZACIÓN SECRETARÍAS DE SALUD Y SIMILARES DEL VALLE DE ABURRÁ

Las Secretarías de Salud y similares son las responsables de asumir las competencias del sector en cada uno de los municipios. Los municipios que conforman la región del Valle de Aburra son todos de categoría especial, primera, segunda y tercera, y de acuerdo a la ley 715 de 2001, asumen la gran mayoría de competencias de salud en su territorio. Sin embargo, las dependencias no tienen para los 10 municipios la misma denominación y algunas asumen competencias adicionales a las del componente Salud. Los municipios de Barbosa y La Estrella, en su dependencia, asumen las demás competencias de desarrollo social y todo lo relacionado con atención de poblaciones especiales. La mayoría de las dependencias, excluyendo a Medellín, asumen el componente de seguridad alimentaria; otras como la de Itagüí y Girardota, han adecuado su estructura, asimilándose a la Secretaría Departamental, en su denominación y en las competencias que asumen.

En cuanto a las estructura de funcionarios para cumplir las competencias, se encuentra que hay un porcentaje muy alto (34,4%) de personas contratadas en la modalidad de prestación de servicios, representando este aspecto un factor determinante en la gestión de las dependencias, por el desgaste administrativo que implica la contratación del personal en cada anualidad, el riesgo jurídico y de pérdida de conocimiento y la continuidad en los programas y proyectos. Ver Tabla 12.

Tabla N°12

Secretarías de Salud y similares. Municipios Valle de Aburrá, 2012

MUNICIPIO	NOMBRE DEPENDENCIA	TOTAL DE FUNCIONARIOS	VINCULADOS Y %		CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y %	
Medellín	Secretaría de Salud	171	150	88,0	21	12,0
Barbosa	Bienestar Social y Desarrollo Comunitario	9	3	33,3	6	66,7
Bello	Dirección Local de Salud	23	23	100,0	0	0,0
Caldas	Secretaría de Salud	33	5	15,2	28	84,8
Copacabana	Secretaría de Salud	48	6	12,5	42	87,5
Envigado	Secretaría de Salud	43	35	81,4	8	18,6
Girardota	Secretaría de Salud, participación ciudadana y Protección Social	21	11	52,4	10	47,6
Itagüí	Secretaría de Salud y Protección Social	36	32	88,9	4	11,1
La Estrella	Secretaría de Seguridad Social y familia	12	4	33,3	8	66,7
Sabaneta	Secretaría de Salud	29	10	34,5	19	65,5
Valle de Aburrá		425	279	66,6	146	34,4

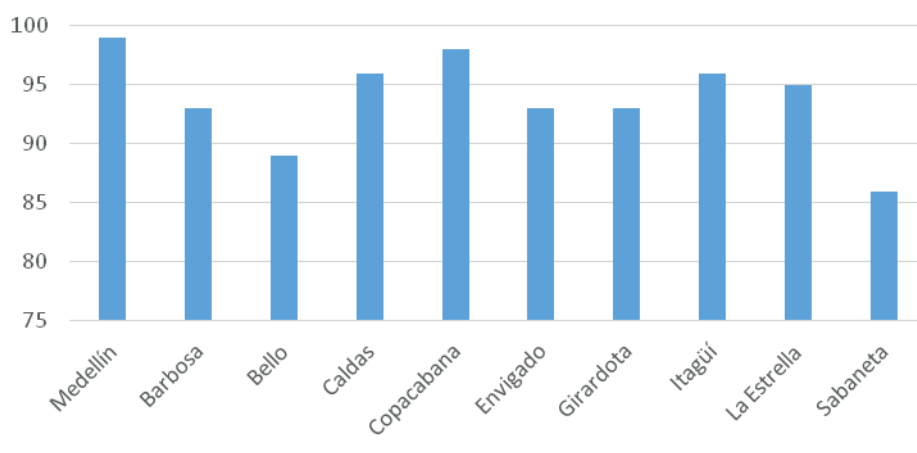
Fuente: elaboración propia con datos de Secretarías de Salud y similares de los municipios del Valle de Aburrá. 2015.

14. DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD MUNICIPIOS VALLE DE ABURRÁ

Dando cumplimiento al Decreto 027 del 10 de enero de 2003 y al párrafo del artículo 44 de la Ley 715 de 2001, en cuanto a la certificación de las dependencias para asumir la prestación de servicios de salud, se encuentra, según los resultados de la evaluación de la capacidad de gestión municipal en salud del año 2014 realizada por la Secretaría Departamental de Salud y Protección Social de Antioquia a cada uno de las dependencias de los municipios del Valle de Aburrá, que en su totalidad están certificados, por el cumplimiento de las condiciones que acreditan su capacidad de gestión.

Al revisar en detalle las evaluaciones realizadas por la Secretaría de Salud y protección Social de Antioquia, se encontró lo siguiente. Ver Gráfico 13.

Gráfico 13
Resultados Certificación Secretarías de Salud, 2014



Fuente: elaboración propia con datos de Secretaría Departamental de Salud y protección Social.

La mayoría de las Secretarías ha conformado los organismos de participación social en salud, definidos en el decreto 1757 de 1994, tales como: Comité de participación social en salud COPACO, Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud CMSSS Y/o Veedurías en Salud.

15. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MUNICIPIOS VALLE DE ABURRÁ

La Atención Primaria en Salud es la estrategia marco en la cual se soporta el Sistema de Seguridad Social en Salud según la ley 1438 de 2011 para darle funcionalidad al modelo de prestación del servicio público de salud vigente. Tiene un propósito orientador y articulador del sector salud entre y con otros sectores sociales y la comunidad, que permita la acción

coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Todos los municipios del Valle de Aburrá están haciendo el esfuerzo, y con recursos propios están implementando la Estrategia de Atención Primaria en Salud APS en su territorio. Sin embargo, la cobertura es aún muy incipiente de la población del Valle de Aburrá se beneficia del programa, suponiendo que en cada familia hay cuatro miembros; se estima que al culminar el periodo 2012-2015, solamente se alcanzar a llevar la estrategia aproximadamente al 12% de la población del Valle de Aburrá; situación que es contradictoria y no se compadece con el objeto propuesto en la ley 1438 que la considera como el marco que soportará el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Al revisar los documentos de planificación y desarrollo del programa en cada municipio, se puede concluir que básicamente la APS está enfocada a actividades de caracterización y elaboración del diagnóstico de cada familia, a realizar acciones de demanda inducida y actividades de información, educación y comunicación en salud.

Tabla N°13

Estrategia de Atención primaria en Salud, Municipios Valle de Aburrá, 2012

MUNICIPIO	APS	FAMILIAS BENEFICIADAS 2012	FAMILIAS A BENEFICIAR PROYECTADA 2015
Medellín	Si	14.000	75.000
Barbosa	Si	698	3.000
Bello	Si	1.000	30.000
Caldas	No		
Copacabana	Si	604	1.500
Envigado	Si	1.563	1600
Girardota	Si	1.949	
Itagüí	No		
La Estrella	Si	308	3.000
Sabaneta	Si	4.252	6.000
Valle de Aburrá	8	24.374	120.100

Fuente: elaboración propia con datos de Secretarías de Salud y similares de los municipios del valle de Aburrá 2012.

El artículo 6° de la ley 1438 de 2011 plantea la formulación del Plan Decenal de Salud Pública, define que el Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales. Este Plan definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento, y los mecanismos de evaluación del Plan. En el párrafo transitorio dice que el primer Plan Decenal debería estar en vigencia en el año 2012.

Frente al planteamiento anterior, ocho de las diez Secretarías de Salud y similares de los municipios del Valle de Aburrá, no formularon el Plan de Salud tal y como lo define el decreto 3039 de 2007 y la resolución 425 de 2008, esperando los lineamientos del plan Decenal de Salud Pública. Los diez municipios del Valle de Aburrá incluyeron el componente Salud en el Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015, en lo que tiene que ver con las competencias asignadas y los programas y proyectos a trabajar en el cuatrienio.

16. ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

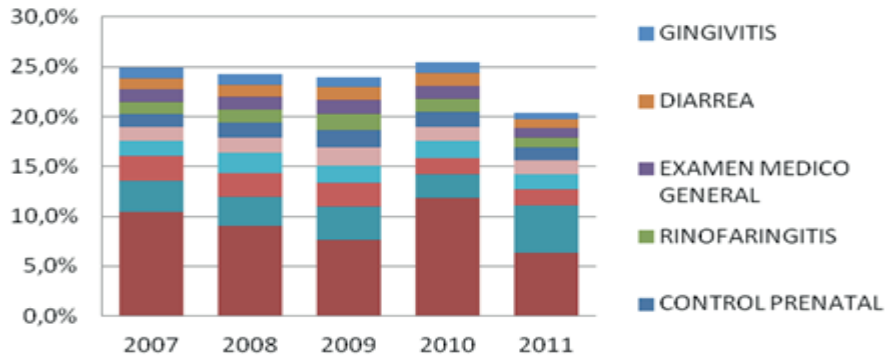
16.1 MORBILIDAD

Cuando se analiza el perfil de morbilidad del Valle de Aburrá, proveniente de todas las consultas externas, se identifica que en los últimos cinco años se han realizado 2.625.000 consultas en promedio cada año. La primera causa de consulta para todo el Valle de Aburrá es la Hipertensión Arterial Primaria con porcentajes hasta del 11% del total de consultas. Le siguen algunos problemas de salud oral como la caries y las consultas de algunos programas de prevención y detección temprana como crecimiento y desarrollo y control prenatal. Es de resaltar en las diez primeras causas de consulta, los eventos transmisibles como la rinofaringitis y la diarrea.

Para el perfil de morbilidad proveniente del servicio de urgencias, se calcula que en promedio cada año se han atendido 53.600 consultas durante los últimos cinco años. Las principales causas de consulta para este servicio están identificadas con diagnósticos imprecisos y relacionados con signos y síntomas que no permiten definir una causa real. El dolor abdominal no especificado se constituye en la principal causa de consulta por urgencias para varios años en el período 2007-2011, le siguen otros signos y síntomas y la cefalea. Estos tres diagnósticos logran alcanzar porcentajes hasta del 13% del total de las consultas.

Gráfico 14

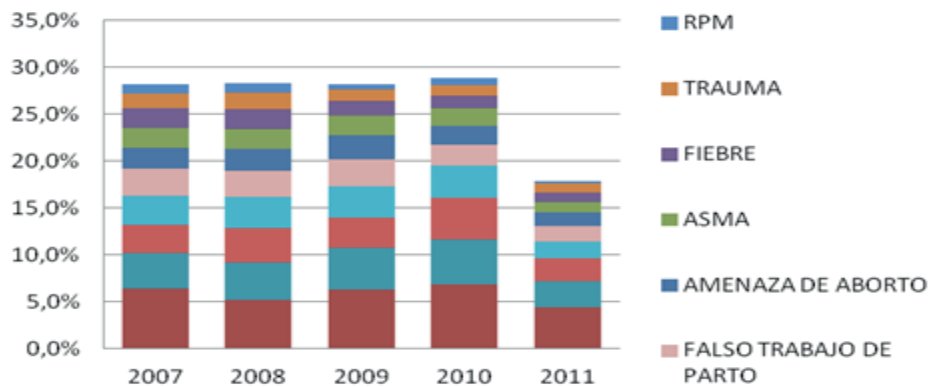
Primeras causas de consulta externa. Valle de Aburrá. 2007-2011



Fuente: elaboración propia con datos de Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Gráfico 15

Primeras causas de consulta por urgencias. Valle de Aburrá. 2007-2011

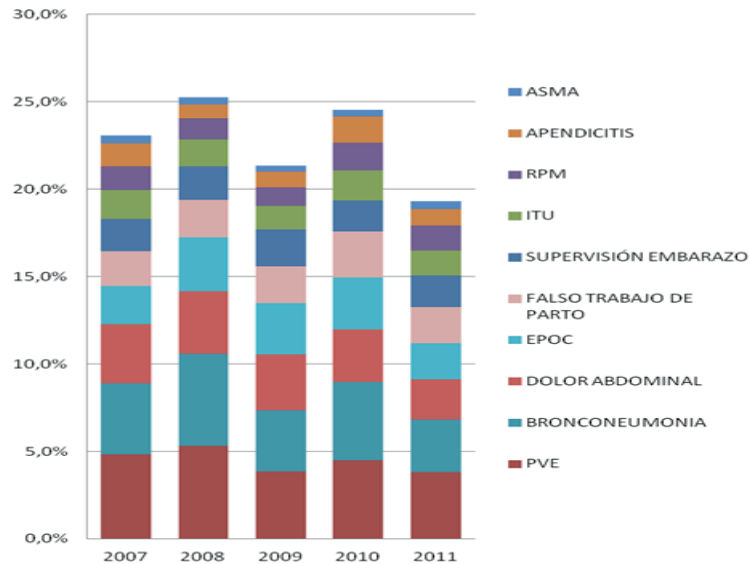


Fuente: elaboración propia con datos de Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Para el servicio de hospitalización, se han generado cada año durante los últimos cinco años en promedio 69.600 hospitalizaciones. La primera causa para el año 2007 era la atención del parto y aunque no deja de ser una de las causas más importantes de hospitalización, pasa a ocupar otros lugares dentro del listado. Pero, es importante indicar que si se sumaran todas las causas relacionadas con la atención de la gestante, esta encabezaría el listado de todos los años del período revisado. Llama la atención el comportamiento de la bronconeumonía que durante todos los años es la primera o segunda causa de hospitalización. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica aparece en el perfil de morbilidad como la única causa de enfermedad no transmisible con importantes porcentajes del total de consulta, lo que sugiere probablemente un inadecuado control de la enfermedad por la inexistencia de programas estructurados, que permitan realizar un control y seguimiento a estos usuarios.

Gráfico 16

Primeras causas de consulta por hospitalización. Valle de Aburrá, 2007-2011



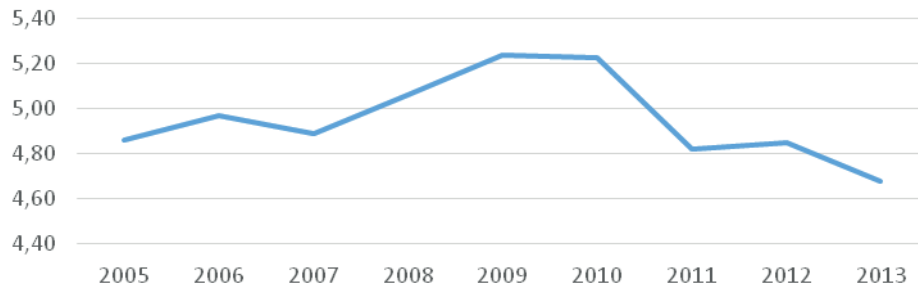
Fuente: elaboración propia con datos de Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

16.2 MORTALIDAD GENERAL

En el análisis de la mortalidad del Valle de Aburrá se logra apreciar que este evento ha disminuido en los últimos cinco años del período evaluado. Las tasas crudas de mortalidad muestran un valor de 4.86 muertes por cada mil habitantes para el año 2005 y de 4.68 para el año 2013, habiendo presentado un ascenso importante en los años 2009 y 2010. Ver Gráfico 17.

Gráfico 17

Tasas crudas de mortalidad. Área Metropolitana, 2005-2013

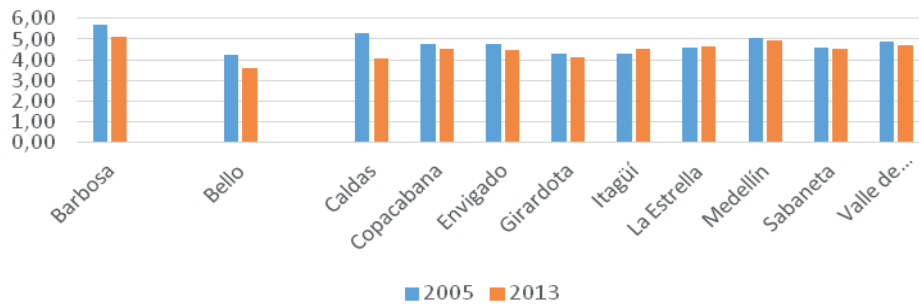


Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE.
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Al evaluar las tasas crudas de mortalidad en la comparación de municipios entre los años 2005 y 2013 se observa que Barbosa ha presentado los valores más altos, seguida por Caldas y Medellín. Ver Gráfico 23.

Gráfico 18

Tasas crudas de mortalidad Por municipio. Área Metropolitana, 2005-2013

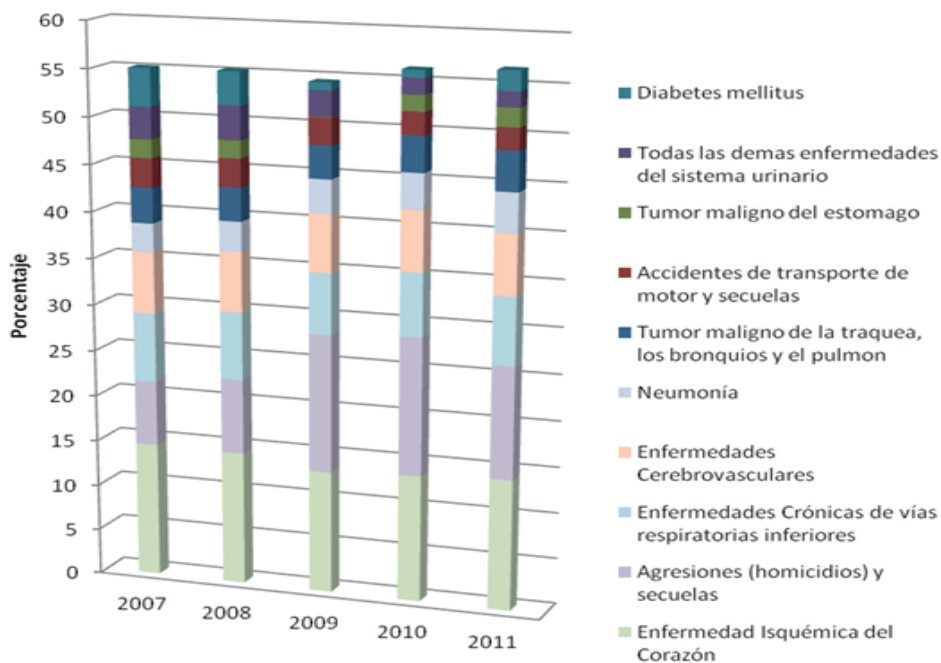


Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE.
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

En las principales causas de mortalidad para el Valle de Aburrá, se registran la enfermedad isquémica, las agresiones, las enfermedades crónicas respiratorias, la enfermedad cerebrovascular y la neumonía. Aparecen el cáncer de pulmón y de estómago de una manera más consistente. Cuando se revisan las causas de mortalidad sin el municipio de Medellín, ni el orden ni la magnitud de las causas, cambian la estructura de la mortalidad registrada en el Valle de Aburrá. Ver Gráfico 19.

Gráfico 19

Distribución porcentual de las principales causas de mortalidad. Área Metropolitana, 2007-2011



Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE.
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Teniendo en cuenta que las tres principales causas de muerte para los 10 municipios del Valle de Aburrá, son enfermedad isquémica, las agresiones y las enfermedades crónicas de vías respiratorias; se realizó un pequeño análisis para mirar el comportamiento en los últimos cinco años y cómo ha sido el cambio en cada municipio.

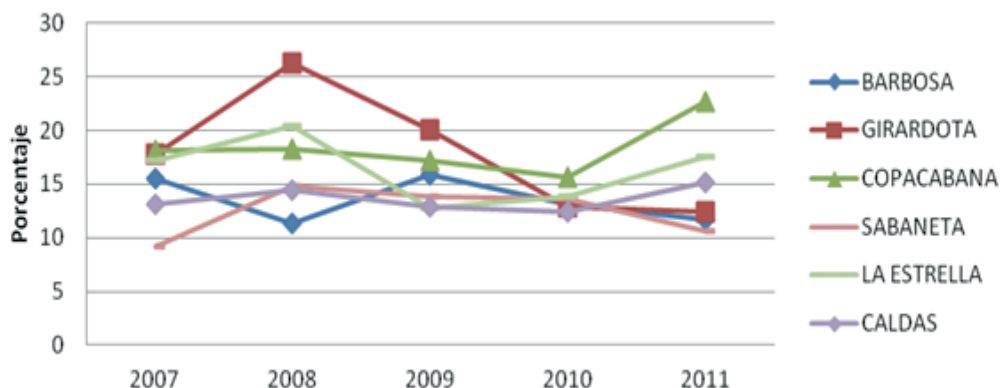
Para este análisis se separaron los municipios en dos grupos, los que representan el porcentaje más pequeño en el total de habitantes con relación al total del Valle de Aburrá y los que representan los porcentajes más altos. De esta manera, los municipios en el primer grupo fueron: Barbosa, Girardota, Copacabana, Sabaneta, La Estrella y Caldas; en el segundo grupo, los municipios fueron: Bello, Medellín, Envigado e Itagüí.

Al revisar la distribución porcentual de la mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca, en el primer grupo de municipios, Sabaneta registra los porcentajes de muerte más bajos por esta causa. Girardota registró durante los tres primeros años del período evaluado, los porcentajes más altos de muerte por esta causa y fue superado en los dos últimos años por el municipio de Copacabana. Aunque es importante mencionar que para el año 2008, el municipio de Girardota registró el porcentaje más alto de toda la región en muertes por enfermedad isquémica cardíaca.

En el segundo grupo de municipios, Envigado ha sido consistente en la distribución porcentual de las muertes por enfermedad isquémica y representa el municipio con el más alto porcentaje de muertes por esta causa en este grupo. Por el contrario, el municipio de Medellín viene registrando una disminución paulatina en el porcentaje de muertes por enfermedad isquémica, y ha sido durante los últimos cinco años, el municipio con los porcentajes más bajos de mortalidad por esta causa.

Gráfico 20

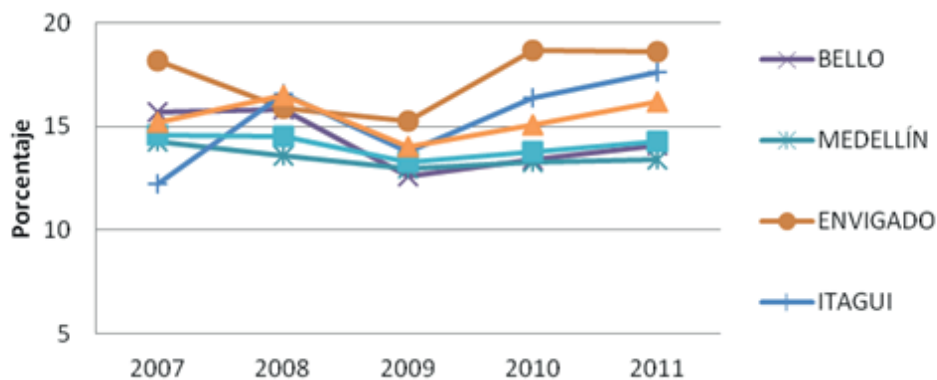
Comportamiento de la distribución porcentual de la mortalidad por enfermedad isquémica. Municipios menos poblados Área Metropolitana, 2007-2011



Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Gráfico 21

Comportamiento de la distribución porcentual de la mortalidad por enfermedad isquémica. Municipios más poblados. Área Metropolitana, 2007-2011

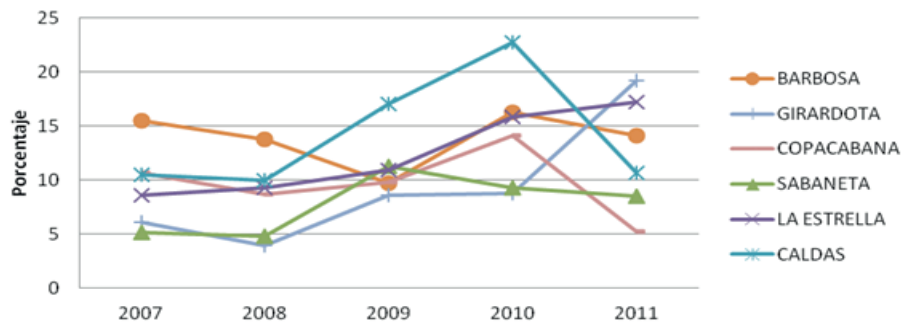


Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE.
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Al analizar los cambios porcentuales de la mortalidad por enfermedad isquémica en los últimos cinco años, los municipios de Itagüí, Copacabana y Sabaneta, contribuyen con incrementos hasta del 40% en este evento. Solo los municipios de Girardota y Barbosa han tenido una disminución de las muertes, por esta causa. La segunda causa de mortalidad revisada, son las agresiones que incluyen los homicidios. En el primer grupo de municipios, los dos primeros años fueron liderados por Barbosa, en el 2009 y el 2010 el municipio de Caldas registró los porcentajes de muerte más altos por agresiones. Para el año 2011, el municipio de Girardota pasa a ser el que mayor porcentaje de muertes registra por esta causa, después de tener por tres años consecutivos los porcentajes más bajos. En el segundo grupo de municipios, los porcentajes más altos los registra el municipio de Itagüí a partir del año 2008 y aunque se percibe una disminución, ésta no ha sido suficiente para dejar el primer lugar. Los porcentajes más bajos durante los cinco años de análisis los registra el municipio de Envigado. Cuando se hace el cálculo del cambio en el comportamiento de la distribución porcentual, se observa que el municipio que más ha incrementado el porcentaje de muertes por agresiones en los últimos cinco años, es el municipio de Girardota, con un 200%, seguido de Itagüí, Medellín y La Estrella, cercanos al 100%. El municipio que más lo ha disminuido ha sido Copacabana con una reducción del 50%, seguido de Bello con un 20%.

Gráfico 22

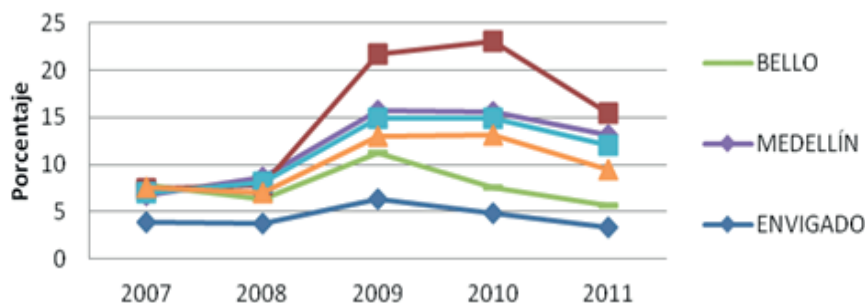
Comportamiento de la distribución porcentual de la mortalidad por agresiones.
Municipios menos poblados Área Metropolitana, 2007-2011



Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE.
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Gráfico 23

Comportamiento de la distribución porcentual de la mortalidad por agresiones.
Municipios más poblados Área Metropolitana, 2007-2011



Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE.
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

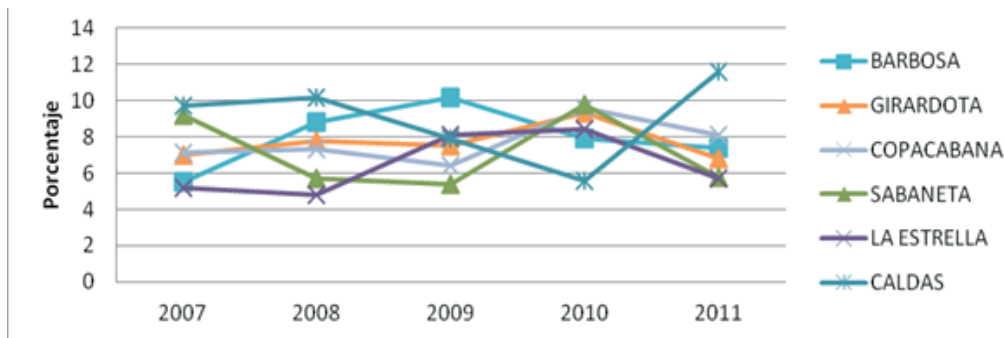
Cuando se analiza la enfermedad crónica respiratoria como causa de mortalidad, se aprecia para el primer grupo de municipios: que Caldas ha tenido los porcentajes más altos de mortalidad por esta causa durante tres años, Barbosa y Sabaneta en años diferentes, también han tenido los porcentajes más altos de muertes por esta causa. El municipio de La Estrella, registra de forma más consistente, los porcentajes más bajos de mortalidad por enfermedad crónica respiratoria.

En el segundo grupo de municipios, Itagui ha tenido una caída importante en el porcentaje de muertes por esta causa; para el año 2007, lideraba el porcentaje de muertes, y a partir del 2008, cae casi tres puntos porcentuales; ubicándose desde entonces, en los porcentajes más

bajos de mortalidad por enfermedad respiratoria. Desde el año 2008, ha sido el municipio de Envigado, quien ha pasado a ocupar el primer lugar en la distribución porcentual de muertes por la causa analizada.

Gráfico 24

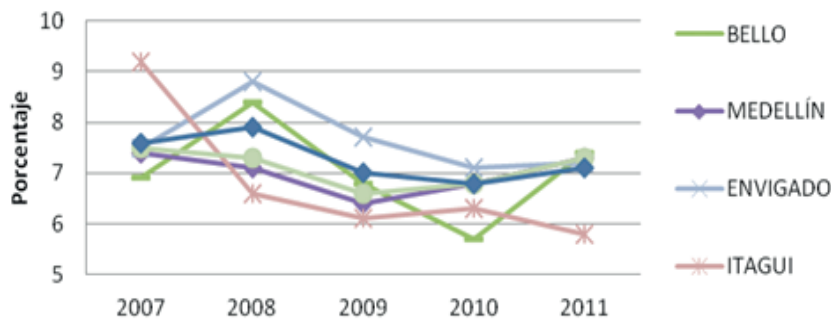
Comportamiento de la distribución porcentual de la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica. Municipios menos poblados Área Metropolitana, 2007-2011



Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Gráfico 25

Comportamiento de la distribución porcentual de la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica. Municipios más poblados. Área Metropolitana, 2007-2011



Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

17. MORTALIDAD ESPECÍFICA

17.1 MORTALIDAD POR ACCIDENTES

En los últimos cinco años, las muertes por accidentes han logrado disminuirse de forma considerable para los municipios de Medellín, Copacabana, Sabaneta, Girardota y todo el Valle de Aburrá. Los municipios de Caldas y Sabaneta han tenido una disminución significativa, mientras que aumenta en Copacabana. Ver Tabla 14.

Tabla 14

Comportamiento de la mortalidad por accidentes. Área Metropolitana, 2005-2013

SUBREGIÓN MUNICIPIO	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.
VALLE DE ABURRÁ	494	14,9	542	16,2	478	14,1	500	14,5	478	13,7	465	13,1	476	13,3	471	12,9	452	12,3
Barbosa	13	30,6	15	34,8	10	22,8	27	60,5	26	57,3	25	54,1	33	70,3	15	31,4	9	18,6
Bello	48	12,9	49	12,9	49	12,6	47	11,8	37	9,1	37	9,0	57	13,5	52	12,1	49	11,2
Caldas	10	14,7	15	21,7	11	15,7	12	16,9	10	13,9	14	19,2	7	9,5	15	20,0	3	3,9
Copacabana	14	22,9	16	25,7	16	25,4	13	20,3	13	20,0	11	16,7	5	7,5	13	19,2	17	24,8
Envigado	22	12,6	18	10,1	19	10,4	19	10,1	20	10,4	26	13,2	14	6,9	24	11,6	19	9,0
Girardota	13	30,5	12	27,5	10	22,3	3	6,5	6	12,7	8	16,6	3	6,1	19	37,6	8	15,4
Itagüí	28	11,9	34	14,2	34	14,0	28	11,4	42	16,9	30	11,9	34	13,3	27	10,4	28	10,7
La Estrella	10	19,0	4	7,5	7	12,8	6	10,8	12	21,2	7	12,2	5	8,6	16	26,9	9	14,9
Medellín	329	14,9	374	16,7	311	13,7	340	14,8	310	13,4	304	13,0	314	13,3	285	11,9	306	12,7
Sabaneta	7	15,8	5	11,0	11	23,9	5	10,7	2	4,2	3	6,2	4	8,2	5	10,1	4	7,9

Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE.

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

17.2 MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN

El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer, en Colombia y en el mundo. Al analizar los cambios en las tasas de mortalidad de los municipios del Valle de Aburrá en el período evaluado, se observa que todos presentan aumento progresivo en el número de casos y en las tasas, siendo similares estas últimas en toda la subregión. Este fenómeno podría estar asociado al aumento de la pesquisa institucional. Ver Tabla 15.

Tabla 15

Comportamiento de la mortalidad por cáncer de pulmón. Área Metropolitana, 2005-2013

SUBREGIÓN MUNICIPIO	AÑO																	
	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.	casos	Tasa x cienmil hbtes.
VALLE DE ABURRÁ	553	16,7	619	18,5	634	18,6	643	18,6	658	18,8	719	20,3	729	20,3	720	19,8	748	20,3
Barbosa	9	21,2	9	20,9	5	11,4	11	24,6	7	15,4	9	19,5	14	29,8	8	16,8	5	10,3
Bello	46	12,4	71	18,7	55	14,2	51	12,9	67	16,5	82	19,8	87	20,6	69	16,0	79	18,0
Caldas	11	16,2	9	13,0	18	25,7	20	28,1	12	16,6	14	19,2	22	29,7	12	16,0	8	10,5
Copacabana	11	18,0	14	22,5	14	22,2	8	12,5	14	21,6	14	21,3	16	24,0	14	20,7	13	19,0
Envigado	38	21,8	26	14,6	33	18,0	30	16,0	46	23,9	46	23,3	32	15,8	37	17,8	56	26,4
Girardota	7	16,4	8	18,3	10	22,3	6	13,1	1	2,1	10	20,7	5	10,1	7	13,8	8	15,4
Itagüí	37	15,7	45	18,8	47	19,4	40	16,3	55	22,1	54	21,4	54	21,1	50	19,3	55	21,0
La Estrella	9	17,1	8	14,9	16	29,3	8	14,4	4	7,1	6	10,4	11	18,8	10	16,8	8	13,2
Medellín	380	17,2	413	18,4	425	18,8	460	20,1	447	19,3	473	20,2	467	19,7	508	21,2	508	21,0
Sabaneta	5	11,3	16	35,3	11	23,9	9	19,2	5	10,5	11	22,8	21	42,9	5	10,1	8	15,9

Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE.

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

17.3 MORTALIDAD POR CÁNCER DE PRÓSTATA

El cáncer de próstata es el que más afecta la salud sexual y reproductiva de los hombres, suele presentarse en edades avanzadas y no deja de ser un evento que causa temor y angustia para la mayoría de los hombres. Es uno de los cánceres que más cobra vidas en Colombia y alrededor del mundo. El comportamiento de las tasas en los municipios del Valle de Aburrá, se asemeja a tasas de países en vías de desarrollo, inclusive algunos de los municipios superan la tasa reportada para el país en cifras; esto es constante, en cada municipio en el período evaluado. Este fenómeno podría estar asociado al aumento de la pesquisa institucional. Ver Tabla 16.

Tabla 16

Comportamiento de la mortalidad por cáncer de próstata. Área Metropolitana, 2005-2013

SUBREGIÓN MUNICIPIO	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	casos	Tasa x cienmil hombres	casos	Tasa x cienmil hombres	casos	Tasa x cienmil hombres	casos	Tasa x cienmil hombres	casos	Tasa x cienmil hombres	casos	Tasa x cienmil hombres	casos	Tasa x cienmil hombres	casos	Tasa x cienmil hombres	casos	Tasa x cienmil hombres
VALLE DE ABURRÁ	227	14,4	228	14,3	222	13,7	211	12,9	225	13,5	196	11,6	203	11,9	224	12,9	244	13,9
Barbosa	4	18,9	4	18,6	2	9,2	2	9,0	5	22,2	1	4,4	3	12,9	3	12,6	3	12,4
Bello	14	7,8	22	12,0	23	12,3	29	15,1	24	12,3	22	11,0	25	12,3	25	12,0	28	13,2
Caldas	4	11,9	3	8,8	2	5,8	3	8,5	5	14,0	4	11,0	1	2,7	1	2,7	5	13,3
Copacabana	6	20,3	0	0,0	4	13,2	2	6,5	1	3,2	5	15,8	1	3,1	4	12,3	1	3,0
Envigado	16	19,1	10	11,6	15	17,0	12	13,2	17	18,3	10	10,5	11	11,3	13	13,0	10	9,8
Girardota	5	23,9	6	27,9	0	0,0	1	4,4	5	21,6	2	8,4	4	16,5	3	12,0	3	11,8
Itagüí	20	17,6	14	12,1	14	11,9	15	12,6	14	11,6	12	9,8	11	8,9	9	7,2	15	11,8
La Estrella	2	7,8	4	15,3	4	15,1	2	7,4	2	7,3	2	7,1	0	0,0	4	13,8	3	10,2
Medellín	154	14,8	165	15,6	155	14,5	142	13,2	151	13,8	137	12,4	146	13,1	161	14,3	172	15,1
Sabaneta	2	9,6	0	0,0	3	13,8	3	13,6	1	4,5	1	4,4	1	4,4	1	4,3	4	16,9

Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE.

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

17.4 MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es el principal cáncer que afecta a las mujeres en Colombia y en el mundo, y la mayor causa de muerte por cáncer para las mujeres. Los municipios de Copacabana, Envigado y Medellín han presentado las tasas más altas. Medellín es el municipio que registra un mayor incremento en el número de casos de muertes por cáncer de mama en los últimos cinco años. Para el Valle de Aburrá, se observa un incremento progresivo y sostenido en el número de casos y en las tasas en el período evaluado. Este fenómeno podría estar asociado al aumento de la pesquisa institucional. Ver Tabla 17.

Tabla 17

Comportamiento de la mortalidad por cáncer de mama. Área Metropolitana, 2005-2013

SUBREGIÓN MUNICIPIO	AÑO																	
	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres
VALLE DE ABURRÁ	214	12,3	256	14,6	232	13,0	232	12,8	282	15,4	285	15,3	273	14,5	297	15,6	311	16,1
Barbosa	1	4,7	1	4,6	0	0,0	0	0,0	2	8,8	1	4,3	4	16,9	3	12,5	2	8,2
Bello	25	13,0	31	15,8	20	10,0	16	7,8	31	14,8	20	9,4	20	9,2	28	12,6	26	11,5
Caldas	4	11,7	3	8,6	1	2,8	2	5,6	9	24,7	5	13,6	4	10,7	2	5,3	4	10,4
Copacabana	2	6,3	3	9,3	7	21,4	4	12,1	6	17,8	5	14,7	2	5,8	4	11,4	7	19,7
Envigado	15	16,6	13	14,0	14	14,7	15	15,4	18	18,0	19	18,6	18	17,2	25	23,3	27	24,5
Girardota	1	4,6	2	9,0	3	13,2	1	4,3	0	0,0	4	16,3	4	15,9	1	3,9	3	11,4
Itagüí	19	15,6	15	12,2	12	9,6	10	7,9	16	12,5	21	16,2	11	8,4	16	12,0	14	10,4
La Estrella	7	26,1	3	10,9	3	10,7	1	3,5	2	6,9	2	6,8	3	10,0	3	9,9	3	9,7
Medellín	138	11,8	181	15,3	168	14,0	179	14,8	192	15,7	197	15,9	206	16,4	213	16,8	222	17,4
Sabaneta	2	8,5	4	16,7	4	16,4	4	16,1	6	23,8	11	43,0	1	3,8	2	7,6	3	11,2

Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE.

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

17.5 MORTALIDAD POR CÁNCER DE CÉRVIX

El cáncer de cérvix es uno de los principales cánceres que más muertes produce en las mujeres en Colombia. Aunque el número no sea del todo consistente en los municipios para los años evaluados, la incidencia puede llegar a ser tan alta como el cáncer de próstata. Es uno de los indicadores que claramente se mantiene en los mismos resultados en el período evaluado. Los municipios con tasas más bajas son Barbosa, Copacabana y La Estrella. Los municipios que registraron tasas más altas fueron Girardota y Caldas. Ver Tabla 18.

Tabla 18

Comportamiento de la mortalidad por cáncer de cérvix. Área Metropolitana, 2005-2013

SUBREGIÓN MUNICIPIO	AÑO																	
	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres
VALLE DE ABURRÁ	104	6,0	78	4,4	106	5,9	117	6,5	107	5,8	106	5,7	100	5,3	110	5,8	103	5,3
Barbosa	0	0,0	0	0,0	1	4,5	2	8,9	4	17,5	1	4,3	2	8,5	0	0,0	0	0,0
Bello	7	3,6	14	7,1	10	5,0	11	5,4	11	5,3	14	6,6	10	4,6	19	8,6	10	4,4
Caldas	4	11,7	2	5,7	3	8,5	2	5,6	2	5,5	1	2,7	1	2,7	1	2,6	5	13,0
Copacabana	1	3,2	0	0,0	3	9,2	3	9,0	3	8,9	2	5,9	1	2,9	1	2,9	0	0,0
Envigado	2	2,2	3	3,2	2	2,1	9	9,2	7	7,0	8	7,8	4	3,8	4	3,7	3	2,7
Girardota	2	9,2	0	0,0	3	13,2	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	11,4
Itagüí	8	6,6	5	4,1	13	10,4	3	2,4	4	3,1	4	3,1	4	3,0	3	2,3	8	6,0
La Estrella	2	7,5	0	0,0	1	3,6	0	0,0	3	10,4	0	0,0	2	6,7	1	3,3	2	6,5
Medellín	78	6,7	53	4,5	69	5,8	85	7,0	72	5,9	76	6,1	76	6,1	80	6,3	72	5,6
Sabaneta	0	0,0	1	4,2	1	4,1	1	4,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	1	3,8	0	0,0

Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE.

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

17.6 MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna es uno de los principales indicadores de desarrollo de un país. En el período evaluado, el único municipio que repite cada año algún caso de muerte materna, es Medellín. El municipio de Bello, desde el año 2008, cuenta dentro de sus registros con algún caso de muerte materna. El municipio de Sabaneta, sólo tiene reporte de muerte materna en un solo año de los nueve evaluados, en el 2011. Se observa una disminución gradual en los municipios del valle de Aburrá. Ver Tabla 19.

Tabla 19
Comportamiento de la mortalidad materna. Área Metropolitana, 2005-2013

SUBREGIÓN MUNICIPIO	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	casos	Tasa x cienmil nacidos vivos	casos	Tasa x cienmil nacidos vivos	casos	Tasa x cienmil nacidos vivos	casos	Tasa x cienmil nacidos vivos	casos	Tasa x cienmil nacidos vivos	casos	Tasa x cienmil nacidos vivos	casos	Tasa x cienmil nacidos vivos	casos	Tasa x cienmil nacidos vivos	casos	Tasa x cienmil nacidos vivos
VALLE DE ABURRÁ	20	41,7	24	50,1	13	27,2	18	38,1	21	46,7	13	31,8	14	35,4	14	35,0	7	17,6
Barbosa	0	0,0	2	305,8	2	306,3	0	0,0	1	177,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bello	1	18,3	2	35,9	0	0,0	2	35,7	1	19,4	4	83,0	1	21,9	3	62,1	2	41,0
Caldas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	110,1	1	135,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Copacabana	0	0,0	1	130,9	0	0,0	1	135,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Envigado	2	122,8	0	0,0	0	0,0	1	60,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Girardota	0	0,0	0	0,0	1	182,8	0	0,0	1	207,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Itagüí	2	62,6	1	33,2	0	0,0	0	0,0	2	72,6	2	79,4	1	40,7	1	40,1	1	41,2
La Estrella	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	177,9	1	174,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE.

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

17.7 MORTALIDAD INFANTIL MENORES DE CINCO AÑOS

Cuando se analizan las tasas de mortalidad infantil en menores de cinco años, llama la atención la disminución global en sus tasas y en sus números de casos en todos los municipios del Valle de Aburrá. Ver Tabla 20.

Tabla 20
Comportamiento de la mortalidad infantil. Menores de cinco años. Área Metropolitana, 2005-2013

SUBREGIÓN MUNICIPIO	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	casos	Tasa x cienmil niñ@s.	casos	Tasa x cienmil niñ@s.	casos	Tasa x cienmil niñ@s.	casos	Tasa x cienmil niñ@s.	casos	Tasa x cienmil niñ@s.	casos	Tasa x cienmil niñ@s.	casos	Tasa x cienmil niñ@s.	casos	Tasa x cienmil niñ@s.	casos	Tasa x cienmil niñ@s.
VALLE DE ABURRÁ	627	256,8	614	252,0	614	252,4	619	254,7	502	206,2	501	204,9	405	165,5	397	161,9	382	155,3
Barbosa	10	222,1	10	220,5	8	175,4	10	218,6	6	131,1	10	218,9	5	109,1	3	65,2	3	64,7
Bello	57	163,3	66	187,8	69	195,3	48	135,5	42	118,1	77	215,2	37	102,7	40	110,0	36	98,0
Caldas	9	156,6	13	224,7	7	120,5	14	241,6	5	86,8	10	175,2	4	70,4	7	123,7	4	70,7
Copacabana	12	264,0	11	244,3	9	200,6	11	244,3	8	176,1	7	151,9	6	129,3	3	64,3	7	149,5
Envigado	13	98,3	15	111,6	11	80,5	28	201,6	14	98,9	18	124,5	12	81,6	15	100,3	8	52,7
Girardota	6	143,8	8	189,2	5	116,8	6	139,0	5	114,9	4	91,3	3	67,8	3	67,1	4	88,3
Itagüí	28	131,4	28	131,5	48	226,6	27	128,5	21	100,8	33	159,4	21	101,9	19	92,5	18	87,7
La Estrella	7	139,8	9	179,1	1	19,9	9	179,2	5	99,8	6	120,0	5	100,0	2	39,9	2	39,7
Medellín	477	321,9	450	305,9	452	308,9	461	315,8	391	267,7	336	229,2	306	209,1	305	208,6	296	202,5
Sabaneta	8	308,6	4	157,2	4	158,2	5	196,5	5	193,1	0	0,0	6	222,1	0	0,0	4	145,3

Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE.

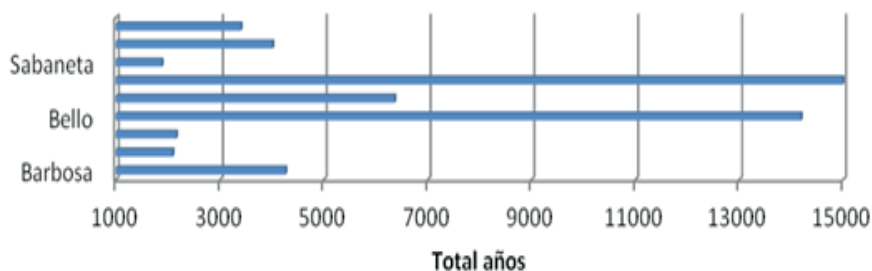
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

18. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS

Cuando se analizan los años de vida perdidos por todas las causas en el comportamiento de la mortalidad de los municipios del Valle de Aburrá, se encuentra sin contar con Medellín, que los municipios de Itagüí, Bello y Envigado, registran la mayor cantidad de años perdidos por todas las causas.

Gráfico 26

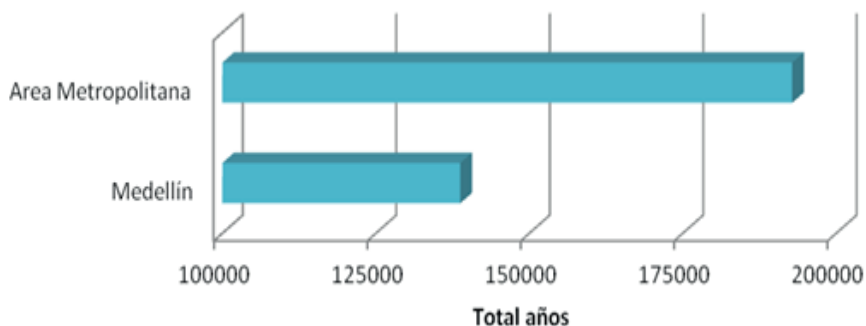
Años de vida potencialmente perdidos. Todas las causas.
Tres municipios Área Metropolitana, 2011



Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Gráfico 27

Años de vida potencialmente perdidos. Todas las causas.
Medellín y Área Metropolitana, 2011



Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Cuando se revisan los años potenciales de vida perdidos por edades agrupadas en décadas, se identifica que para el municipio de Barbosa, el grupo de 15 a 24 años representa el grupo donde se pierden más años de vida, al igual que para los municipios de Medellín, Itagüí, La Estrella y el Valle de Aburrá. Para los municipios de Girardota, Copacabana, Bello, Envigado, Sabaneta y Caldas, lo es el grupo de 25 a 34 años.

Tabla 21

Años de vida potencialmente perdidos por grupos de edad. Área Metropolitana, 2011

GRUPO DE EDAD	BARBOSA	GIRARDOTA	COPACABANA	BELLO	MEDELLÍN	ENVIGADO	ITAGÜÍ	SABANETA	LA ESTRELLA	CALDAS	ÁREA METROPOLITANA
5 A 14	115	0	115	945	6.870	230	523	63	63	63	8.985
15 A 24	1.595	295	390	2.900	41.653	900	5.413	343	1.643	763	55.893
25 A 34	1.125	980	715	2.933	32.810	1.398	3.300	603	1.125	810	45.798
35 A 44	513	250	448	1.883	18.205	885	1.778	343	370	448	25.120
45 A 54	405	323	468	2.465	19.193	1.338	2.335	288	440	660	27.913
55 A 64	335	213	368	2.185	14.503	1.175	1.363	143	265	583	21.130
65 A 69	48	35	43	278	2.168	175	238	40	45	85	3.153

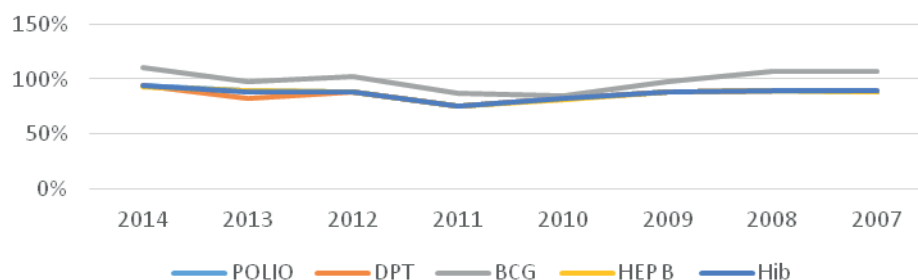
Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE.
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

19. COBERTURAS DE VACUNACIÓN

Para describir el estado de salud de la población del Valle de Aburrá, es necesario iniciar por el estado actual de las coberturas en materia de vacunación; pues cumpliendo con las metas, se garantiza en parte la no presentación o al menos, la disminución de enfermedades inmunoprevenibles. Cuando se analizan las coberturas en vacunación de los principales biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), se observa para el Valle de Aburrá, que solo la vacuna de BCG tuvo durante la mayor parte del período evaluado, un cumplimiento superior a la meta; resultado que reviste importancia dado que las mayores coberturas en la aplicación de esta vacuna, la provee la ciudad de Medellín por ser el epicentro de las atenciones de parto de toda la región. Agrupados por región, la mayoría de los biológicos se aproximan a la meta de cobertura del 95% al final del período, pero muchos de ellos arrastrados por las coberturas de la ciudad de Medellín. Ver Gráfico 28.

Gráfico 28

Comportamiento de las coberturas en vacunación. Área Metropolitana, 2007-2011



Fuente: elaboración propia con datos de Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

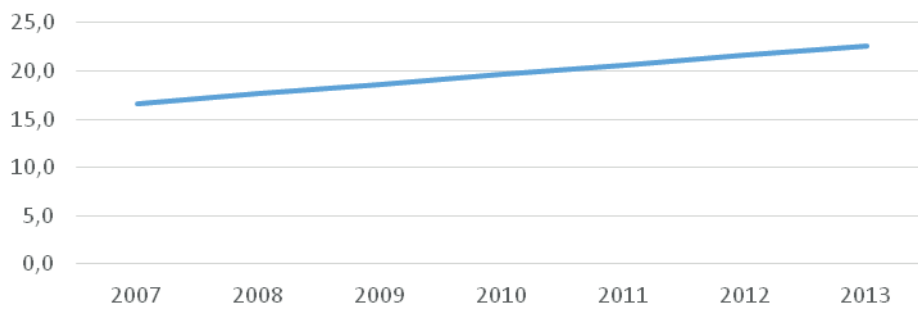
20. PRINCIPALES EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

20.1 VIH

Al analizar el comportamiento de la incidencia por VIH se observa una clara tendencia al crecimiento en el Área Metropolitana, durante el período evaluado. Ver Gráfico 29.

Gráfico 29

Comportamiento de la incidencia de VIH. Área Metropolitana, 2007-2013



Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE.

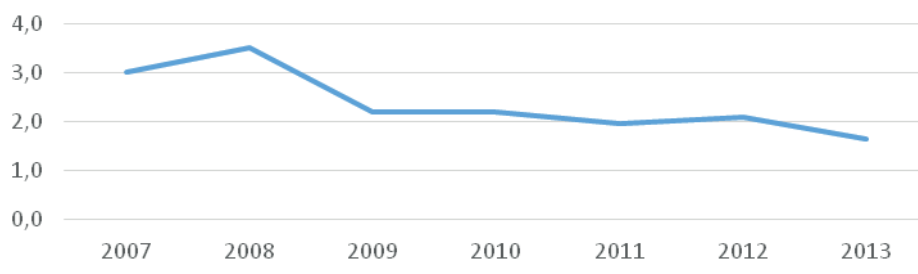
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

20.2 SIFILIS CONGÉNITA

La meta de dismunición de la sífilis congénita es de 0.5 por cada 1.000 nacidos vivos. A lo largo del período evaluado, el municipio de Sabaneta ha logrado tener este indicador en cero, excepto en el año 2012, por un solo caso. Los demás municipios han tenido acercamientos al cumplimiento de la meta, pero de forma inconsistente. Se observa una clara tendencia a la disminución de la incidencia en el Área Metropolitana. Ver Gráfico 30.

Gráfico 30

Comportamiento de la incidencia de sífilis congénita. Área Metropolitana, 2007-2013



Fuente: elaboración propia con datos de Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE.

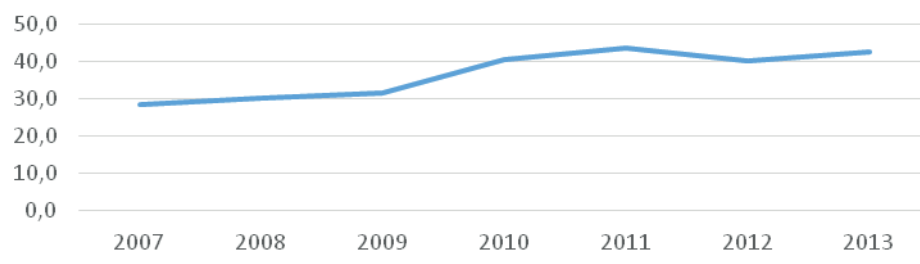
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

20.3 TUBERCULOSIS PULMONAR

En el período evaluado se observa una clara tendencia al incremento de la incidencia de la Tuberculosis pulmonar en el área Metropolitana. Ver Gráfico 31.

Gráfico 31

Comportamiento de la incidencia de tuberculosis por municipios del Área Metropolitana, 2007-2013



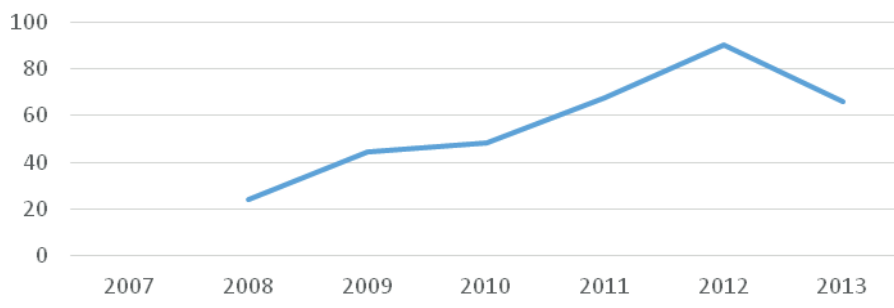
Fuente: elaboración propia con datos de Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

20.4 INTENTO DE SUICIDIO

El intento de suicidio es un evento de notificación que permite conocer las dinámicas personales, familiares y sociales que rodean una persona que decide atentar contra su vida. El comportamiento del período evaluado muestra un incremento sostenido hasta el año 2012, con una ligera disminución para el año 2013 en el Valle de Aburrá. Ver Gráfico 32.

Gráfico 32

Comportamiento de la incidencia de intento de suicidio por municipios del Área Metropolitana 2007-2013



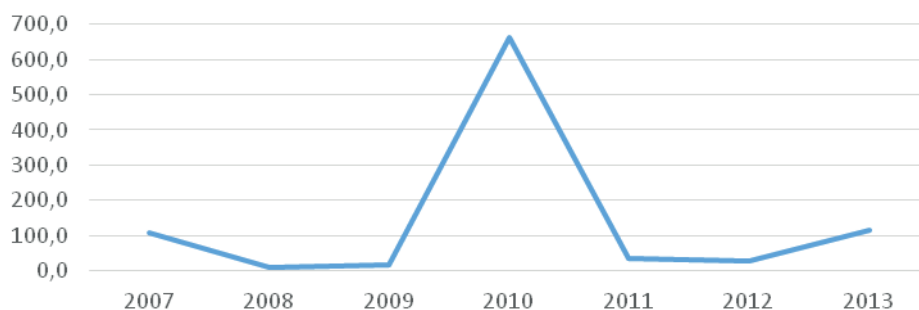
Fuente: elaboración propia con datos de Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

20.5 DENGUE

El dengue es considerado una enfermedad endémica y por esta condición, las epidemias pueden aparecer con comportamientos cíclicos en el tiempo. Para el año 2010 la incidencia de dengue en los municipios del Valle de Aburrá, evidencia un incremento inusual comparado con los años anteriores y posteriores. Una clara epidemia en el año 2010 con una incidencia mayor de 600 por 100.000 habitantes. Ver Gráfico 33.

Gráfico 33

Comportamiento de la incidencia de dengue por municipios del Área Metropolitana, 2007-2013



Fuente: elaboración propia con datos de Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

21. EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

En el Área Metropolitana del Valle del Aburra se cuenta con 17 Empresas Sociales del Estado, de las cuales una fue declarada privada, la de Barbosa, como consecuencia de la sentencia del Consejo de Estado 346 del 2011. La clasificación por niveles de complejidad muestra: 8 de baja, 7 de mediana y 2 de alta.

Actualmente, se encuentran participando 13 Empresas Sociales del estado, en forma voluntaria, en el Programa: Red Metropolitana de Salud; distribuidas por niveles de complejidad, así: 8 de baja, 3 de mediana y 2 de alta; además, los 2 hospitales públicos dedicados a salud mental en el Departamento de Antioquia, hacen parte de la Red Metropolitana de Salud. (ESE Hospital Mental de Antioquia y ESE Carisma).

La Red Metropolitana de Salud y la Corporación Red Prestadora de Servicios del Valle de Aburrá (HospRed), pusieron en funcionamiento el servicio de transporte asistencial de pacientes, con ocho nuevas ambulancias de Transporte Asistencial Básico, con lo cual, se busca mejorar la atención en los servicios de salud de los municipios del Valle de Aburrá.

Tabla N°22

Consolidado Empresas Sociales del Estado. Valle de Aburrá

Empresa Social del Estado	Nivel de Complejidad	Número de Sedes
Hospital San Vicente De Paul. Barbosa	Baja	2
Hospital San Rafael. Girardota	Baja	1
Hospital Santa Margarita. Copacabana	Baja	1
Bellosalud. Bello	Baja	9
Santa Gertrudis. Envigado	Baja	5
Hospital Venancio Díaz. Sabaneta	Baja	1
Hospital del Sur- Gabriel Jaramillo Piedrahita. Itagüí	Baja	3
Hospital La Estrella. La Estrella	Baja	3
Total Baja		25
Metrosalud. Medellín	Mediana	52
Carisma*. Medellín	Mediana	1
Hospital Mental*. Bello	Mediana	2
Hospital Marco Fidel Suarez*. Bello	Mediana	2
Hospital Manuel Uribe Ángel. Envigado	Mediana	1
Hospital San Rafael *. Itagüí	Mediana	2
Hospital San Vicente de Paúl*. Caldas	Mediana	2
Total Mediana		62
Hospital General de Medellín. Medellín	Alta	1
Hospital La María*. Medellín	Alta	1
Total Alta		2

Fuente: elaboración propia con datos de Secretaría Departamental de Salud y Protección Social de Antioquia.

Esta iniciativa ha sido liderada por la Red Metropolitana de Salud, cuenta con el aporte de las ESE de los municipios adscritos, entre las que se encuentra el Hospital General de Medellín. La inversión fue cercana a los 850 millones de pesos, de los cuales 400 millones fueron financiados por el Ministerio de Salud y Protección Social, 300 millones aportados por los hospitales participantes y 150 millones como aporte del Departamento de Antioquia, a través de la Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia.

Tabla N°23

Número de Camas de la Red Metropolitana de Servicios de Salud, 2015

Empresa Social del Estado	Municipio	Número de Camas
Santa Margarita	Copacabana	10
La Estrella	La Estrella	6
San Vicente de Paúl	Barbosa	14
BelloSalud	Bello	18
Marco Fidel Suarez	Bello	218
Hospital Mental	Bello	200
San Vicente	Caldas	97
Manuel Uribe Ángel	Envigado	196
San Rafael	Girardota	13
San Rafael	Itagüí	140
Hospital del Sur	Itagüí	17
Metrosalud	Medellín	267
Carisma	Medellín	63
La María	Medellín	72
Hospital General	Medellín	407
Venancio Díaz	Sabaneta	45
Total		1.783

Fuente: elaboración propia con datos de Secretaría Departamental de Salud y Protección Social de Antioquia.

Los hospitales públicos del Área Metropolitana, tienen habilitadas 1.783 camas en los diferentes niveles de complejidad; las instituciones participantes en la Red Metropolitana de Salud cuentan con 1.145 camas. Cabe destacar que las 263 camas de salud mental del sector público del Departamento, hacen parte de la Red Metropolitana de Salud.

Tabla N°24

Total camas hospitalarias de las ESE en el Valle de Aburrá

TOTAL CAMAS	1796	%
Adultos	925	51,5%
Obstetricia	243	13,5%
Pediátricas	205	11,4%
Salud Mental Psiquiatría	200	11,1%
Farmacodependencia	63	3,5%
Cuidado Intensivo Adulto	58	3,2%
Cuidado Intermedio Neonatal	43	2,4%
Cuidado Intermedio Adultos	39	2,2%
Cuidado Intensivo Neonatal	12	0,7%
Cuidado Intensivo Pediátrico	8	0,4%

Fuente: elaboración propia con datos de Secretaría Departamental de Salud y Protección Social de Antioquia.

El 51.5% del total de camas hospitalarias, pertenece al servicio de adultos; aspecto relevante por el incremento en la frecuencia de las enfermedades crónicas no transmisibles. Las

camas obstétricas y pediátricas, representan el 25% del total de camas; prestación que cobra importancia, ante el cierre de varios de estos servicios, en instituciones públicas y privadas, prestadoras de servicios de salud. Se puede concluir que los hospitales participantes en la red, están cargando una porción importante de la atención obstétrica y pediátrica del Valle de Aburrá y del Departamento de Antioquia.

Tabla N°25

Total ambulancias de las ESE en el Valle de Aburrá

ESE	MUNICIPIO	TOTAL	%
Metrosalud	Medellín	12	46,0%
San Vicente de Paúl	Barbosa	2	7,7%
BelloSalud	Bello	2	7,7%
San Vicente de Paúl	Caldas	2	7,7%
Santa Margarita	Copacabana	1	3,8%
San Rafael	Girardota	2	7,7%
Gabriel Jaramillo Piedrahita	Itagüí	2	7,7%
La Estrella	La Estrella	1	3,8%
Venancio Díaz Díaz	Sabaneta	1	3,0%
La María	Medellín	1	3,8%
TOTAL		26	100,0%

Fuente: elaboración propia con datos de Secretaría Departamental de Salud y Protección Social de Antioquia.

La Empresa Social del Estado Metrosalud posee 12 ambulancias básicas, representan el 46% del total de ambulancias que poseen las instituciones participantes en la red; el resto de ambulancias, prácticamente, se encuentra distribuidas en los primeros niveles de atención del Valle de Aburrá.

Tabla N°26

Consolidado Recursos Humanos de las ESE del Valle de Aburrá

PROFESIÓN/TÉCNICA	TOTAL	%
Medicina	613	33,6%
Enfermería	193	10,6%
Odontología	201	11,0%
Auxiliares de Enfermería	776	42,5%
Especialistas médicos	36	2,0%
Especialistas en odontología	8	0,1%
TOTAL	1827	100,0%
* No incluye San Vicente de Paúl de Caldas, San Rafael de Itagüí, Manuel Uribe Ángel de Envigado y Marco Fidel Suarez de Bello.		

Fuente: elaboración propia con datos de Empresas Sociales del Estado del Valle de Aburrá.

Las Empresas Sociales del Estado participantes en la Red Metropolitana de Salud, cuentan con 1.827 personas vinculadas o contratadas del área de la salud. El 42,5% corresponde a Auxiliares de enfermería y se destacan los 613 médicos, que corresponden al 33.6% del personal de salud.

Tabla N°27

Clasificación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del Valle de Aburrá.
Resolución 2509 de 2012

Empresa Social del Estado	Municipio	Clasificación del Riesgo
San Vicente de Paul	Barbosa	Alto
San Rafael	Girardota	Medio
Santa Margarita	Copacabana	Alto
Bello Salud	Bello	Medio
Hospital Mental	Bello	Alto
Marco Fidel Suarez	Bello	Bajo
Metrosalud	Medellín	Alto
Hospital General	Medellín	Sin Riesgo
Hospital La María	Medellín	Bajo
Carisma	Medellín	Sin Riesgo
San Rafael	Itagüí	Alto
Hospital del Sur	Itagüí	Medio
Manuel Uribe Ángel	Envigado	Alto
Santa Gertrudis	Envigado	Alto
Venancio Díaz Díaz	Sabaneta	Alto
Hospital La Estrella	La Estrella	Alto
San Vicente de Paul	Caldas	Sin Riesgo

Fuente: elaboración propia con datos de Secretaría Departamental de Salud y Protección Social de Antioquia.

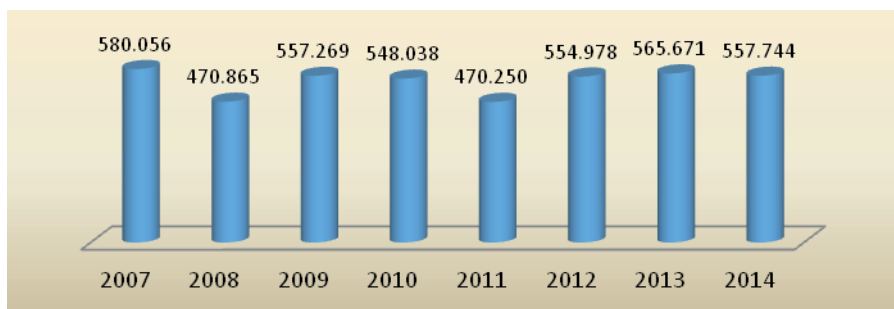
En el Valle de Aburrá se cuenta con 6 ESE del primer nivel en clasificación de alto riesgo, 3 en medio y ninguna en bajo.

22. INDICADORES

22.1 INDICADORES DE PRODUCCIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. VALLE DE ABURRÁ, 2007-2014

Gráfico 34

Total biológicos aplicados. ESES primer nivel. Valle de Aburrá, 2007-2014

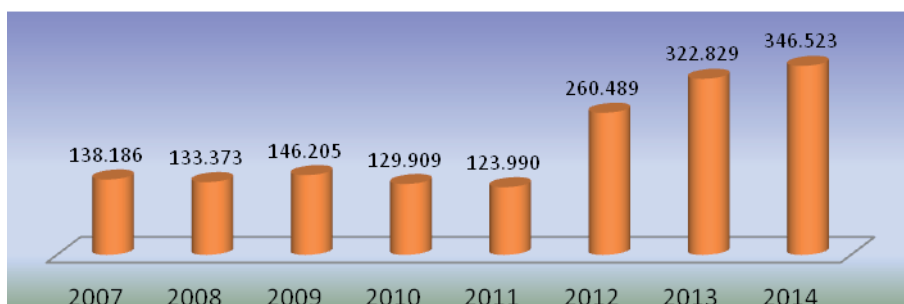


Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria SIHO.

El número de biológicos aplicados en las ESE del primer nivel del Valle de Aburrá, se ha mantenido estable en el período evaluado. Este indicador se considera muy limitado porque no evalúa los esquemas completos de vacunación.

Gráfico 35

Total controles de enfermería. ESES primer nivel. Valle de Aburrá, 2007-2014

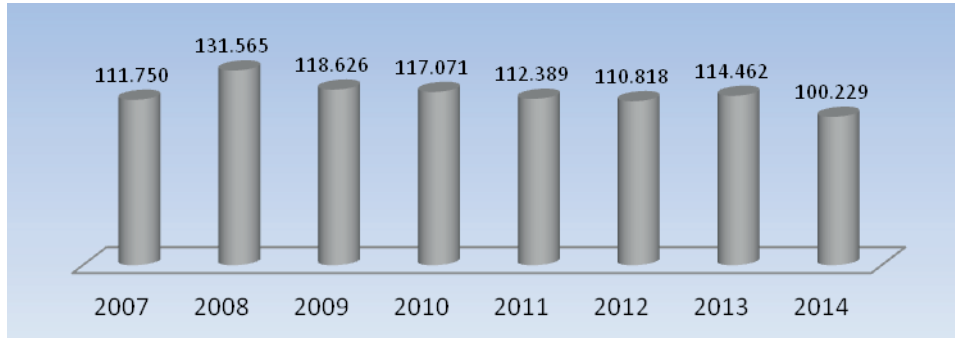


Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria SIHO.

El número de controles de enfermería en la ESE del primer nivel del Valle de Aburrá, presenta una tendencia creciente en el período evaluado. Este indicador está muy relacionado con los programas de Salud Pública y debe revisarse a la luz de los tipos y cantidades de la contratación, con las aseguradoras y los entes territoriales.

Gráfico 36

Total citologías. ESES primer nivel. Valle de Aburrá, 2007-2014



Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

En el período evaluado se presenta una reducción en el total de citologías tomadas en los primeros niveles del Área Metropolitana del Valle de Aburrá. Este indicador es muy importante en el proceso de detección precoz del cáncer de cérvix, por lo tanto, se sugiere una revisión a la luz de los tipos y cantidades de la contratación con las aseguradoras y los entes territoriales.

Gráfico 37

Cobertura estimada citologías. ESES primer nivel. Valle de Aburrá, 2007-2014

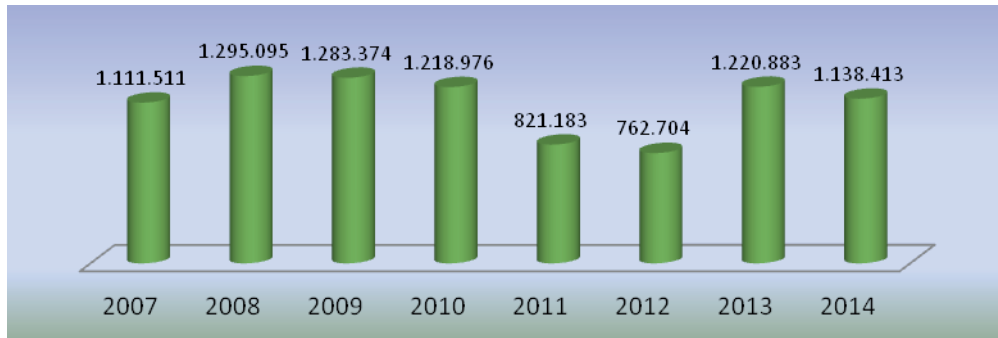


Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

La cobertura estimada con citología en la población entre 25 y 69 años, es supremamente baja, en promedio el 11% en el período evaluado. Este indicador seguramente está afectado porque se realaciona con la población general del municipio, no únicamente con la del régimen subsidiado, y por la poca contratación de los hospitales públicos del Valle de Aburrá con las aseguradoras del régimen contributivo. Se sugiere revisar este indicador, de acuerdo a los tipos y cantidades de la contratación, con las aseguradoras y entes territoriales.

Gráfico 38

Total consultas medicina general. ESES primer nivel. Valle de Aburrá, 2007-2014



Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

El número total de consultas de medicina general en la ESE del primer nivel del Valle de Aburrá, presenta valores constantes de principio a fin del período evaluado, con una importante reducción, sólo en los años 2011 y 2012. Un fenómeno llamativo a la luz de los tipos y cantidades de contratos con las aseguradoras.

Gráfico 39

Total consultas medicina urgencias. ESES primer nivel. Valle de Aburrá, 2007-2014



Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

El total de consultas médicas de urgencias en la ESE del primer nivel del Valle de Aburrá, muestra una tendencia decreciente en los últimos cinco años, confirmando la conclusión de la reducción de la capacidad resolutoria de los primeros niveles de la región metropolitana.

Gráfico 40

Total partos vaginales. ESES primer nivel. Valle de Aburrá, 2007-2014

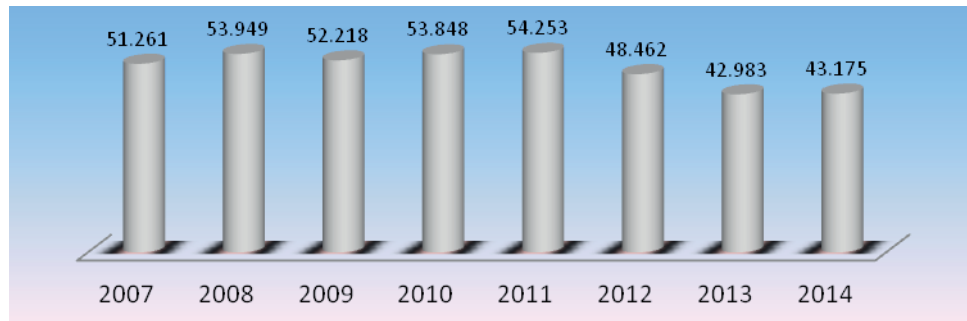


Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

Se presenta una marcada y progresiva reducción de la atención de partos vaginales en las ESE del primer nivel del Valle de Aburrá, durante el período evaluado. Aunque existe una reducción de la tasa de natalidad en la subregión, no explica todo el descenso en los partos vaginales atendidos en los hospitales públicos. Se sugiere una valoración desde las perspectivas de los tipos y cantidades de los contratos, igualmente sobre la referencia de las pacientes a los centros especializados.

Gráfico 41

Total egresos hospitalarios. ESES primer nivel. Valle de Aburrá, 2007-2014

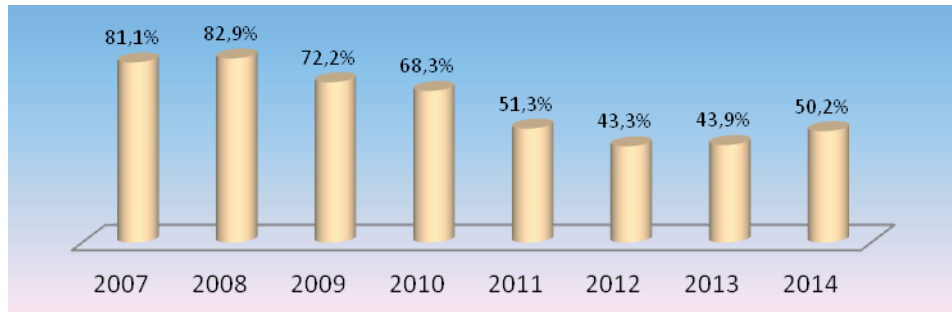


Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

El número total de egresos hospitalarios en las ESE del primer nivel del Valle de Aburrá, ha disminuido globalmente en el período evaluado, un indicador coherente con la reducción de los partos atendidos, de las consultas médicas electivas y urgentes, puertas de entrada al servicio hospitalario.

Gráfico 42

Porcentaje ocupacional. ESES primer nivel. Valle de Aburrá, 2007-2014

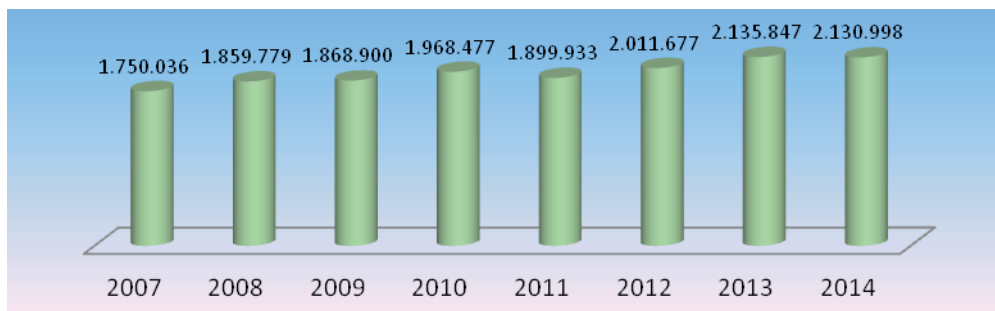


Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

El porcentaje ocupacional de los primeros niveles del Valle de Aburrá, decrece en el período evaluado, con su máximo descenso en el año 2012, confirmando la baja capacidad resolutive y de producción de estas instituciones. Se sugiere una valoración de este indicador desde las perspectivas de los tipos y cantidades de los contratos con las aseguradoras y entes territoriales, igualmente, sobre la referencia de las pacientes a los especialistas.

Gráfico 43

Total exámenes de laboratorio. ESES primer nivel. Valle de Aburrá, 2007-2014

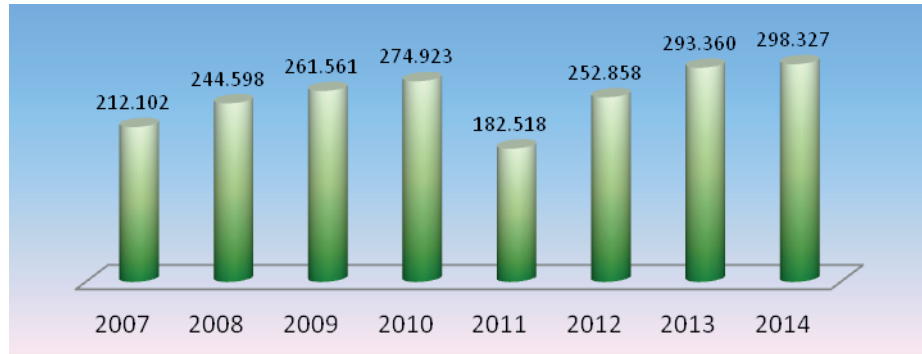


Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

La producción total de exámenes de laboratorio en el primer nivel del Valle de Aburrá, muestra una tendencia creciente global en el período evaluado. Este ascenso es llamativo dada la reducción global de la producción en las ESE.

Gráfico 44

Total imágenes diagnósticas. ESES primer nivel. Valle de Aburrá, 2007-2014



Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

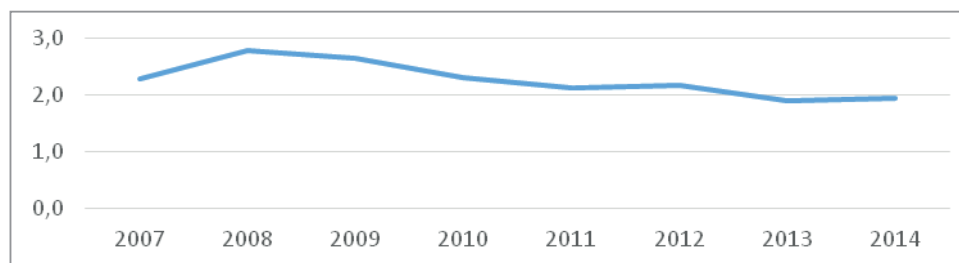
La producción total de imágenes diagnósticas en el primer nivel del Valle de Aburrá, muestra tendencia creciente global en el período evaluado, con un ligero descenso en el año 2011. Este ascenso es llamativo dada la reducción global de la producción en las ESE.

22.2 INDICADORES DE CALIDAD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. VALLE DE ABURRÁ, 2007-2014

El agrupar los indicadores de calidad del primer nivel, podría distorsionar el análisis, puesto que las características particulares de cada uno de los grupos de instituciones y el comportamiento heterogéneo de cada una de ellas, pueden facilitar sesgos o errores de interpretación. Por ello, se presentan acá los resultados globales de las ESE del primer nivel del Valle de Aburrá, sin incluir a Metrosalud.

Gráfico 45

Oportunidad en la asignación de cita médica general. Primer nivel. Valle de Aburrá, 2007-2014

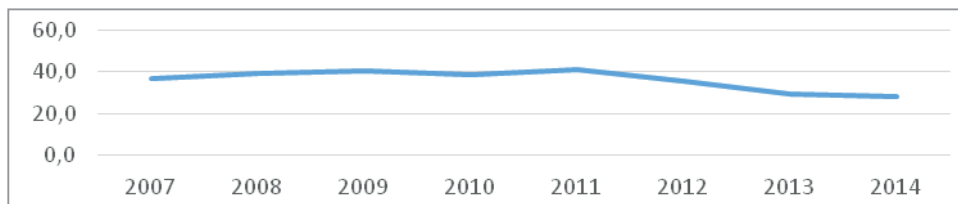


Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

La oportunidad en la asignación de cita médica general en la ESE del primer nivel del Valle de Aburrá, muestra una clara tendencia decreciente, siempre inferior a los tres días, por debajo del estándar nacional.

Gráfico 46

Oportunidad en la asignación de consulta de urgencias. Primer nivel. Valle de Aburrá, 2007-2014

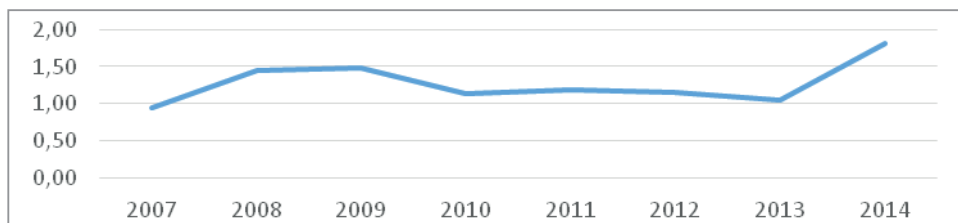


Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

La oportunidad en la atención de la consulta de urgencias en la ESE del primer nivel del Valle de Aburrá, se ha mantenido estable durante el período evaluado, con una clara tendencia a la mejoría en los tres últimos años, alcanzado una cifra menor de los 30 minutos.

Gráfico 47

Oportunidad en la atención de servicios de imagenología. Primer nivel. Valle de Aburrá, 2007-2014

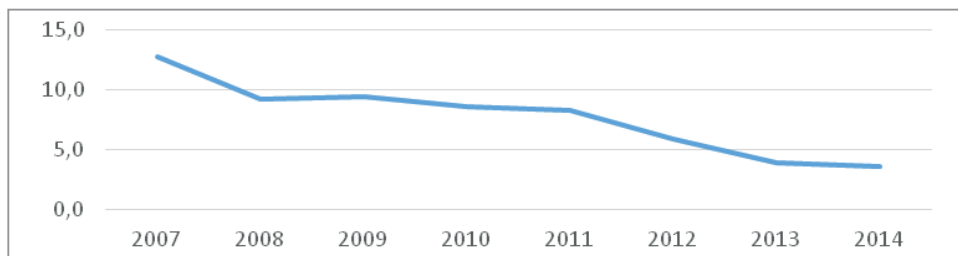


Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

La oportunidad en la atención de los servicios de imagenología en las ESE del primer nivel del Valle de Aburrá, se ha mantenido por debajo de los dos días en el período evaluado.

Gráfico 48

Oportunidad en la asignación de citas de odontología. Primer nivel. Valle de Aburrá, 2007-2014

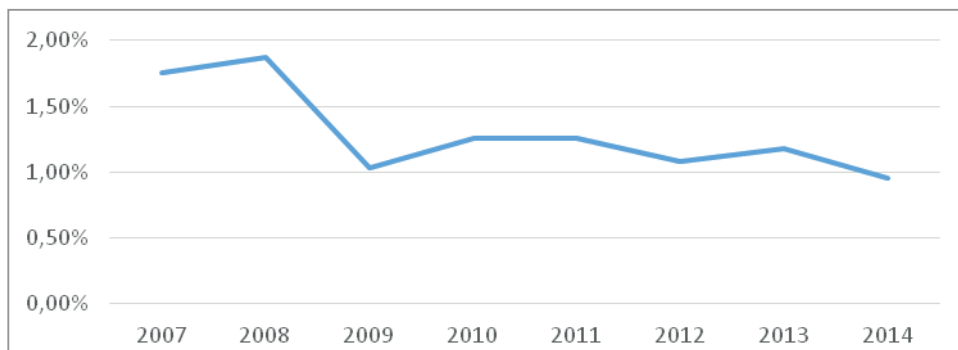


Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

La oportunidad en la asignación de citas odontológicas en las ESE del primer nivel del Valle de Aburrá, tiene un mejoramiento sostenido durante el período evaluado, alcanzando menos de los cuatro días, por debajo de la meta nacional de cinco días.

Gráfico 49

Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados. Primer nivel. Valle de Aburrá, 2007-2014

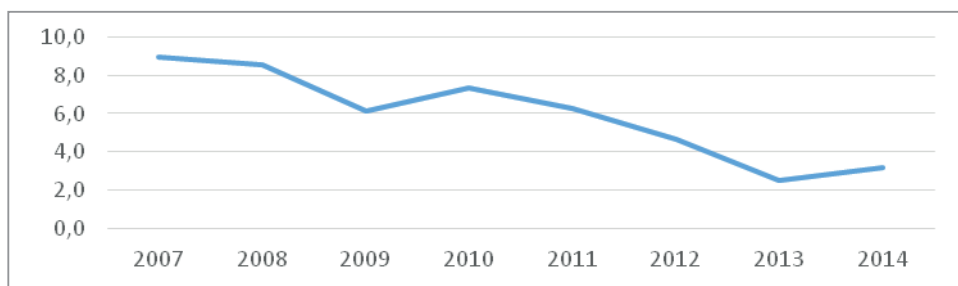


Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

La tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en la ESE del Valle de Aburrá es baja y con una tendencia decreciente durante el período evaluado. Este es un indicador que sugiere que el grado de complicación de los pacientes que se hospitalizan, es bajo.

Gráfico 50

Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas. Primer nivel. Valle de Aburrá, 2007-2014

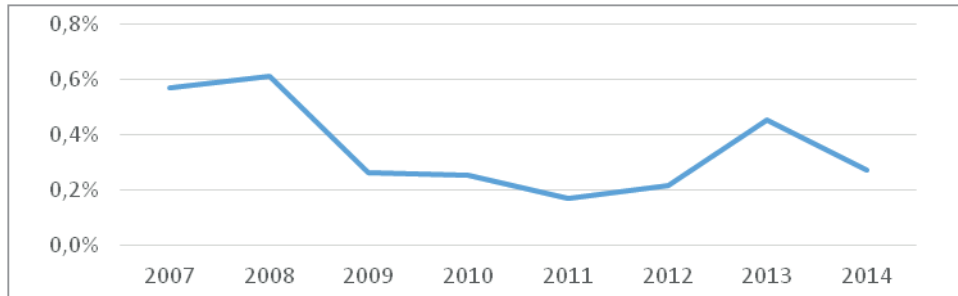


Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

La tasa de mortalidad hospitalaria en las ESE del primer nivel del Valle de Aburrá, ha tenido un descenso importante en el período evaluado. Este es un indicador que sugiere, que es bajo, el grado de complicación de los pacientes que se hospitalizan.

Gráfico 51

Tasa de infección intrahospitalaria después de 48 horas. Primer nivel. Valle de Aburrá, 2007-2014

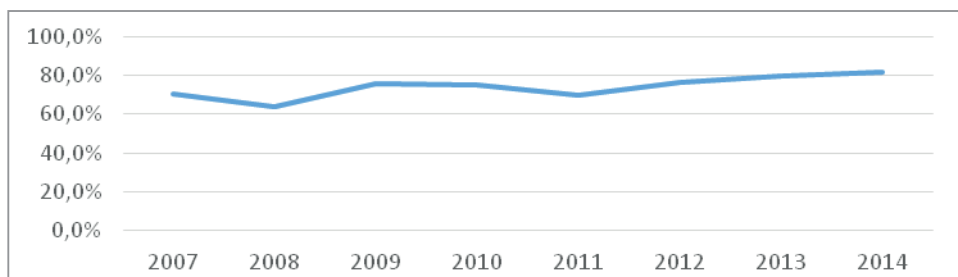


Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

La tasa de infección intrahospitalaria en las ESE del primer nivel del Valle de Aburrá, es baja y decreciente globalmente en el período evaluado, con un ligero ascenso en el año 2013. Un indicador que sugiere que las medidas de asepsia y antisepsia en los servicios de hospitalización, han sido adecuadas.

Gráfico 52

Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada. Primer nivel. Valle de Aburrá, 2007-2014

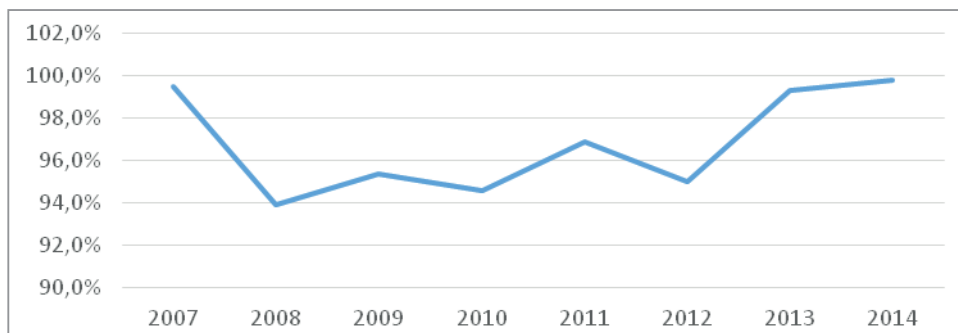


Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

La proporción de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que se encuentran controlados en sus cifras, ha sido superior al 70 % durante la mayor parte del período evaluado, y muestra un ascenso sostenido durante los tres últimos años, lo que es un buen indicador de calidad del programa de Riesgo Cardiovascular. Sin embargo, debe asociarse a las coberturas del programa y a las complicaciones de los pacientes manejados, para tener una mejor valoración del impacto del programa.

Gráfico 53

Tasa de vigilancia de eventos adversos. Primer nivel. Valle de Aburrá, 2007-2014

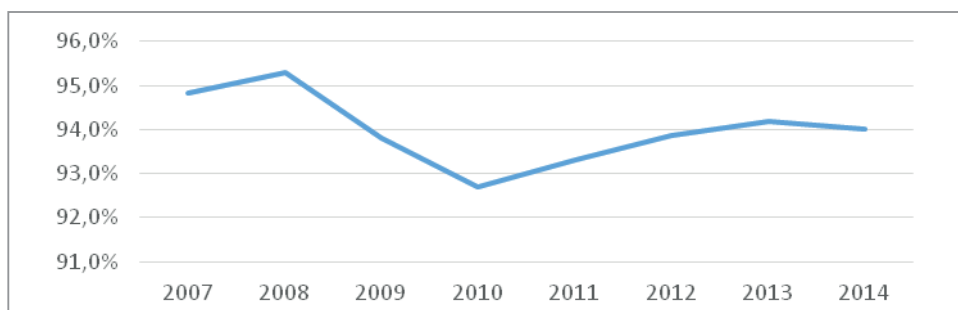


Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

La vigilancia de los eventos adversos en la ESE del primer nivel del Valle de Aburrá, se ha mantenido superior al 94 % durante el período evaluado, con variaciones sucesivas que tienden a mejorarse en los dos últimos años; situación que sugiere el compromiso de las instituciones con los pacientes y la calidad de los servicios de salud que ellas prestan.

Gráfico 54

Tasa de satisfacción global. Primer nivel. Valle de Aburrá, 2007-2014



Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

El porcentaje de satisfacción global de los pacientes con el servicio de las ESES del primer nivel de atención en el Valle de Aburrá, se ha mantenido superior al 92 % durante el período evaluado, pero muestra un ascenso sostenido desde el año 2010. Durante los dos últimos años, se ha mantenido por encima del 94 % lo cual sugiere una muy adecuada aceptación de los usuarios por los servicios de salud prestados en la instituciones.

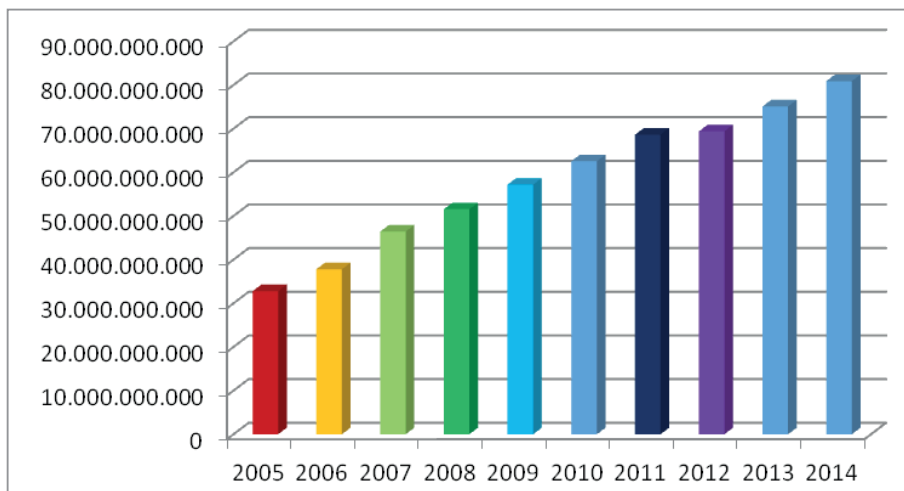
22.3 INDICADORES FINANCIEROS. PRIMER NIVEL. VALLE DE ABURRÁ, 2007-2014

Es necesario aclarar que al evaluar los estados financieros de las Empresas Sociales del Estado del primer nivel del Área Metropolitana del Valle de Aburrá se pueden hacer analisis globales para los primeros niveles de atención, para los segundos y terceros niveles de atención. Se

podrían presentar imprecisiones al realizar dichos análisis puesto que existen instituciones con situaciones muy particulares que afectan, positiva o negativamente, al resto de instituciones de su respectivo grupo. Por esa razón, en este caso nos hemos conncetrado en el análisis de las ESE del primer nivel de atención sin incluir a Metrosalud.

Gráfico 55

Total activos. ESES Primer nivel. Valle de Aburrá, 2005-2014

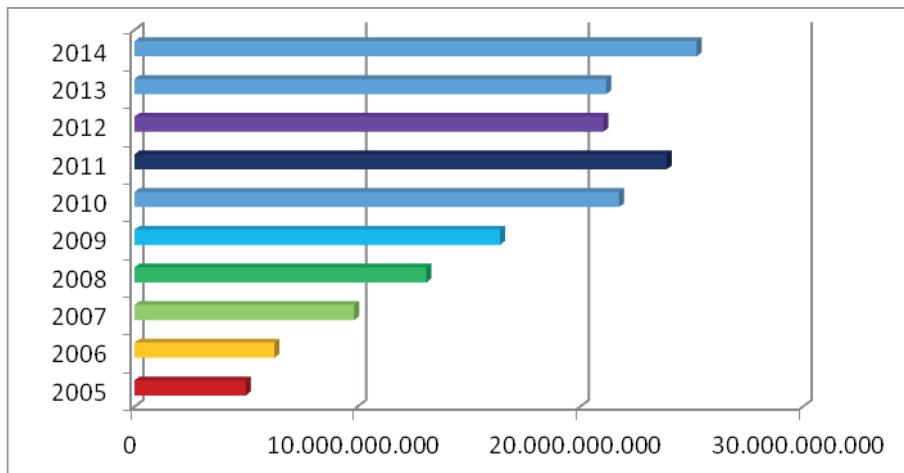


Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

Los activos totales de las ESE del primer nivel de atención del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, han incrementado continuamente durante el período evaluado.

Gráfico 56

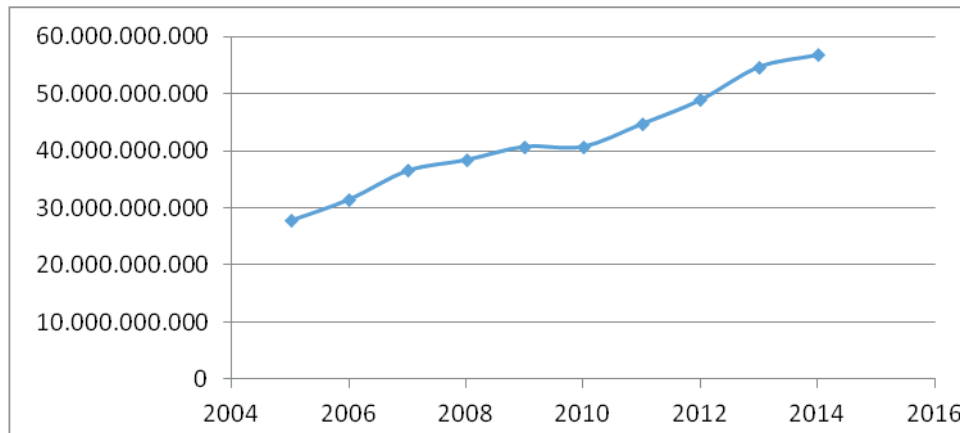
Total pasivo. ESES Primer nivel. Valle de Aburrá, 2005-2014



Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

El pasivo global de las Empresas Sociales del Estado del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, se incrementó sostenidamente en el periodo evaluado.

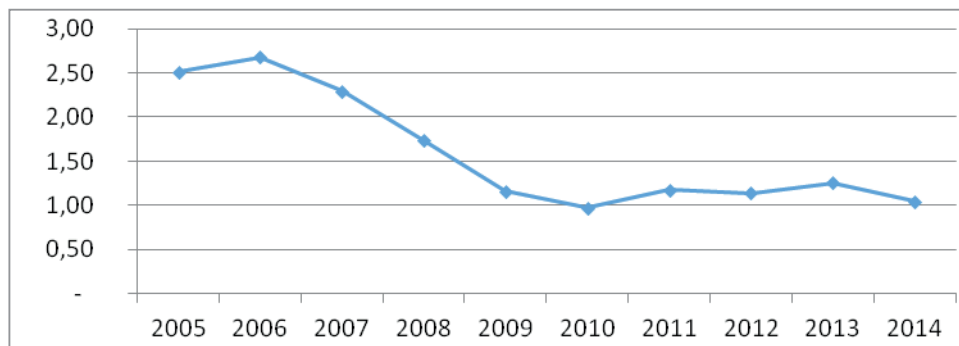
Gráfico 57
Total patrimonio. ESES Primer nivel. Valle de Aburrá, 2005-2014



Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

El patrimonio global de las ESE del primer nivel de atención del Valle de Aburrá, se ha mantenido en ascenso sostenido durante el período evaluado.

Gráfico 58
Índice de liquidez. ESES Primer nivel. Valle de Aburrá, 2005-2014

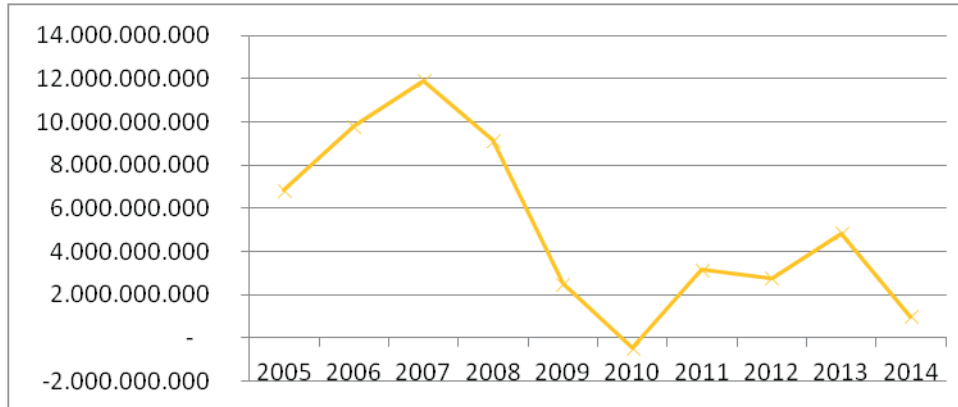


Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

El primer nivel del Valle de Aburrá presenta un indicador global de liquidez positivo, estable durante los últimos seis años, después de un descenso sostenido por tres años. Para el último año evaluado se aprecia que por cada peso que deben tienen en promedio otro peso para responder.

Gráfico 59

Índice de Capital de trabajo. ESES Primer nivel. Valle de Aburrá, 2005-2014

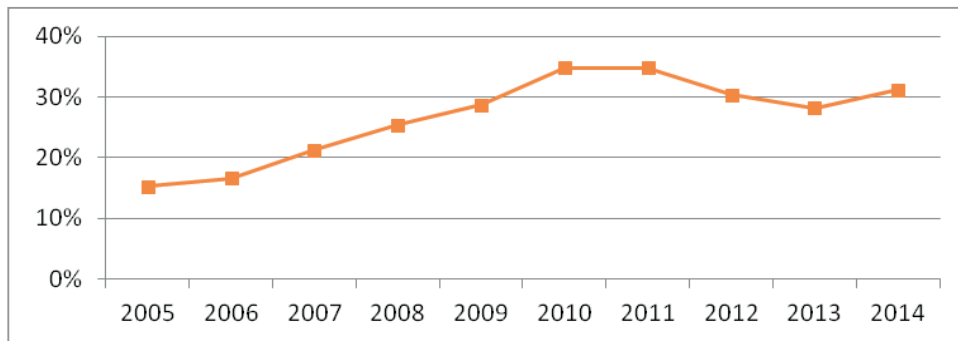


Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

El capital de trabajo se ha mantenido positivo en el primer nivel de atención del Valle de Aburrá, a pesar de un ligero descenso global en el año 2010. Esto significa que las instituciones han contado durante el período, con los recursos básicos para la operación.

Gráfico 60

Índice de endeudamiento. ESES Primer nivel. Valle de Aburrá, 2005-2014

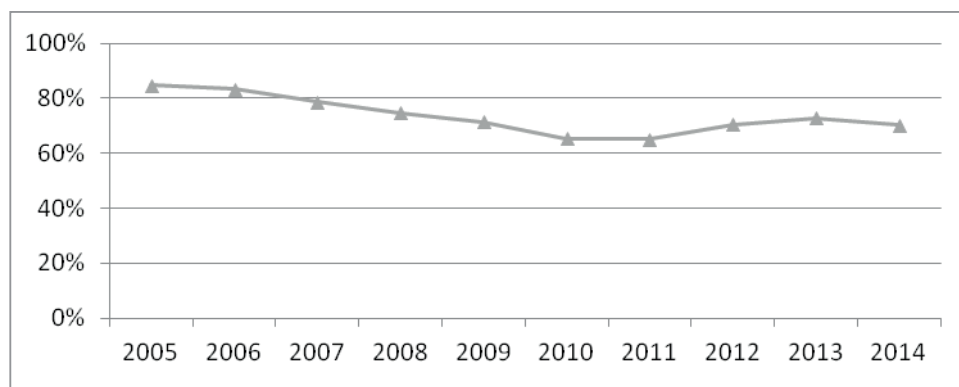


Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

El nivel de endeudamiento de los hospitales ha mejorado globalmente en el período evaluado, alcanzando el 32 % en el año 2014, un porcentaje de riesgo, que significa que la propiedad de las empresas está en manos de terceros en un 32%.

Gráfico 61

Índice de propiedad. ESES Primer nivel. Valle de Aburrá, 2005-2014

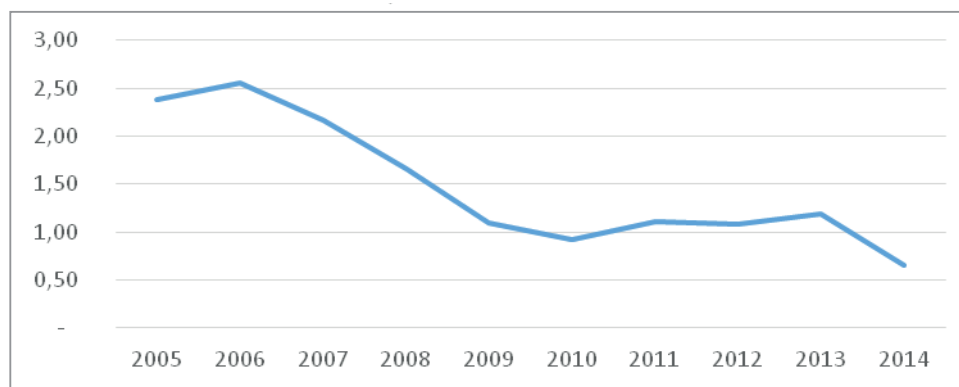


Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

El índice de propiedad se ha mantenido estable durante los tres últimos años del período evaluado, después de un descenso significativo. Hoy la propiedad de las empresas en manos de sus dueños es cercana al 70%; se deben emprender medidas de ajuste financiero y administrativo que permitan corregir esta situación de riesgo.

Gráfico 62

Índice de prueba ácida. ESES Primer nivel. Valle de Aburrá, 2005-2014



Fuente: elaboración propia con datos de Sistema de Información hospitalaria - SIHO.

La prueba ácida tiene un comportamiento similar que el índice de liquidez, quiere decir que los niveles de inventarios son adecuados y no agravan la situación de iliquidez de las instituciones. Ver Gráfico.

23. CONCLUSIONES

- De la población del Departamento de Antioquia, aproximadamente el 70% se encuentra en el Valle de Aburrá; el 95% de ella en la zona urbana; el 53%, está representado por mujeres.
- En el Valle de Aburrá se observa un proceso de transición demográfica propio de los países industrializados; predominio en la población de los mayores de 60 años y descenso de los menores de 14, como resultado del aumento de la esperanza de vida; Disminución de las tasas de natalidad y fecundidad, que a su vez, son impactados por los programas de planificación familiar.
- El embarazo en adolescentes en los últimos cinco años en el Valle de Aburrá, no ha mostrado cambios importantes, ya que mantiene un porcentaje cercano al 22% del total embarazos.
- La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el Valle de Aburrá, promedia el 90%; el 70% en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado, el 20%, siendo la mayor cobertura en todas las regiones del Departamento de Antioquia; incluso, se hablaría de cobertura universal; de acuerdo con los parámetros del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Tanto para las Secretarías de Salud, como para las Empresas Sociales del Estado, la contratación del personal, por Prestación de Servicios, es significativa; aproximadamente el 35 % de los funcionarios de las Secretarías y el 40% de los funcionarios de las ESE, están contratados por esta modalidad.
- A pesar de los esfuerzo municipales por implementar la estrategia de APS, no todos los municipios del Valle de Aburrá cuentan con ella, las acciones realizadas sólo llegan a un 3% aproximado de la población; adicionalmente, se focaliza sólo en algunas poblaciones, especialmente la rural y con algún nivel de pobreza.
- Se evidencian los esfuerzos municipales por invertir recursos propios en salud, especialmente en programas de Salud Pública, buscando dar respuesta a las responsabilidades y obligaciones dispuestas por la normatividad.
- En cuanto al Perfil Epidemiológico del Valle de Aburrá, en el tema de morbilidad, el principal motivo de consulta para la población, es la Hipertensión Arterial; seguido de la Caries y las consultas derivadas del Programa de Crecimiento y Desarrollo.
- Se observa un aumento en la frecuencia de las consultas por Enfermedades Crónicas no Transmisibles, (HTA, DM, EPOC) y una disminución de consultas, en la población de los

grupos de menores de cinco años, esto asociado al incremento de la expectativa de vida y la transición demográfica. De igual manera, en el perfil de mortalidad, predominan las muertes por enfermedades isquémicas del corazón; las muertes por causas externas, entre ellas, las agresiones y sus secuelas, y las muertes por enfermedades cerebro-vasculares.

- En el Valle de Aburrá, tienen asiento diecisiete Empresas Sociales del Estado, de las cuales ocho, están clasificadas de Primer Nivel de Atención; siete, de Segundo Nivel y dos, de Tercer Nivel; de ellas están participando activamente para la conformación de la Red Metropolitana Trece, distribuidas por niveles de complejidad, así: ocho de baja, tres de mediana y dos de alta.
- En el Valle de Aburrá se cuenta con: seis ESE del Primer Nivel, en clasificación de alto riesgo, tres en medio riesgo, ninguna en bajo.
- El número de camas en las Empresas Sociales del Estado es representativo para algunos servicios, como: Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna; sin embargo, tiene limitaciones en algunas especialidades y subespecialidades.
- Las Empresas Sociales del Estado, constituyen una buena fuente de empleo en el Valle de Aburrá; sin embargo, corren alto riesgo jurídico, con las modalidades de contratación por prestación de servicios o a través de terceros, de tener un porcentaje importante de funcionarios que cumplen actividades misionales.
- La producción de las Empresas Sociales del Estado, de Primer Nivel de Atención, ha bajado en el período evaluado. Vale destacar la buena producción de exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas.
- La situación financiera de las Empresas Sociales del Estado, que participan en la conformación de la Red Metropolitana de Salud, en conjunto, es buena. Sin embargo, cuando se particulariza, se observa una situación difícil para los primeros y segundos niveles de atención y una buena situación para los terceros niveles de atención. Reflejo de ello, es la clasificación de acuerdo con la Resolución 2509 de 2012; de dos (2), ESE en mediano riesgo y de seis (6) ESE, en alto riesgo.

24. RECOMENDACIONES

- Dado el potencial de población asentada en el Valle de Aburrá, se considera viable el desarrollo de una Red Metropolitana de Salud, que permita desarrollar proyectos estratégicos orientados a mejorar la gestión de las Secretarías de Salud y las Empresas Sociales del Estado, además de facilitar la accesibilidad y oportunidad de la atención en salud de los ciudadanos.
- Las características del Valle de Aburrá, en términos de ubicación poblacional, distribución por sexo, perfiles epidemiológicos, transición demográfica, acceso a los servicios de salud y condiciones actuales de las Empresas Sociales del Estado, entre otros, sugieren la necesidad de fortalecer modelos de atención como: la Atención Primaria en Salud y las Redes Integradas de Servicios de Salud.
- Se debe dar continuidad a los programas actuales, de prevención del embarazo en adolescentes e implementar nuevas estrategias que permitan reducir las tasas actuales, buscando intervenir otros determinantes sociales y culturales, asociadas a esta problemática.
- Tener en cuenta que la población objetivo de los nuevos modelos de atención y de la gestión de la prestación de servicios, de las Empresas Sociales del Estado, está representada por un 30% aproximadamente, régimen subsidiado y población vinculada, situación que debe permitir reorientar la perspectiva de la prestación, en el contexto de las redes integradas.
- Gestionar los recursos necesarios para garantizar la vinculación de personal, tanto en las Secretarías de Salud, como en las ESE, debido al riesgo jurídico y a la falta de continuidad de los programas y proyectos de salud.
- Se debe procurar dar continuidad a la estrategia de Atención Primaria, procurando no interrumpir las acciones por cuestiones contractuales; así como, reorientar las acciones en cobertura, buscando cubrir a la mayoría de la población del municipio.
- Es necesario reordenar los recursos propios invertidos en salud, buscando sinergias entre los municipios, para optimizar su uso y que beneficie al habitante metropolitano, y por ende, impacte los indicadores de Salud Pública de la región.
- Formular planes y programas en salud, orientados a dar respuesta a los cambios demográficos y al perfil de morbimortalidad del Valle de Aburrá, para impactar positivamente la calidad de vida y la salud, de los habitantes metropolitanos.
- Se deben buscar alternativas para ampliar la participación de las demás Empresas Sociales del Estado del Valle de Aburrá, y de algunas Instituciones privadas, Prestadoras de Servicios

de Salud, que permitan ampliar la capacidad instalada y el portafolio de servicios, así mismo, una la atención más amplia e integral, de los ciudadanos metropolitanos.

- Se deben buscar alternativas para vincular al personal que cumple actividades misionales en las Empresas Sociales del Estado, y así reducir el riesgo de demandas.
- La conformación de una Red Integrada de Servicios de Salud en el Valle de Aburrá, puede ser una buena alternativa para integrar algunos servicios, mejorando la gestión y la eficiencia de las Empresas Sociales del Estado. Se debe fortalecer la nueva entidad constituida: "Hospired"; con la suma de los recursos, de todas las ESE del Valle de Aburrá.
- Se recomienda realizar planes de ajuste fiscal y financiero, además de implementar algunas medidas administrativas; por ejemplo, la participación en la conformación de la Red Integrada de Servicios de Salud, que les permita a las ESE, sin riesgo, superar su problemática financiera actual.

DOCUMENTACIÓN

1. DOCUMENTACIÓN DEL MODELO EN EJECUCIÓN DE APS EN EL VALLE DE ABURRÁ

Propósito

Para los diez municipios que componen el Valle de Aburrá, la Atención Primaria en Salud, se ha constituido en la estrategia que se propone acercar los Servicios de Salud a las familias, a partir del enfoque de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

Un punto de encuentro importante entre los diez municipios, es el enfoque de: **Gestión del Riesgo Familiar**; el cual, apunta a identificar aquellos elementos de la vivienda, la dinámica familiar y la salud familiar e individual, que generen algún tipo de riesgo para los miembros de las familias, con el fin de impactarlos y mitigarlos, mediante acciones preventivas y de intervención. De esta manera, se entiende que la salud no está determinada solamente por el proceso salud-enfermedad, por el contrario, intervienen en ella factores de tipo social, ambiental, económico y político, los cuales tienen efectos, tanto en el entorno, como en el sujeto y su familia.

Aunque bajo este enfoque, se direcciona la ruta metodológica que desarrolla la mayoría de los equipos básicos de Atención Primaria en Salud en el Valle de Aburrá, algunos otros enfoques son tomados en consideración, como parte de la formulación y puesta en marcha de la estrategia en cada uno de los municipios. Ejemplo de ello, es el enfoque: **Diferencial Copacabana, Girardota, Itagüí, Bello**; con el cual, se busca generar acciones para grupos poblacionales específicos: niñez, adolescencia, juventud, adultos mayores, discapacidad, acciones que generalmente encuentran apoyo en las demás dependencias de las administraciones municipales, como: las Secretarías, las Comisarías de Familia, entre otras.

Cabe mencionar que algunos municipios se movilizan frente a temas particulares, de acuerdo a las necesidades específicas encontradas en la población, como es el caso del municipio de **Itagüí** y su enfoque de Salud Mental. **Copacabana**, con la clasificación de Niveles de Riesgo para las Familias. Otros enfoques abordados, son: el Ciclo Vital y Desarrollo Humano en **Girardota**; además, el de Riesgo en: **Copacabana, Girardota, Itagüí, Bello y Sabaneta**.

En cuanto a los principios, los municipios encuentran convergencias en asuntos clave como: la **Accesibilidad**, la **Oportunidad de Integralidad**; haciendo hincapié en el hecho de que

las Administraciones Municipales y las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud, deben garantizar el acceso a la salud de toda la población, sin distinción alguna.

No obstante lo anterior, el principio de **Universalidad**, presente de manera expresa en los municipios de: **Bello, Itagüí y Envigado**, es quizá el que mayores dificultades encuentra para su cumplimiento, no sólo porque los recursos financieros y humanos con los que cuentan los municipios para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, son insuficientes para garantizar una cobertura global, si no, porque en algunos casos, los lineamientos que direccionan la estrategia, limitan el accionar de la misma, al estar enfocada de manera exclusiva a la población perteneciente al régimen subsidiado.

Con los principios de **Eficiencia y Eficacia**, se pretende lograr los mejores resultados posibles y alcanzables, aun teniendo en cuenta las limitaciones económicas, sociales, políticas y culturales, que la estrategia pueda encontrar para su desarrollo. Así mismo, la **Orientación a la calidad**, busca priorizar la atención integral de las familias por encima de los resultados esperados.

Un elemento esencial dentro de la Atención Primaria en Salud, y en el que los municipios encuentran relación, es la **Corresponsabilidad**, la cual apunta a la generación de compromisos mutuos entre los miembros de las familias, el equipo básico y las entidades prestadoras de salud, tanto públicas como privadas; con el fin de impactar los determinantes sociales, económicos y políticos que intervienen en el proceso salud-enfermedad, mediante acciones tanto preventivas como de intervención. De esta forma, se entiende que los municipios son responsables de garantizar el acceso a los servicios de salud, de la misma manera que las familias y sus miembros son responsables de hacer uso de todos los medios a su alcance, que les permitan estar y permanecer sanos.

El **Autocuidado** como fundamento de la estrategia, implica la generación de conciencia en el Otro, del deber consigo mismo, con su cuerpo y con su salud. Este elemento implica la interiorización de hábitos saludables, y el posterior **Empoderamiento** de los individuos en términos de su salud y la de su familia, encontrando así, mejoras en la calidad de vida individual y colectiva.

Así mismo, se encuentra convergencia en los municipios al identificar la **Participación Social**, como uno de los fundamentos de la Atención Primaria en Salud; en algunas experiencias en las que la estrategia lleva más tiempo de ejecutarse, la participación social se consolida como parte central para la toma de decisiones, mediante figuras como: los COPACOS o las Veedurías Ciudadanas. Sin embargo, aunque la participación social se configura en un componente clave dentro los postulados de la Atención Primaria en Salud, al indagar a los municipios por ello, reconocen que falta aún fortalecer mucho más la participación activa de las comunidades y los individuos.

Finalmente, la **Interdisciplinariedad**, destaca como pilar de la Atención Primaria en Salud, en tanto se busca impactar todos los ámbitos de la vida cotidiana. De acuerdo al modelo propuesto, los equipos de trabajo deben estar compuestos por diferentes perfiles profesionales, tanto del área de la salud, como del área social, entre estos: médicos, odontólogos, enfermeras, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales/sociólogos. Al respecto, algunos de los equipos básicos cuentan aún con varios profesionales, quienes acompañan las visitas a las familias, mientras que otros han ido reduciendo sus perfiles y sus tamaños. Gran parte de los equipos básicos actuales, se componen por auxiliares en enfermería e higienistas orales, mientras que los demás profesionales intervienen de acuerdo a las valoraciones iniciales y las remisiones emitidas.

Desarrollo

Son múltiples los objetivos que se plantea la Atención Primaria en Salud, en los municipios del Valle de Aburrá; fundamentalmente, porque muchos de ellos intentan responder a las necesidades específicas que se dan con las dinámicas propias de cada municipio; no obstante lo anterior, es posible establecer algunos puntos de encuentro, de acuerdo a los lineamientos que el modelo propuesto plantea.

El primero de ellos, es **Llevar Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, a los hogares**, esto es, **Acercar a las familias a los Servicios de Salud** que ofrecen las Secretarías de Salud y las Empresas Sociales del Estado (ESE). Así mismo, se encuentra como objetivo, la **Disminución de los Factores de Riesgo en las Familias**, los cuales son identificados mediante visitas familiares y de acuerdo a lineamientos dictaminados por indicadores, como: el de Calidad de Vida, entre otros.

Es posible mencionar entre los objetivos, el **Mejoramiento de la Calidad de Vida** de los habitantes del Valle de Aburrá, la **Integralidad en la Atención en Salud**, así como la **Educación en salud y en derechos en salud** de la población.

Una de las estrategias con las que cuentan los municipios para la implementación de la Atención Primaria en Salud, es la **Acción Intersectorial**, mediante la cual se busca involucrar a todos los actores, tanto públicos como privados, que tengan injerencia en el proceso salud-enfermedad de las familias; en este sentido, la búsqueda de aliados se hace indispensable para el desarrollo efectivo de la estrategia. Lo anterior tiene como propósito la **Articulación de los servicios de salud**, así como, con las demás estrategias y programas con las que cuentan las alcaldías municipales.

Las **Remisiones** producto de la demanda inducida, pretenden minimizar los trámites que las familias deben realizar para acceder a productos y servicios, estableciendo un puente, entre el individuo o la comunidad y el ente prestador del servicio. No obstante, es común que los

equipos básicos de Atención Primaria en Salud, encuentren trabas, cuando los servicios son ofrecidos por entidades privadas, *pues aún no se ha fortalecido el interés de estas últimas, por los propósitos sobre los que se sustenta la Atención Primaria en Salud.*

Con la articulación de las Secretarías de Salud y Empresas Sociales del Estado (ESE), dentro de la Red Metropolitana de Salud (REMES), se llega al acuerdo de priorizar la **Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas**, EPOC, Hipertensión Arterial, Diabetes, Cáncer. Aunque en algunos municipios, los pacientes crónicos se constituyen en la población objeto, de manera exclusiva; no obstante, generalmente, se atiende de forma paralela al resto de la población.

Gestión

La ruta metodológica de la Atención Primaria en Salud en los municipios del Valle de Aburrá, contiene un componente individual y uno colectivo.

El primer componente está centrado en las familias, mediante la: **visita familiar**, que tiene como objetivo la identificación de los factores de riesgo que puedan afectar la salud de las familias y sus miembros. Para ello, se diligencian fichas en las que se recoge información desde tres puntos de acción: la ficha de vivienda, la ficha familiar y la ficha individual.

De esta manera, se pretende impactar los factores de riesgo a partir del establecimiento de compromisos entre las familias y el equipo básico de Atención Primaria en Salud.

El **Seguimiento a los compromisos**, permite detectar la efectividad de las acciones y su impacto, tanto en la calidad de vida de las personas, como en el perfil de morbimortalidad de los municipios.

Para los pacientes con enfermedades crónicas, la ruta metodológica es similar a las visitas familiares, con el agregado de unas preguntas de carácter específico, de acuerdo a la enfermedad.

Por su parte, el Componente Colectivo se lleva a cabo a través de **Brigadas en Salud** o **Jornadas Barriales**, en las que se desarrollan acciones que buscan responder a necesidades identificadas previamente o de interés común, tales como: vacunación, tamizaje visual y auditivo, asesoría en temas de reproducción sexual, entre otras. Estas brigadas generalmente, se realizan en conjunto con los equipos básicos de salud pública de las Secretarías de Salud y de las Empresas Sociales del Estado, ESE.

Adicionalmente, los municipios: **Envigado, Itagüí, Girardota y Barbosa**, buscan impactar otros ámbitos de la vida cotidiana en los entornos: **Escuela** y **Empresa**, así como en el **Trabajo Informal**; por medio de acciones orientadas a públicos y necesidades específicas. Para el caso de la escuela, el énfasis en el componente educativo es fundamental, pues es la herramienta

a través de la cual se busca concientizar a los niños y niñas de la importancia de ejercer prácticas saludables. En este aspecto, el trabajo articulado con las Secretarías de Educación y las Instituciones Educativas, es un requerimiento, pues de él depende el éxito de las acciones a realizarse. El entorno empresa de igual forma, busca responder a necesidades particulares, de ahí que el portafolio de servicios contemple un espectro más amplio de acción, con actividades de salud ocupacional o charlas de estrés laboral.

Uno de pilares de la Atención Primaria en Salud para los municipios del Valle de Aburrá, es la **Oferta de los Servicios** que bridan las distintas dependencias municipales, como también, las Empresas Sociales del Estado, involucradas en el proceso; la **Demanda Inducida**, encuentra como objetivo, acercar los diversos programas y herramientas, a las familias con las que cuentan las entidades de Salud, para atender de manera efectiva a la población de los municipios. Dentro de este portafolio de servicios, pueden encontrarse desde subsidios para discapacidad, desempleo y población desplazada, hasta programas de prevención y fortalecimiento, como: *Crecimiento y Desarrollo, Joven Sano y Adulto Sano*.

Otra de las acciones desarrolladas, es la **Educación para la salud**, la cual busca concientizar a las familias acerca del auto-cuidado y la generación de hábitos saludables. La educación se lleva a cabo a través de sesiones individuales y colectivas, tanto en el ámbito familiar como en el comunitario. **Educación para la salud**, además, es reforzada en aquellos municipios en los que se aborda la escuela como entorno para la salud, pues los encuentros se realizan generalmente, a través de sesiones educativas y recreativas, procurando de esta forma, un mayor grado de aprendizaje en los niños y niñas.

La **Comunicación para la salud**, se configura en un elemento esencial para la interiorización de los conceptos promulgados por la Atención Primaria en Salud; por tal razón, los municipios de Valle de Aburrá: **Envigado y Girardota de manera expresa**, utilizan los medios de comunicación como: la radio, la prensa y los boletines informativos, para reforzar los contenidos abordados en las sesiones educativas, así como, para la socialización de la estrategia misma.

Entre las acciones transversales de la Atención Primaria en Salud en los municipios del Valle de Aburrá, se resalta la **Gestión de la información**, en tanto es el medio que permite la recolección, sistematización y análisis de la información recogida en el trabajo de campo, información que es la base para la toma de decisiones y futuros cambios y mejoras, que permitan cualificar la estrategia y la manera en que la misma se ejecuta.

Aunque la mayoría de los municipios tomó como base, la ficha de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, en cada uno de ellos se llevó a cabo un proceso de ajuste de acuerdo a los perfiles municipales en salud, lo que condujo a que la forma y las herramientas de recolección fueran heterogéneas y, por lo tanto, no pudieran homologarse entre municipios.

De igual manera, y en estrecha relación con lo anterior, la **Evaluación** y la **Autoevaluación**, permiten reconocer los elementos clave, tanto positivos como negativos, que deben reforzarse y/o ajustarse, en aras de poner en marcha las acciones que mejor respondan a las necesidades propias del territorio y la población intervenida.

La Evaluación hace referencia a la manera en la que los usuarios perciben el programa y hasta qué punto consideran se ha impactado su calidad de vida. La Auto-evaluación, por su parte, tiene que ver con el análisis crítico de los equipos técnicos de Atención Primaria en Salud de cada municipio, respecto a las acciones desarrolladas en un periodo de tiempo determinado; en este punto, cabe mencionar que la consolidación de la Red Metropolitana de Salud (REMES), ha contribuido a la cualificación de cada uno de los programas, gracias a los espacios de socialización e intercambio de experiencias entre los diez municipios.

Actores

La puesta en marcha de la Atención Primaria en Salud en los municipios del Valle de Aburrá, requiere la participación activa de los actores involucrados: las **familias** y sus miembros, las **comunidades** y los **equipos básicos y técnicos de Atención Primaria en Salud**, de cada uno de los municipios.

El compromiso y la participación activa dependen a su vez de diversos factores, entre los que se destacan los recursos humanos y financieros, así como la continuidad en el tiempo de la estrategia y del equipo de trabajo, lo que permite generar vínculos de confianza con

las familias y las comunidades, fomentando de esta manera la participación social y el sentido de pertenencia frente a la estrategia.

Un actor importante para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud en los municipios del Valle de Aburrá, son las: **Empresas Sociales del Estado - ESE**, algunas de las cuales cumplen la función de Entidad Ejecutora de la Estrategia, así como un papel activo en la formulación y direccionamiento de la misma. De igual manera, las **Dependencias Administrativas de las Alcaldías Municipales**, se constituyen en un complemento importante para la estrategia, en tanto aportan desde sus áreas de influencia, al entendimiento de la salud como algo más allá del proceso salud-enfermedad. La articulación con las Secretarías de Educación, de Bienestar Social o la de Juventud, por nombrar algunas, permiten una intervención más integral de la población.

El apoyo del **Valle de Aburrá**, a través de redes de trabajo, como: la Red Metropolitana de Salud, (REMES) y la Corporación Red Prestadora de Servicios en Salud del Valle de Aburrá -HospRed-, ha contribuido al perfeccionamiento de la estrategia en los municipios, gracias a la unificación de criterios en temas como la atención a pacientes con enfermedades crónicas y sus familias; la depuración de bases de datos de estos pacientes y el uso en conjunto del software para la gestión de la información, este último elemento es importante, puesto que hasta el 2014, cada municipio recolectaba, sistematizaba y gestionaba la información de

manera diferente, en algunos casos de forma manual, lo que dificultaba la transferencia y/o homologación de la misma entre los municipios.

Si bien, en algunos municipios ha habido una apuesta importante por involucrar a las **Entidades Prestadoras de Salud, de carácter privado** dentro de la dinámica de la Atención Primaria en Salud, la respuesta en la mayoría de los casos no ha sido efectiva, retrasando o dificultando muchos de los procesos, en especial con la población correspondiente al régimen contributivo. Lo anterior, se suma al hecho de que la Legislación actual no permite a los entes de salud municipales, Secretarías de Salud, regular las acciones de las, IPS y EPS. Dentro del proceso de autoevaluación, los municipios reconocen este punto como el de mayor debilidad de la estrategia.

Finalmente, los municipios han hecho esfuerzos significativos por involucrar otras organizaciones clave dentro de la estrategia: Atención Primaria en Salud; las cuales pueden ser: las Instituciones Educativas de educación básica y superior, así como, el sector empresarial.

2. CONDICIONES MÍNIMAS PARA EL DESARROLLO DE LA APS EN EL VALLE DE ABURRÁ²⁻³

Cobertura, Acceso y Ámbitos de Acción

La Cobertura, implica que los mecanismos de financiación y de organización son suficientes para cubrir a toda la población, al eliminar la capacidad de pago como barrera al acceso a los servicios de salud y al proteger a los ciudadanos del riesgo financiero, dándoles a la vez apoyo adicional de forma equitativa y llevando a cabo actividades de promoción de la salud.

La Accesibilidad, implica la ausencia de barreras en la atención de la salud, ya sean de tipo: geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. De esta forma, un sistema de salud basado en la APS, debe racionalizar la ubicación, el funcionamiento y la financiación de todos los servicios, en cada uno de sus niveles de atención. Requiere igualmente, que los servicios sean aceptables para toda la población, y ello implica, tener en cuenta las necesidades en materia de salud, las preferencias, la cultura y los valores a nivel local. Por consiguiente, exige el enfoque intercultural y de género en la prestación de los servicios de salud.

Por otra parte, la Aceptabilidad determina el uso real de los servicios e influye en la percepción sobre el sistema de salud, incluyendo la satisfacción de las personas con los servicios prestados, su nivel de confianza con los proveedores, y el grado real de comprensión y seguimiento de las indicaciones médicas recibidas.

2 Modelos APS, Condiciones Mínimas REMES; validadas por los Secretarios de Salud del Valle de Aburrá, febrero de 2015. Definiciones extraídas de: Organización Panamericana de Salud OPS. La renovación de la atención primaria en salud en las Américas. Washington, 2007.

3 Definiciones extraídas de: Organización Panamericana de Salud OPS. La renovación de la atención primaria en salud en las Américas. Washington, 2007.

Prioridades de atención

Son de vital importancia para un sistema de salud basado en la APS, porque sus acciones son costo–efectivas, éticas; pueden facultar a las comunidades y a los individuos para que ejerzan mayor control sobre su propia salud, y son esenciales para abordar la raíz de los determinantes sociales de la salud. El énfasis en la promoción y en la prevención permite, ir más allá de la orientación clínica, para abarcar la educación y el apoyo en materia de salud en el trabajo, las escuelas y el hogar. Estas cuestiones, incluida la necesidad de reorientar los servicios de salud hacia los principios de la APS, fueron articuladas en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986. La promoción de la salud también requiere criterios normativos y políticas para mejorar las condiciones de trabajo y la seguridad laboral, reducir los riesgos ambientales y llevar a cabo estrategias de promoción de la salud en la población, que incluyan a otras partes del sistema de salud o a otros actores sociales.

Esto abarca también, los vínculos con las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), que hacen de la APS un socio activo en la vigilancia de la salud pública, la investigación y la evaluación, la garantía de la calidad y las actividades de desarrollo institucional, a lo largo de todo el sistema de salud.

Primer contacto y capacidad resolutive

Se refiere, a que la atención primaria debe ser la puerta principal de entrada al sistema de salud, para la consulta de todos los nuevos problemas de salud y el lugar donde se resuelvan la mayoría de ellos; mediante esta función, la atención primaria refuerza la base de los sistemas de salud, basados en la APS; representando, en la mayoría de los casos, el principal punto de contacto entre la población y los sistemas de servicios sociales y de salud. De esta forma, un sistema de salud basado en la APS, fortalece la atención primaria, en su papel de atención de primer nivel, pero tiene a su vez elementos estructurales y funcionales, adicionales, que trascienden de forma significativa el primer nivel de atención de salud.

Atención integral y continua

Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, y el apoyo para el autocuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa.

La atención integrada es complementaria de la integralidad, porque exige la coordinación entre todas las partes del sistema, para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo, así como a través de los diferentes niveles y lugares de atención sin interrupción. Para los individuos, la atención integrada implica un enfoque

que abarca todo el ciclo de vida con sistemas de referencia y contrarreferencia, a través de todos los niveles del sistema de salud, y en ocasiones, a otros servicios sociales. A nivel de sistema, la atención integrada requiere los desarrollos de redes de servicios y de proveedores, sistemas de información y gestión apropiados, incentivos, políticas y procedimientos, así como la capacitación de los proveedores de salud, personal de apoyo y administradores.

Cuidados apropiados con énfasis en Promoción y Prevención

Significa que el sistema de salud no se limita simplemente a la atención de una enfermedad o de un órgano. Debe centrarse en la persona como un todo y en sus necesidades sociales y de salud, adecuando las respuestas a la comunidad local y a su contexto a lo largo de la vida, garantizando al mismo tiempo, que las intervenciones son seguras y que la persona no sufrirá daños o perjuicios de ningún tipo. Incluye el concepto de efectividad para guiar la selección de las estrategias de prevención y curación, de manera que se puedan obtener los mayores resultados con los mínimos recursos. El cuidado apropiado implica que toda la atención prestada se basa en la mejor evidencia disponible y que las prioridades respecto a la asignación de los recursos se establecen según criterios de eficiencia (de distribución y técnica) y de equidad. Los servicios deben ser pertinentes; para ello, es preciso que se ajusten a las necesidades comunes de toda la población, al tiempo que atiendan necesidades específicas de determinados grupos de población, como: las mujeres, los ancianos, los discapacitados, las poblaciones indígenas o poblaciones de ascendencia africana, que quizá no estén recibiendo la atención apropiada debido a la manera en la que comúnmente ésta se organiza.

Recursos Humanos

Incluyen a proveedores, trabajadores comunitarios, gestores y personal de apoyo. Deben poseer los conocimientos y habilidades adecuados, además de observar las normas éticas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto.

Ello exige una planificación estratégica e inversiones a largo plazo en capacitación, empleo, incentivos para mantener al personal en su puesto, así como la ampliación y mejora de los conocimientos y las habilidades de los trabajadores de salud. Los equipos multidisciplinarios son fundamentales para el enfoque de la APS. Ellos no sólo requieren de una combinación correcta de profesionales, sino también, de una definición adecuada de funciones y responsabilidades, de una distribución geográfica equitativa, y de una capacitación que maximice su contribución a los resultados de salud y a la satisfacción de los trabajadores de salud y de los usuarios.

Sistemas de información e Indicadores de resultado

Las buenas prácticas de gestión incluyen entre otras: la planificación estratégica, la investigación operativa y la evaluación del desempeño. Los profesionales de la salud y los gestores deben recopilar información y usarla regularmente en los procesos de toma de

decisiones y planificación, incluido el desarrollo de planes para responder adecuadamente a eventuales crisis de salud y a los desastres naturales.

Marco político, legal e institucional sólido

Las estructuras y funciones de un sistema de salud basado en la APS requieren un marco político, legal e institucional sólido que identifique y respalde las acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legales y financieros que permitan que la APS desempeñe sus funciones especificadas. Necesita la coordinación de políticas de salud, inversiones estratégicas, investigación en sistemas y servicios de salud, incluida la evaluación de nuevas tecnologías. Estas actividades forman parte de la función de rectoría del sistema de salud, por lo que deben ser transparentes, han de someterse al control social y tienen que estar libres de corrupción.

Mecanismos de participación activa

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 de convertirse en 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.

Acciones de coordinación intersectorial

Son necesarias para abordar los principales determinantes de la salud de la población, 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. La medida en la que estas acciones sean ejecutadas por el sector de la salud, solo o en asociación con otros sectores, dependerá del estado de desarrollo de cada país (y de sus comunidades), así como, de las ventajas comparativas de cada uno de los sectores o actores involucrados.

PRESENTACIÓN

LA EXPERIENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD -APS- EN EL VALLE DE ABURRÁ

La Atención Primaria en Salud (APS), se ha implementado en Colombia, aproximadamente, desde la década de los 80; logrando experiencias importantes en las principales ciudades en las que se decidió dar lugar a la implementación de las acciones básicas, definidas en el marco de lo establecido por la OMS en el documento de la declaración ALMA ATA en el año 1978; teniendo actualmente, que muchas de ellas se han institucionalizado a través de políticas de gobierno o políticas públicas, que no sólo han integrado la APS a los planes de gobierno, sino que la han integrado a las agendas públicas de salud.

Un punto de referencia básico general a las experiencias reconocidas, es la definición allí contenidas sobre APS, según la cual:

“la atención primaria en salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptados, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación [...] Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud, al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.
(Alma Ata, Organización Mundial de la Salud, 1978).

Siguiendo las recomendaciones de la declaración, esta definición ha sido un punto de partida para ser redefinida en cada una de las localidades, en las que se ha implementado la APS, como una apuesta por la transformación de las condiciones de vida de las personas, sus familias y las comunidades, de cara a lograr un desarrollo más sostenible; basado en la equidad y la igualdad, como principios fundantes de la sociedad.

En Antioquia la APS se muestra hoy como una apuesta transversal en la atención de salud a las poblaciones focalizadas; son éstas, las de mayor prioridad para su acercamiento a las prácticas, servicios e instituciones; lo que se evidencia en el énfasis que la Secretaría de Salud y Protección de Antioquia, le ha dado a este tema de focalizar a las poblaciones, se tiene experiencia de su implementación, en los 10 municipios que conforman el Valle de Aburrá, con antecedentes desde la década de los años 90, aproximadamente; a saber en los municipios de: Barbosa, Bello, Caldas, Copacabana, Envigado, Girardota, Itagüí, La Estrella, Medellín y Sabaneta; para los cuales, se ha tornado la APS en una orientación estratégica en materia de salud, integrando la agenda pública de las municipalidades, lo cual se ha traducido en un mejoramiento paulatino de los indicadores de morbilidad de la población, sin que se cuente con estudios especializados en la materia, pero lo cual se ha ido verificando a partir de los indicadores de gestión diseñados y aplicados por los equipos técnicos de implementación de APS.

Estas experiencias hacen del Valle de Aburrá, un referente que puede proyectarse a nivel nacional y latinoamericano, en el desarrollo de acciones bajo esta estrategia, en razón que su implementación a través de varios años, ha permitido cualificar los procesos operativos que la concretan en los territorios; mediante el reconocimiento y ajuste de las potencialidades y limitaciones individuales, familiares y comunitarias, a la luz de los servicios institucionales que se prestan desde las administraciones y el sistema de salud. De esta forma, estas experiencias permiten hacer un balance para el Valle de Aburrá, evidenciando los aspectos que se han logrado consolidar y aquellos que se muestran como retos en una gestión subregional, superando el ámbito local, de cara al fortalecimiento de la agenda de salud en una mayor escala, pero manteniendo una orientación local, de acuerdo a las condiciones, recursos e intereses específicos de cada territorio.

En el camino por comprender esta experiencia subregional se pueden abordar diferentes caminos, no obstante, teniendo en cuenta las definiciones de APS vigentes que se trazan desde los lineamientos de orden Internacional y de las entidades directoras de la estrategia de Atención Primaria Salud, su comprensión está normalmente asociada a 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 este estudio, se asume la Atención Primaria en Salud, como una estrategia en la que se integran y complementan estas miradas, con una descripción de lo que se ha pretendido desarrollar a nivel mundial.

A partir de este último 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 ello, tiene un fin teórico y un fin práctico. Estas cuatro dimensiones son:

- 1. Dimensión de Propósito**
- 2. Dimensión de Estrategia**
- 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). Desde estos antecedentes, se define cada dimensión de la siguiente manera.

A partir de estas cuatro dimensiones conceptuales, por evidencia de encuentros y desencuentros misionales, metodológicos y técnicos, se hace posible describir la experiencia para el Valle de Aburrá, en correspondencia con las experiencias desarrolladas en cada uno de los municipios que la integran, a partir de donde se han venido fortaleciendo aspectos transversales, manteniendo diferencias en elementos propios del cada territorio; lo cual ha mostrado un crecimiento paulatino en el impacto que la estrategia APS viene representando, para las diferentes poblaciones intervenidas.

1. MODELO PROPUESTO

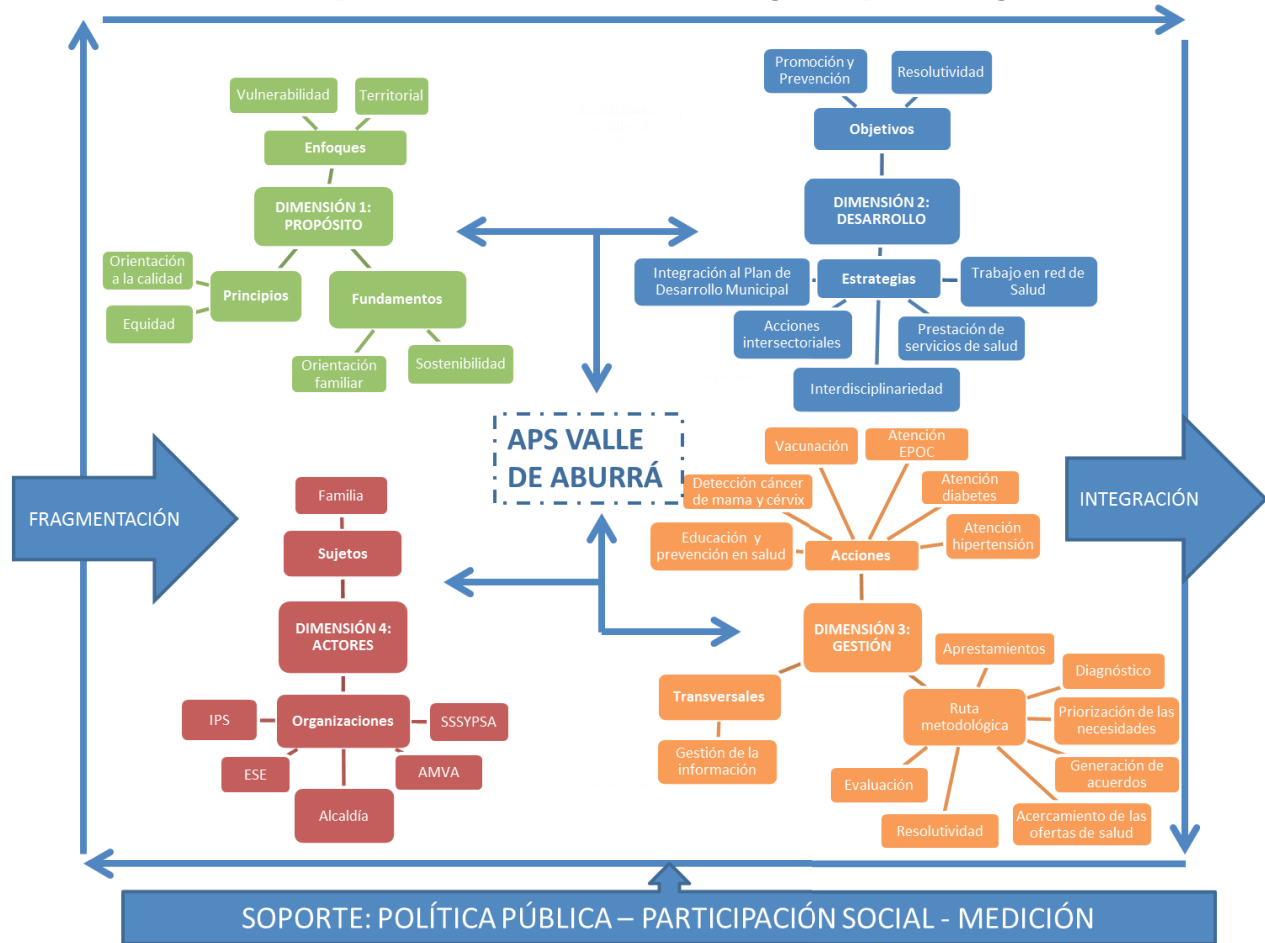
El “modelo propuesto” con las cuatro dimensiones presentadas, integran las orientaciones de los organismos nacionales e internacionales, desde el nivel misional hasta el nivel operativo, teniendo que en estas orientaciones se concibe la APS-R como un modelo integral para la atención en salud en un nivel primario o básico; donde cada una de las dimensiones que la componen, con sus respectivas categorías y subcategorías, interactúan de manera sinérgica, garantizando el acceso al derecho de salud.

En la figura siguiente, se expone la composición de las cuatro dimensiones conceptuales estructurantes del modelo: 1. Propósito. 2. Estrategias. 3. Gestión. y 4. Actores; es decir, sus categorías y subcategorías, que contemplan los diferentes aspectos misionales, metodológicos

y operativos para llegar a la población focalizada, con base a diferentes criterios de inclusión. Para comprender mejor cada una de las dimensiones y sus contenidos, a continuación se realizará una presentación de cada una de ellas, lo cual será el marco para tener una visión más profunda de las particularidades de la ejecución de la estrategia APS en cada uno de los municipios del Valle de Aburrá.

Figura 1

Modelo Propuesto APS: Dimensiones, Categorías y Subcategorías



Fuente: elaboración propia con base en OPS/OMS "Renovación de la atención primaria de salud en las Américas".

IPS: Institución prestadora de Salud

ESE: Empresa Social del Estado

AMVA: Área Metropolitana del Valle de Aburrá

SSSPSA: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

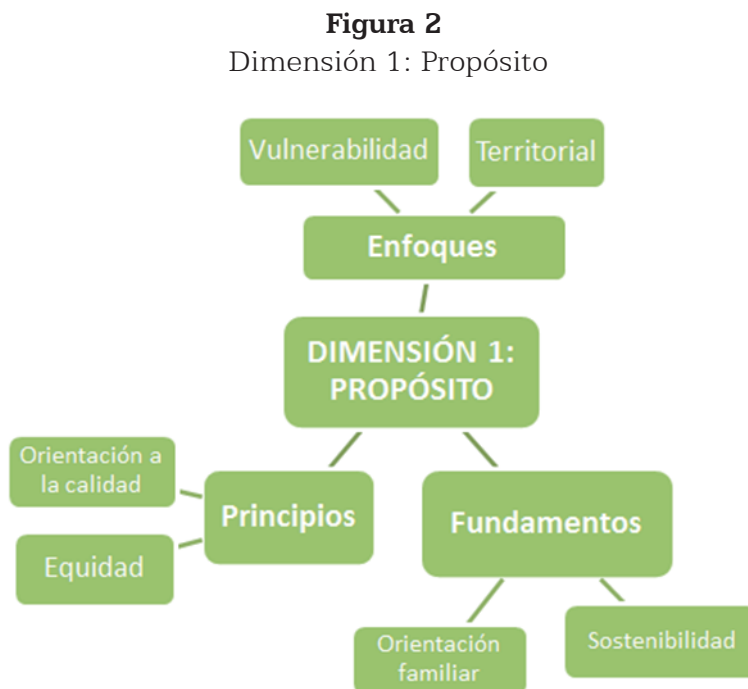
Minsalud: Ministerio de Salud y Protección Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

1.1. 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 cuales, se dará cuenta del impacto generado con su implementación.



Fuente: elaboración propia con base en OPS/OMS "Renovación de la atención primaria de salud en las Américas".

Enfoques

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

Así mismo, se plantea el **Enfoque Diferencial**, el cual posee un doble significado, ya que 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**, garantizando el derecho a la salud, cuando las necesidades de la población así lo requieran. (Naciones Unidas, 2014).

No obstante, en la aplicación de la estrategia APS también se tiene en cuenta otros dos elementos fundamentales, como lo son: 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; aquí, el fortalecimiento del capital social (organizaciones de base) es fundamental para el logro de los objetivos que se traza la estrategia APS.

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; en ella, la participación social 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”* (Organización Panamericana de la Salud, 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” (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

El Acceso y la Cobertura Universal, implican a la totalidad de los pobladores del municipio; por ello, es indispensable facilitar la provisión de servicios de salud a la población, cuando las necesidades así lo requieran, sin importar sus condiciones de ciclo vital, estrato socioeconómico, lugar de residencia (urbano-rural), entre otros. Para lo cual, es fundamental abordar cuáles son **los Determinantes Sociales de la Salud**, cuando ellos no sólo obedecen 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.*” (Organización Mundial de la Salud, 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... 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, y así de esta forma, se pueda garantizar el derecho a la salud de la población.

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 efectividad, la seguridad de las intervenciones preventivas y curativas, son necesarias para asignar los recursos de manera adecuada, fundamentales en todo el proceso, para responder a las necesidades actuales y futuras de la población en materia de salud.

Por otro lado, es importante como principio de la APS: **la Interculturalidad**; la cual permite reconocer la identidad y la autodeterminación de los pueblos con sus propios sistemas de salud, debido a sus consideraciones de carácter étnico, identidad sexual y de género, entre otros; para que de esta forma, pueda existir complementariedad entre la estrategia APS y dichos sistemas; lo anterior implica elementos de igualdad y equidad entre los diferentes

grupos poblacionales, que permiten el relacionamiento y convivencia armónica de todos los individuos en un territorio.

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

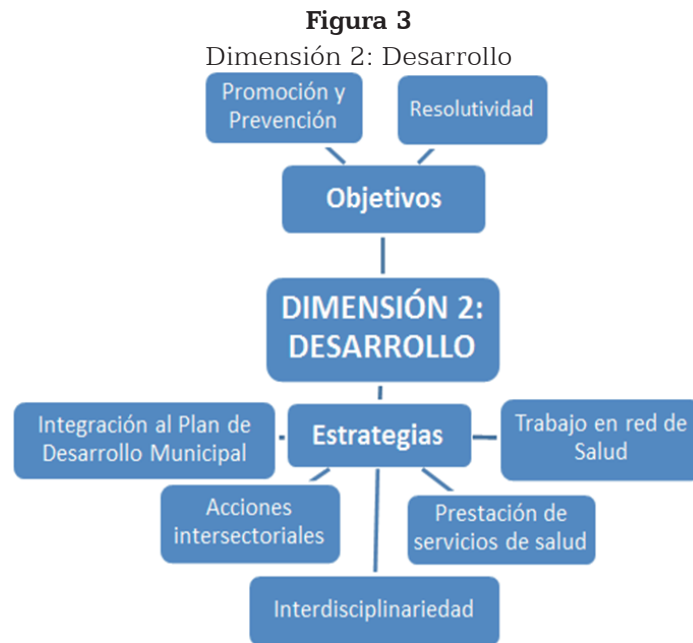
Por último, se proyecta una estrategia APS basada en el principio de **Solidaridad**, que implica que todos los miembros de la sociedad trabajen por el derecho a la salud, donde esta estrategia sea integradora en todos los estamentos, de manera intersectorial e interinstitucional, al igual que el fomento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

1.2. Dimensión 2: Desarrollo

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

Según Tejada:

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



Fuente: elaboración propia con base en OPS/OMS "Renovación de la atención primaria de salud en las Américas".

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.

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), sea quien demande 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.

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; para que sean sensibilizados y capacitados 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 PyP, autocuidado, saneamiento básico, políticas públicas en salud, planeación, entre otros. Como señala la OMS/OPS: *“La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa”* (OMS/OPS, 2007: 26).

Lo anterior, exige del sistema, una coordinación entre los actores que llevan a cabo la estrategia: públicos, privados y comunitarios; para lo cual: *“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 administradores”* (OMS/OPS, 2007:26).

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

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

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

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

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

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

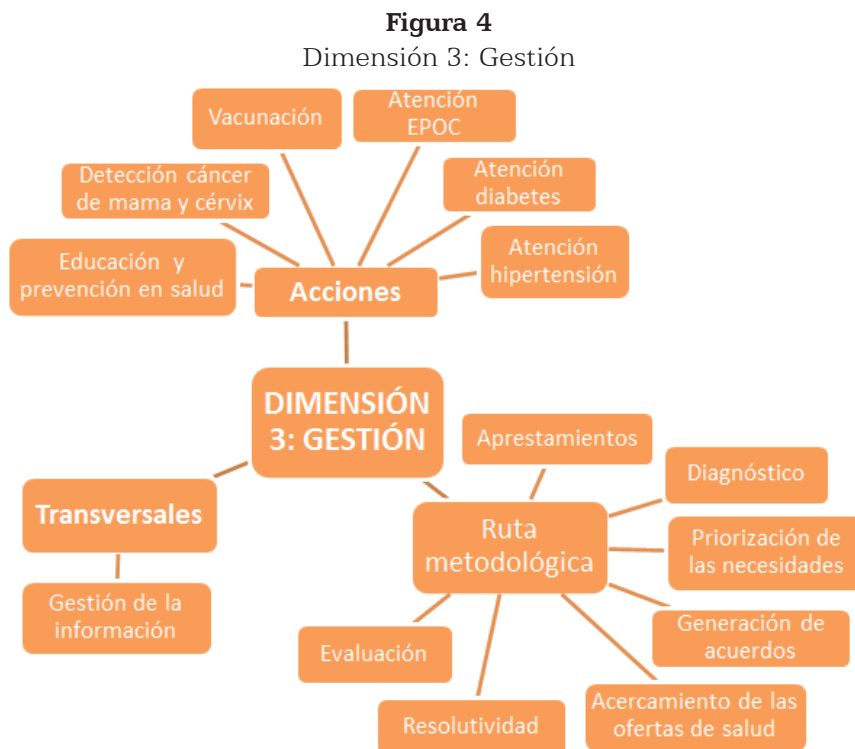
La **Medición y Resolutividad** de la estrategia APS, es fundamental como mecanismo de planeación de la estrategia, pues va más allá de las cifras y datos de personal atendido, dando cuenta de lo efectiva y eficaz que es la aplicación de la estrategia en el territorio.

1.3. Dimensión 3: Gestión

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

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

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



Fuente: elaboración propia con base en OPS/OMS "Renovación de la atención primaria de salud en las Américas".

Ruta Metodológica

La **Ruta Metodológica** da cuenta del camino común recomendado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, encontrando como primer momento: el **Aprestamiento**, entendido como el momento inicial 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 clave presentes en el municipio, a favor de disponer los recursos: financieros, físicos, humanos y comunicacionales, para la ejecución de la propuesta.

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

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

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

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

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

La **prestación de los servicios** corresponde concretamente, a los servicios de salud o sociales, prestados por los equipos en campo y que llevan a la 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 desde los sujetos del acompañamiento, como de los operadores de la misma.

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 lo 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 de actividades físicas y mentales diarias, para un adecuado estado de salud, así como una alimentación y nutrición oportuna y necesaria, que redunde en la disminución de los factores de riesgo en salud.

Agua potable y saneamiento básico: es uno de los factores clave para la prevención y protección de la salud, ya 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 una mejor condición de salud, calidad de vida y equidad.

Planificación familiar: entendida ésta 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 sólo resguardar la salud del individuo de aquellas enfermedades prevenibles, sino también, la conservación de la salud pública a nivel familiar y comunitario.

Prevención y lucha: enfermedades endémicas locales: las enfermedades endémicas, son aquellas enfermedades infecciosas que afectan de forma permanente o en determinados períodos, una región, y que persiste durante un tiempo determinado, afectando un número importante de personas.

Tratamiento apropiado: el proporcionar un tratamiento adecuado, no sólo garantiza la mejora a las necesidades de salud del individuo y la comunidad, sino además, la óptima utilización de los recursos del sistema de salud. Este debe ser enfocado al cuidado de la enfermedad, pero muy especialmente, a la realización de otras acciones de promoción y prevención en salud, realizando intervenciones acorde a las necesidades de la población.

Suministro de medicamentos esenciales: se refiere no sólo a la entrega efectiva de los medicamentos, en el momento oportuno para el tratamiento de la enfermedad, sino también, a que sean de calidad y adecuados para ella.

Transversales

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

Uno de los elementos transversales son: las **Normas, Guías y Procesos**, 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.

1.4. Dimensión 4: Actores

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

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

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

Figura 5

Dimensión 4: Actores



Fuente: elaboración propia con base en OPS/OMS "Renovación de la atención primaria de salud en las Américas".

IPS: Institución prestadora de Salud

ESE: Empresa Social del Estado

AMVA: Área Metropolitana del Valle de Aburrá

SSSYPSA: Secretaría 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

Sujetos

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

Ciudadano: todas las personas sujetas a derechos y a deberes, participes activos de la apuesta de la estrategia, y quienes deben ejercer mayor control sobre su propia salud, siendo esenciales para abordar la raíz de los determinantes sociales de la salud.

Familia: como núcleo central de la sociedad, es esencial para la identificación de los riesgos y la planificación y la intervención del sistema, dado que ellos tienen la capacidad de transmitir los conocimientos y realizar las acciones concretas para transformar sus estilos de vida, en pro de mejores niveles de salud.

Comunidad: es la llamada a convertirse en socia activa en la determinación de prioridades, la gestión, la evaluación y la regulación del sector de la salud.

Trabajador: aquella persona que realiza cualquier actividad económica, sea en las áreas formales o informales de la economía, para 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.

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 adscrita a la Organización de Naciones Unidas - ONU, organización que nació en el año de 1948 y se responsabiliza del: *“Liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales”*⁴

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

La **Organización Panamericana de la Salud – OPS-**; 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*

4 Organización Mundial de la Salud –OMS-. (s.f). Recuperado de: <http://www.who.int/about/history/es/>

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”⁵.

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 Atención Primaria en Salud.

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

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

En el Nivel Departamental, se tiene como un actor central: la **Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia –SSSPSA**, entidad adscrita a la gobernación de

5 Organización Panamericana de la Salud -OPS- (2013). Recuperado de: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=91:historia-de-la-ops.

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 **Empresas Sociales del Estado -ESE**: "constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las Asambleas Departamentales o Concejos Municipales". (Decreto 1876 de 1994).

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

2. BRECHAS Y RETOS PARA LA ACCIÓN EN EL VALLE DE ABURRÁ

En el Valle de Aburrá, como se ha evidenciado, se viene ejecutando la estrategia APS, con antecedentes desde el año 2005; lo cual posibilita a la subregión del Departamento de Antioquia, convertirse en el futuro, en un referente en la experiencia de implementación de los componentes misionales y operativos inscritos en las disposiciones internacionales, nacionales y departamentales.

Es claro que durante estos años se ha gestado un proceso basado en la experiencia y voluntad política de los gobiernos que se ha ido fortaleciendo y cualificando aspectos metodológicos, técnicos y administrativos; teniendo hoy un escenario con mayor claridad para su implementación, desde el cual se pueden orientar acciones para ampliar su cobertura e incrementar su impacto, y muy especialmente, hacia su instalación en la agenda pública de los municipios del Valle de Aburrá.

En este horizonte de fortalecimiento y cualificación de los diferentes procesos y recursos que integran la estrategia APS, se encuentran acciones transversales comunes en todos los municipios y acciones diferenciadas por el contexto específico de cada territorio, que posibilitan la identificación del mapa situacional, sobre el cual se estructura todo el proceso de implementación y desde donde emergen los aspectos básicos sobre los cuales el Valle de Aburrá, puede conducir acciones colaborativas para lograr una plataforma metodológica y técnica compartida, integrando las potencialidades de los aspectos transversales y respetando las particularidades territoriales que hacen la intervención más efectiva.

Sin embargo, todos estos aspectos están cruzados por elementos políticos, teóricos, metodológicos, que generan unos vacíos y se describen a continuación. Lo anterior, como producto del análisis e interpretación de hallazgos, los mismos de la sistematización de las experiencias de implementación de la APS, en los diez municipios que integran la subregión y los aspectos que deben ser abordados en el modelo propuesto del apartado final. Estos aspectos cruzan ámbitos políticos, metodológicos y técnicos, como se muestra a continuación, en la descripción de cada uno de ellos, teniendo que dicha descripción se presenta a través de hallazgos de la sistematización de las experiencias de implementación de la APS en los diez municipios que integran la subregión y siguiendo los aspectos que deben ser abordados para dar cumplimiento al modelo propuesto en el apartado anterior

2.1. Brechas frente al Sistema de Salud. Una condición permanente

Es importante reconocer que entre los alcances de la APS planteados por las autoridades internacionales⁶, está la garantía del mayor nivel de salud posible. Para lograrlo, se proyecta la cobertura y acceso universal a la salud, como uno de sus elementos; así como la integración de los planes de beneficio, la continuidad en la atención centrada en el usuario, la familia y la participación social y comunitaria en salud; estos y otros elementos considerados esenciales, llevan implícitos aspectos políticos, teóricos, metodológicos, administrativos, técnicos, sociales y culturales, los cuales se ven proyectados en la triada: Individuo - Familia - Comunidad - Territorio.

Los hallazgos obtenidos en las experiencias abordadas, evidencian que en el Vallé de Aburrá, para darle viabilidad técnica, política y financiera a los objetivos trazados en razón de las condiciones propias de cada municipalidad, deberán orientarse acciones hacia los aspectos más relevantes y posibles de ser alcanzados, y que pueden ser integrados a los modelos que se ejecutarán en APS. Por ello, se define que los mínimos elementos a garantizar en el modelo para los Municipios del Valle de Aburrá, serán los trabajados en el segundo capítulo

Alcanzar el modelo propuesto por las autoridades internacionales, aún no es posible con los recursos disponibles y las condiciones de la población, así mismo, porque el modelo del sistema de Seguridad Social en Salud, en los que se encuentran inscritos dichas situaciones, no encuentran un escenario de fuerte gestión y gobernanza, puesto que el sistema de

6 APS Renovada. 2008 OPS

aseguramiento, plantea multitud y disimilitud de los actores, procesos y procedimientos, lo que dificulta la integración de los mismos y la definición de un modelo de atención único para todo el país.

Lo anterior, no significa que se reduzcan los esfuerzos por mejorar las condiciones de salud de las familias, o que se esté reconociendo incapacidad para lograr mejores estándares de vida; más bien, corresponde a comprender que los modelos internacionales deben ser guías orientadoras de la acción local, la cual deberá contextualizarse acorde con los factores intrínsecos y extrínsecos al Sistema de Salud, que determinan su alcance en el ámbito particular del Valle de Aburrá y cada uno de los municipios allí asentados, como son: las situaciones prioritarias, la concepción de salud – enfermedad, los recursos disponibles, el tiempo y los factores administrativos, el grado y nivel de participación de los actores, entre otros.

Este argumento, que se torna como un reto, es la base sobre la cual se propone un modelo posible, basado en los aspectos mínimos de acuerdo encontrados, que se convierten en la línea de partida para avanzar en un modelo de APS en el Valle de Aburrá y que orientan la gestión de la salud.

2.2. Legitimación Institucional de la APS. Un reto de política pública

Un avance significativo en el desarrollo de la APS, es la legitimidad que ha tenido en los gobernantes; considerando que los entes territoriales que conforman el Valle de Aburrá, han creído y hecho una apuesta política, administrativa y técnica, para desarrollar la estrategia e ir cualificándola a medida que transcurre la experiencia; lo que ha facilitado la disposición de recursos y la integración de equipos de trabajo, dedicados en exclusividad a su realización, derivando como resultado fundamental, el incremento en la cobertura que se ha dado paulatinamente. Incluso se registra en algunos de los modelos de implementación de la APS, que la voluntad política se presenta como un fundamento o un condicionante para su desarrollo.

Esta voluntad constituye un logro importante para alcanzar los propósitos de la APS en la población del Valle de Aburrá. No obstante, y en aras de seguir fortaleciendo su existencia, es necesario plantear como un reto, pasar de la voluntad política a la disposición institucional, es decir, que la APS se inserte de manera permanente a la agenda pública de salud de la subregión. De esta forma, dicha voluntad política es parte de la legitimación de la estrategia, en complemento con la disposición normativa como garante de su existencia, y asegura, además de recursos, la posibilidad de ir estandarizando gradualmente sus procedimientos, pudiendo seguir con la cualificación necesaria de instrumentos y resultados, lo que la consolidaría, estructuralmente, en los territorios.

En el reconocimiento de la experiencia se registraron avances en esta materia, teniendo en algunos territorios acuerdos municipales y en otros decretos de gobierno, lo que ya es la base para avanzar en este reto en todas las municipales, de cara a lograr una institucionalización total en el Valle de Aburrá. Llevar la APS a nivel de política pública, parte del principio de

reconocerla como un medio que permite mejorar estructuralmente las condiciones de vida de las personas en diferentes aspectos, pasando por situaciones relacionadas con la enfermedad física, hasta el involucramiento de aquellas relacionadas con la relación familiar y social, es decir, una posibilidad de abordar la salud desde los determinantes sociales.

Una política pública no solamente constituye un acto administrativo, implica la inclusión de la APS en la agenda pública de salud y otros sectores, entendiéndose esto en cómo los asuntos que conciernen al gobierno, a la sociedad civil y al mercado, son prioritarios para lograr mantener la cohesión social y promover el desarrollo de la población. En el caso específico la APS, ésta se orienta a contribuir con la dignificación de la vida y el mejoramiento de las relaciones sociales, a partir de la instalación de prácticas saludables en individuos consigo mismos y con sus entornos sociales y físicos.

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

2.3. Hacia un fortalecimiento de la Resolutividad (Integración e integralidad en la atención en salud)

Como se ha manifestado en el proceso de sistematización, los municipios han centrado en mayor medida el trabajo en APS, en lo que en el modelo de aseguramiento en salud, se conoce como: *demanda inducida*; es decir, convencer a los usuarios al consumo de servicios de salud, especialmente en lo referente a servicios de Prevención Primaria y Protección de la salud, convirtiéndose esto en una de las metas clave que tiene el primer nivel de atención de salud. Se asocia esta demanda de servicios, a la resolutividad de los problemas de salud, como si lo que bastara para solucionarlos, fuera que las personas asistan a los servicios, asunto que se traslada a los retos que tiene la estrategia de Atención Primaria para el caso del Valle de Aburrá. Esto significa, que la aplicación de la estrategia, se concentra más en la demanda inducida; pasando luego a acciones de promoción y prevención, sin continuidad con la asistencia o recuperación y la rehabilitación, imposibilitando la solución de muchos eventos en salud, que es posible resolverlos in situ.

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

2.4. Participación ciudadana, estrategia de efectividad y sostenibilidad para la APS

En directa relación con el reto anterior, se encuentra el fortalecimiento de la participación ciudadana, como un elemento trazador en la concepción, ejecución, evaluación y sostenibilidad de la estrategia, para generar compromiso, pertenencia, adherencia y movilización de la población en los asuntos que afectan su condición de vida y que en muchos casos, son valorados como externos a ella. Es decir, consideran que la garantía de mejores condiciones de vida, está dada tanto por la acción de Estado, como del mercado, subvalorando las condiciones biológicas y socioculturales propias, como: recursos generadores de mejor salud, conllevando en muchas ocasiones, a un alejamiento de las instituciones, en la medida que estas solas no le dan respuesta a sus necesidades.

En la experiencia del Valle de Aburrá, se registra que hay un abordaje de la participación ciudadana, aunque no se da de la misma forma y nivel. En unos casos, se contempla como un eje misional, en otros, se presenta desde un eje operativo, es decir, como un actor para la acción, pero la intencionalidad no deja de ser meramente instrumental.

Aquí ya habría un reto por abordar en esta temática, y es concretar el papel que juega la participación ciudadana en el desarrollo de la APS, tanto en la formulación, evaluación y ejecución. Un punto de partida fundamental, es que hay una claridad en todos los territorios, frente a la importancia que ocupa este aspecto para el desarrollo de la estrategia en las poblaciones intervenidas. De igual forma, se encuentra que en algunas experiencias, se ha logrado consolidar significativamente la participación, de tal forma que se han generado relaciones que han servido de vehículo entre los equipos de APS y las comunidades, para definir poblaciones de atención, temas prioritarios, entre otros aspectos; logrando de igual forma, la creación de estrategias para mejorar dichos vínculos, como son: estructuras organizativas dispuestas directamente para la relación con la comunidad y su vinculación a procesos de participación de las municipalidades.

No obstante lo anterior, la participación comunitaria es aún un aspecto por fortalecer en la mayoría de las experiencias, procurando llevarla a un nivel estratégico - táctico, superando lo operativo que ha venido representando. Es decir, ha permitido desarrollar acciones puntuales frente a temas específicos, sin que ello represente un hito central en la gestión de la APS en los territorios, respecto al empoderamiento y agenciamiento comunitario en un nivel político.

Un punto de partida para lograr este fortalecimiento, son las experiencias que han logrado consolidar la participación como un eje central para la ejecución de la estrategia, puesto que el nivel actual que presentan, ha sido producto de la experiencia y la construcción conjunta con la información generada desde la misma comunidad; presentando como resultados, la apropiación de la APS por parte de ésta, lo que se torna como la plataforma necesaria para llegar a una política pública de manera efectiva y eficiente.

Por el contrario, lograr la institucionalización de la APS, entendida como la inserción de la APS, de manera permanente a la agenda pública de salud de la subregión, sin que medie un nivel

significativo de participación ciudadana, expresada en el empoderamiento y agenciamiento de la comunidad en un nivel político (es decir, no individual), puede resultar poco exitoso, toda vez que no habría el grado de corresponsabilidad que procure la exigencia de la operacionalización de la política, de tal forma, que su implementación no sea un asunto meramente de voluntad administrativa.

Además de esta relación directa con la institucionalización de la APS, la participación ciudadana representa una estrategia de empoderamiento de los procesos desarrollados por los equipos en cada territorio, teniendo en algunas experiencias, evidencia de su contribución a la apropiación de la estrategia, lo cual influye en gran medida en el nivel de impacto, toda vez que el reconocimiento y la apropiación, se basan en la conciencia que logran los actores de la importancia de transformar los comportamientos propios y de otros, lo que redundará en una continuidad que no sólo queda garantizada por la existencia de un equipo operativo, sino por los liderazgos que se asumen al interior de la comunidad. Además de esto, la participación permite a la población acceder a información de manera más eficiente, lo que permite mayor efectividad en el reconocimiento de situaciones desfavorables a las condiciones de vida y particularmente, de salud.

2.5. Fortalecimiento de los Criterios para la Priorización

Un hallazgo de relevancia encontrado en el desarrollo de la estrategia APS en los municipios, se relaciona con los criterios de selección de los beneficiarios, los cuales no son suficientemente claros para definir la intervención en el territorio, tanto rural como urbano. Se asocia la accesibilidad como una condición fundante, es decir, sobre la cual se considera (focaliza) la población que será atendida, teniendo en cada municipio consideraciones diferentes al respecto, y que en algunos casos, varían de un período de gobierno a otro.

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

2.6. Relación o Integración (Red Natural en salud) Alcaldía – EPS - ESE. Clave de la APS

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

Esta relación debe estar fundada, tanto en el ámbito administrativo como en lo misional y estratégico de la APS, además de posibilitar un desarrollo técnico-operativo efectivo sobre la base de una plataforma política-normativa suficiente. En otras palabras, que no se base sólo en la voluntad política, para garantizar la continuidad del proceso de implementación de la estrategia. Por esta razón, fortalecer de manera continua esta relación, especialmente en los casos donde aún se presenta débil, es un reto que debe ser abordado en las vigencias futuras desde los diferentes elementos que integran la estrategia APS.

Este fortalecimiento puede empezar a gestarse a través de la concertación del desarrollo de la APS, lo que implica que no se quede sólo en las directrices que se generan desde la Secretaría o las EPS-S, a través de una relación contractual, sino que puedan abordarse aspectos misionales, metodológicos y técnicos de manera conjunta, que haga a la ESE partícipe directa del proceso, más allá de cumplir con el papel de operador, en los casos que así se da y en este sentido, poder lograr una buena práctica de atención universal.

2.7. Continuidad en los procesos

Si bien un hallazgo significativo en los municipios es que en algunos de ellos los equipos operadores de la APS se han mantenido durante varias vigencias; lo que ha garantizado su reconocimiento por las comunidades intervenidas, también se tiene que la estrategia no ha logrado desarrollarse con la misma continuidad en el tiempo, presentando períodos de suspensión significativos, que han impedido que la atención y el acompañamiento permanezcan en constante ejecución.

Por lo anterior, lograr esta continuidad es un importante reto para el desarrollo de la APS en el futuro inmediato y de mediano plazo, lo cual requiere de la voluntad política, acompañada de la normalización de los instrumentos administrativos que le den viabilidad financiera y técnica a la estrategia, evitando cortes temporales en su ejecución, que comprometen la efectividad del proceso de acompañamiento y atención de familias.

Adicionalmente, porque la APS más que pensarse en estrategia, ha sido interpretada como un programa y proyecto, lo que impide lograr el impacto que se desea, reduciéndolo a un grupo de personas o a un equipo; la APS debe estar atravesada por todos los actores y profesionales del sector y no sólo realizar actividades de promoción y prevención, como se mencionó anteriormente.

Complementariamente, es importante consolidar los equipos de trabajo, de tal forma que no se presente una alta rotación, lo cual impacta el desarrollo del proceso y la relación con los beneficiarios e incrementa su debilitamiento en razón de que se pierde la continuidad en los procedimientos de acompañamiento y atención, y muy especialmente, el reconocimiento y confianza de las familias, aspectos fundamentales en la efectividad de la APS; como se ha logrado evidenciar en la sistematización de las diez experiencias abordadas.

2.8. Documentación, intercambio y reconocimiento de experiencias exitosas

Hoy para el Valle de Aburrá, se reconoce un avance significativo en la consolidación del proceso de implementación de la APS en los diferentes territorios que la integran, presentando hallazgos significativos que han permitido el fortalecimiento de escenarios de intervención individual, familiar y en algunos casos comunitarios y empresariales. Esto le da una gran oportunidad para seguir construyendo acciones de mejoramiento continuo de la intervención en los diferentes públicos, orientándose a incrementar el impacto de la APS en la población.

En el desarrollo de la experiencia, se presentan un sinnúmero de aciertos, así como una variedad de desaciertos, acompañados por aspectos muy fuertes en la intervención y otros que apenas logran estabilizarse, en un nivel de consolidación aún insuficiente. No obstante lo anterior, allanar caminos separados hace que el aprendizaje sea más lento, el nivel de autocrítica menos eficaz y la priorización tenga mayor nivel de sesgo con base a la experiencia directa, generando efectos que pueden ser adversos a la cualificación y el mejoramiento continuo, como son: el sobredimensionamiento, el ocultamiento involuntario, la calificación intuitiva, etc., condenando a los equipos de trabajo a actuar sobre proposiciones a posteriori, sin la posibilidad de evitar errores, e incluso mejorar acciones, aun sin que estas hayan ocurrido directamente en la población focalizada, sino más bien como aprendizaje externo.

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

Este intercambio de experiencias no se trata sólo de un reconocimiento de aspectos de éxito y fracaso, sino del reconocimiento de las condiciones específicas de operación de la APS, de cara a la vinculación a espacios colectivos de construcción, mediante la retroalimentación constante.

Dicho de otro modo, se trata de contar experiencias, lo que le permite a cada equipo de trabajo, identificar lo que debe mejorarse, lo que tiene que mantenerse y lo que puede modificarse, tomando de los otros lo que puede servir para mejorar sus procesos, trazando planes de mejoramiento en aquellos asuntos de mayor prioridad, en razón que generan un mayor impacto en lo misional y lo operativo del proceso en sus diferentes fases; permitiendo además, aperturas en la construcción conjunta sobre casos específicos o sobre plataformas subregionales, compartidas para el abordaje, seguimiento y evaluación de las acciones realizadas.

Es el reconocimiento de cada una de las acciones implementadas, en sus características misionales y operativas, lo que permite avanzar a un escenario de colaboración mutua, basada en principio de solidaridad, superando la fragmentación y competencias territorializadas, con

efectos inter e intra-municipales, e incluso, una posibilidad de legitimación. Este proceso de intercambio y reconocimiento, requiere de metodologías claras para lograr interacciones sobre la base de la información disponible, que comprometa los actores políticos y operantes del proceso, de tal forma, que se encuentre en dicho escenario la posibilidad de lograr un crecimiento colectivo, porque de lo contrario, se transformará en una tarea puntual, que implica la asistencia de los integrantes de los diferentes equipos de trabajo, pero no logrará transformaciones significativas y la construcción de redes de colaboración e intercambio de información permanente.

Como resultado del proceso desarrollado, es importante destacar experiencias exitosas que han logrado dinamizar los procesos desarrollados por la APS, y que pueden ser un buen punto de partida para avanzar en este reto de intercambio, sin establecer que sean las únicas sobre las que pueda trabajarse.

Municipio de Bello: Rendición de cuentas con la comunidad

Como ya se ha establecido, la participación social es un aspecto fundamental en el desarrollo de la APS, donde se han logrado importantes avances en unas experiencias y se registran debilidades significativas en otras; no obstante este aspecto, está presente para todas ellas. Dentro de las experiencias que han logrado avanzar en propuestas para fortalecer la relación con las comunidades intervenidas, se encuentra la realización de un proceso de rendición de cuentas con la comunidad, que no corresponde a una rendición administrativa o política, sino, a un encuentro con la comunidad, para reconocer los avances que ha tenido el proceso, haciéndola protagonista del mismo, lo cual redundará en el reconocimiento que ésta genera sobre el programa, así como el empoderamiento frente al mismo.

Municipio de Envigado: Centro de Escucha

En la misma línea del fortalecimiento de la participación social, se encuentra la iniciativa del centro de escucha, que se torna en una acción de acercamiento a la comunidad, a través de la cual se crea un escenario específico para crear y mantener un vínculo directo entre la Secretaría de Salud y la Comunidad, lo que ha permitido avanzar en el reconocimiento de la APS, y muy especialmente, en la identificación con la comunidad misma de los aspectos más importantes para ser intervenidos en la operación de la estrategia. Este espacio se torna en una estrategia de retroalimentación constante y en una herramienta de acercamiento y confianza clave, para garantizar una participación social eficiente e idónea

Municipio de Sabaneta: Sistema para la Gestión de la información de APS

La gestión de la información en todo su proceso de diseño, captura, administración y tabulación, ha sido una de las preocupaciones constantes del municipio, dado que los avances son significativos, llegando en la actualidad a contar con un sistema fundamentado en dispositivos electrónicos de captura de datos y aplicativos de administración, que permiten consolidar la

información de las familias en plataformas web; identificando cada caso lo que posibilita un seguimiento integral a los procesos desatados con todos sus integrantes, a través de acuerdos, incluso, aunque versen sobre la atención en salud, siendo que esto no corresponde directamente a la estrategia. Esta identificación se apoya en herramientas de georreferenciación, lo que permite no sólo disponer de información, sino poder administrarlas espacialmente.

Municipio de Itagüí: Apuesta por la Salud Mental

Uno de los elementos importantes de la estrategia, es todo lo relacionado a la Salud Mental, allí el municipio concentra sus mayores esfuerzos, desarrollándolos a través de la promoción y la prevención en los entornos: familiar, escolar, laboral y comunitario. La promoción y prevención, elementos prioritarios para la puesta en marcha de la estrategia; se basan en los lineamientos que ha brindado la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de la Gobernación de Antioquia; donde se concentra la mirada, en ámbitos territoriales con alto grado de vulnerabilidad.

Este ejercicio se da más por auto-provocación, siendo la secretaria de Salud y Protección Social, la que define ejecutar una investigación sobre el estado actual de la población de Itagüí, en el tema de salud mental; este ejercicio es realizado por la Universidad CES, quienes encuentran un número de patologías importantes, para que el municipio indague por ellas; es así que se realiza adicionalmente al cuestionario de la Secretaría Seccional, unas preguntas sobre la Salud Mental.

Municipio de Medellín: 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 reconocen sus procesos, hábitos, culturas, prácticas y discursos; además, son intervenidos por personal capacitado en esta especificidad.

Municipio de Copacabana: Clasificación de las familias por el nivel de riesgo

Este municipio ha focalizado su accionar en la disminución del riesgo en las familias, en busca del máximo nivel de salud posible. Para lo que ha centrado la aplicación de la estrategia, en la gestión del riesgo, mediante la clasificación de las familias (familias saludables, bajo riesgo, riesgo moderado, riesgo alto, muy alto riesgo); dando prioridad a aquellas familias que se encuentran en alto o muy alto riesgo (sin descuidar a los otros niveles de riesgo). La visión de la forma de atención de la estrategia APS, no hace parte de la visión del modelo propuesto, es el énfasis en los temas de riesgo biopsicosocial, a los que están expuestas las familias, quienes se toman como referencia para los determinantes sociales de la salud.

2.9. Articular la gestión de salud de los municipios a la red de hospitales

Se puede afirmar que todos los municipios del Valle de Aburrá, desarrollan en algún grado, acciones, las cuales procuran un acercamiento de la salud a la población más vulnerable o distante por diversas razones; acciones que gestionan algún grado de resolutivez a situaciones de enfermedad; con lo cual se evidencia una comprensión de la salud, como una condición que integra al individuo a su entorno específico, a través de comportamientos favorables a la salud; así como una integración a las instituciones mediante la aplicación de procedimientos médicos, de tal forma que en su sinergia se conducen las transformaciones significativas en los patrones de comportamiento que mejoran la calidad de vida de la población.

Al respecto, se observa que en la experiencia del Valle de Aburrá, los equipos de APS logran avances significativos en el acercamiento de la población a los servicios de salud institucionales y en algunos casos llega hasta hacer un seguimiento al cumplimiento de los procedimientos médicos necesarios para superar la enfermedad.

En este esfuerzo de acercamiento a los servicios de salud, se evidencia la condición de vincular a la población con las instituciones de salud de la municipalidad, siendo una situación que podría trasladarse a HospiRed, que es la Corporación Red Prestadora de Servicios de Salud del Valle de Aburrá, y que tiene por objeto la prestación integral de servicios de salud; comprendida desde la atención, actividades, procedimientos e intervenciones, en salud pública colectiva e individual, promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación; así como y dentro del área de la salud, la gestión en: docencia, tecnología, innovación e investigación, operación logística, *outsourcing*, apoyo administrativo, asesoría, consultoría, interventoría, soporte, gerencia y administración delegada y asistencia técnica; en todo caso, todas las gestiones, actividades y operaciones que contribuyan a mejorar los niveles de eficiencia de los corporados, por medio del desarrollo de políticas, programas, operaciones, actividades, servicios y proyectos de utilidad común entre ellos, que la ley permita y que ésta no prohíba.

(ACTA DE CONSTITUCIÓN, 2013: 3).

Una estrategia de integración de servicios de salud, creada por las ESE del Área Metropolitana, en razón a que la experiencia de la ejecución de la APS proyectada al interior de la Corporación HospiRed, le daría mayor amplitud y alcance a ambas estrategias, para mantener una intervención local, asociada con una integración subregional, al ser intencionada desde el Valle de Aburrá.

Es decir, al materializar la estrategia en poblaciones priorizadas en cada territorio, los equipos básicos de salud pueden articularse con equipos e instituciones de prestación de servicios de otros municipios, que le sirvan de complemento ante los eventos de salud encontrados, manteniendo una intervención localizada, pero fundamentada en recursos propios y externos; lo que además de fortalecer la acción particular, potencia el impacto que se puede generar al ampliar las opciones de resolutivez no cubiertas, o no cubiertas suficientemente en la localidad.

Esta forma de integración, sumada a los aspectos anteriormente trabajados, permite consolidar una plataforma para el Valle de Aburrá; dándole mayor oportunidad a la cualificación de la estrategia, al poder contar con conocimientos de diferentes experiencias; además, de posibilitar una mayor efectividad y eficiencia en el aprovechamiento de los diferentes tipos de recursos existentes, que se movilizan para dar cumplimiento a los propósitos de la APS.

Es importante anotar que la Corporación HospiRed, es una plataforma relacional, ya existente y en ejecución; de donde puede inferirse, que el esfuerzo de articulación entre la experiencia APS y la red, se trata de integrar más lo que ya se viene haciendo, con un nivel de consolidación significativo en ambas experiencias; pudiéndose observar, a partir de la evidencia, que esta articulación es aún un aspecto por desarrollar, toda vez que no hay una interacción intencionada y de la importancia que puede tener, para seguir cualificando la experiencia de la APS.

Este reto de integración, pasa además por todos los anteriores retos, en el entendido de que no se está indicando que para cada acción o evento en salud, debe lograrse un escenario diferenciado, sino uno en el cual sea posible apuntar en dirección de avanzar en cada uno de ellos, pues todos muestran ser necesarios e igualmente aportantes, de acuerdo a la información obtenida en el proceso de sistematización. De esto se deriva, que es necesario el desarrollo de acciones integradas y niveles de integración.

De esta forma, la articulación de ambas experiencias mejora y amplía sus acciones y resolutivez, incrementando el impacto de la APS, pero a su vez, el de HospiRed; además de crear las condiciones para lograr avanzar en la homologación de los modelos APS, integrando otras condiciones que de allí se derivan, como el efecto sinérgico, lo cual conduce necesariamente, a integrar también el aspecto de la medición y la evaluación.

2.10. Homologación de modelos en ejecución

El diseño de la intervención de APS en los diez municipios del Valle de Aburrá, se ha orientado desde las disposiciones contenidas en los documentos emitidos a nivel internacional, nacional y local; generando propuestas alineadas con los propósitos allí definidos, lo que ha permitido que el avance en su ejecución se haya ido consolidando en comprensión de unas mismas líneas misionales, desde donde se han interpretado elementos conceptuales, metodológicos y técnicos, que se han instalado en los equipos operativos, a través de diversos procesos de formación y retroalimentación, desarrollado por cada unidad territorial.

Este criterio de seguir lo dispuesto en las orientaciones institucionales existentes, cruza desde lo misional hasta lo operativo, lo que puede considerarse una acción que procura un alto grado de institucionalización del proceso de implementación y apropiación de la APS, como estrategia de intervención en salud; que de lograrse, es una garantía para el reconocimiento y la comparabilidad de la estrategia, con experiencias dentro del país y con otros países.

No obstante lo anterior, el proceso de interpretación local de dichas disposiciones en cada territorio, para definir las estructuras misionales y operativas de la APS, ha conducido a

la definición de contenidos particularizados, esto es, no compartidos entre los territorios y además, no ajustados en muchos casos a los referentes conceptuales de la APS. Esta situación se manifiesta en la ejecución con elementos coincidentes y no coincidentes, de donde puede claramente concluirse, que aquellos coincidentes, son producto de un efecto de aleatoriedad, dado que no han sido conciliados a través de acuerdos explícitos.

Así por ejemplo, se encuentran los aspectos referentes a lo misional de la APS, contenido en la dimensión de: Propósito y Desarrollo, que en unos casos, registran una orientación hacia la promoción y la prevención, como enfoque de trabajo; mientras que en otros, este es un aspecto operativo, relacionado con los objetivos de mejoramiento de la salud. Además, se encontró en el análisis de esta dimensión, que varios de los enfoques registrados de la experiencia en el Valle de Aburrá, no están contemplados en los documentos de las autoridades internacionales, nacionales y locales; sino, que obedecen más a lo construido desde la experiencia local.

Así mismo, referente a la dimensión: Principios y Bases de la APS, se encuentran aspectos que obedecen más a elementos inmediatos, diferenciándose significativamente, de lo establecido por las orientaciones de las autoridades en la materia; se reconocen como misionales elementos locales, que obedecen a las condiciones propias de cada territorio, siendo ello un elemento de diferenciación significativa.

De manera complementaria, en la dimensión: Desarrollo, los criterios de objetivos y estrategias, relacionadas en las metas que se trazan los territorios del Valle de Aburrá, procuran en unos casos, la reducción de los índices de morbimortalidad; en otros, un incremento en las prácticas de autocuidado, y en otros, la ampliación de la cobertura de población que se acerca a los servicios de salud; teniendo de igual forma, elementos similares en lo referido al acercamiento de la salud.

En cuanto a la dimensión de: Gestión, que se refiere a lo operativo, se registra una mayor transversalidad en las consideraciones metodológicas implementadas para cumplir con los objetivos y estrategias definidas en cada experiencia; además de corresponder en su mayoría, con lo dispuesto en los documentos oficiales, especialmente lo relacionado con la ruta metodológica y acciones transversales, como es la gestión de la información.

Es importante decir que es necesario avanzar en la consolidación concertada de guías y normas, que permitan contar con unos mínimos frente a la operacionalización de la APS en los diez municipios, presentando estándares que permitan evaluar el modelo.

Finalmente, frente a la dimensión: Actores, se encuentra que transversalmente el individuo y la familia, son centrales en la intervención desarrollada en el Valle de Aburrá, presentando diferencias respecto a la cobertura de actores de otros ámbitos, como son lo comunitario y especialmente del ámbito laboral.

Ahora bien, frente a estos aspectos de similitud y diferencia, en las experiencias de implementación de APS, específicamente en los segundos; es necesario considerar los efectos

de presentarse una orientación misional y operativa diferenciada, mencionando entre muchos efectos posibles, principalmente los siguientes:

Desaprovechamiento de las posibilidades de gestión colectiva

Dadas las orientaciones diferenciadas como producto de identificación de necesidades distintas en esencia y en contenidos: por razón de existir orientaciones diferenciadas, se condicionan las acciones a partir de consideraciones metodológicas y técnicas distintas, se dificulta la construcción de acciones fundadas en la gestión colectiva que puedan potenciar recursos, especialmente de conocimiento, y redunden en el fortalecimiento de la intervención en cada territorio. De esta forma, las dificultades que puedan encontrarse en un municipio, pueden ser superadas con el recurso humano de otro. En gran parte, esta dificultad para desarrollar una gestión colectiva, hace que ésta se vaya limitando a la experiencia que se va logrando con los aprendizajes dados en cada caso particular, lo que puede asumir mayor costos de transacción, es decir, costos asociados al proceso de aprendizaje, al no reconocer las experiencias de otros, que ya pudieron haber pasado por la misma situación.

Baja posibilidad de lograr mediciones de resultados, efectos e impactos

Medir es una de las acciones centrales en este tipo de procesos, en razón que muestra si se está logrando lo deseado y que ha sido propuesto a través de:

- a) Objetivos que definen alcances o metas.
- b) Estrategias que establecen las mejores rutas para alcanzar los objetivos.
- c) Acciones que concretan las estrategias operativamente.

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

Gestión de recursos con mayor alcance

Los dos aspectos anteriores son requisitos para lograr proyectar acciones de mayor alcance, lo cual traza los mapas estratégicos para evidenciar situaciones más estructurales en el Valle de Aburrá; lo que sirve de plataforma para construir propuestas de acción, que procuren

potenciar los recursos que se disponen, y lograr consolidar la subregión como una aliada estratégica para la captación de recursos externos, en razón no sólo de presentar una mayor cobertura, sino de poder visualizar acciones de mayor impacto.

Por este argumento, si para la construcción de propuestas de acción colectiva para el desarrollo de la APS y su correspondiente medición, se presentan limitantes significativos, se dará en igual proporción una limitación en la posibilidad de crear escenarios de gestión de recursos externos, como son el Gobierno y la Cooperación Internacional.

Creación de estrategias transversales en el Valle de Aburrá

La diferenciación, especialmente misional, limita la comparabilidad en las acciones que dinamizan los procesos a través de los que se ejecuta la APS, lo que a su vez, redundando en escenarios fragmentados para el análisis de situaciones prácticas, limitando la existencia de espacios que pudieran conducir a la articulación de conocimientos y experiencias en pro de objetivos comunes. Por el contrario, al crearse estrategias transversales, nutridas de experiencias múltiples, dados los diferentes contextos poblacionales, pueden aprovecharse más estratégicamente para visualizar métodos replicables para resolver situaciones problemáticas comunes y mejorar la gestión de procesos, bajo criterios de efectividad y eficiencia.

Utilización de los recursos disponibles en el Valle de Aburrá y fuera de este, a través de la integración interinstitucional

Orientar las acciones misionalmente diferenciadas, pierde de vista la contemplación de los recursos del Valle de Aburrá, dado que cada territorio actúa con base a lo disponible allí mismo, cayendo en el escenario de no valorar, suficientemente, las oportunidades de resolución que se tienen en los demás territorios de la subregión, limitando su ámbito de acción a lo meramente inmediato; lo que redundando en acciones territorializadas, que ponen cerco a las posibilidades reales, si se contempla una visión integrada de subregión.

Por lo anterior, un primer hallazgo del ejercicio de sistematización realizado en clave del Valle de Aburrá, conduce a mirar la homologación de los modelos de cada territorio, en una perspectiva de mayor alcance, que continúe teniendo como referente los contenidos misionales y operativos contemplados en los documentos oficiales de agencias internacionales, nacionales y locales; de tal forma, que pueda avanzarse en la constitución de escenarios que procuren superar las limitaciones registradas de manera directa, impactando a su vez, otras indirectamente no contempladas, avanzando de esta manera, en la consolidación de la APS en esta subregión del departamento, como una apuesta por el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, mediante el acercamiento de la salud y la consolidación de comportamientos favorables a ella.

2.11. Homologación de los sistemas de información

- La gestión de la información es una de las acciones transversales que son base en la ejecución de APS en el Valle de Aburrá, en razón de que la generación, administración y análisis de datos sobre los beneficiarios, tanto a nivel individual como familiar, constituyen un fundamento para la cualificación de los modelos de intervención, así como para la orientación general de los procesos implementados.
- Este es uno de los aspectos en los que más se ha logrado avanzar, teniendo actualmente herramientas digitales que facilitan la captura y disposición de la información para desarrollar procesos de tabulación ágiles y efectivos, logrando disponer de información de manera oportuna. Aunque es clara y manifiesta su importancia por parte de los equipos APS, es uno de los componentes operativos de mayor diferencia entre los territorios, haciendo que al mirar en el marco del Valle de Aburrá, se tenga en suma un sistema de información que se mueve entre la gestión manual mecánica de información, que utiliza bases de datos básicas para la captura y tabulación de la información; hasta herramientas digitales que, con uso de plataformas *web*, logran capturar y sincronizar en tiempo real, bases de datos que permiten gestionar la información de manera dirigida, según los intereses institucionales, posibilitando disponer de información en tiempo muy ágil.
- Así mismo, se tiene diferencia en la función de la información gestionada, desde un uso totalmente interno del equipo APS, hasta la posibilidad de dotar de información a diferentes dependencias de Gobierno; incluso permitiendo hacer un seguimiento individual, que va más allá de la promoción y la prevención, pasando por la resolutivez, llegando incluso hasta reconocer las transformaciones en los patrones comportamentales de individuos y familias.
- Además de los dispositivos de captura y administración de datos, también se tiene una diferencia en los instrumentos diseñados para la recolección de datos, en los cuales aunque hay una gran proporción de similitud, algunos de los contenidos son intencionados a partir de las necesidades específicas de cada territorio, lo cual ha generado algunos matices diferenciadores en los sistemas de información; hecho que acompañado del anterior, hace que la información no sea un cien por ciento comparable y por tanto, administrable de manera transversal para el Valle de Aburrá.
- Lograr una gestión de información de manera compartida en el Valle de Aburrá, no sólo aportaría a la consolidación de un modelo basado en un tronco común desde lo misional hasta lo operativo, que aportaría a una acción colaborativa de mayor envergadura; sino que además, contribuiría con aspectos centrales. Veamos algunos:
- Fortalecimiento de la gestión de la información en cada territorio; particularmente de aquellos que presentan aún debilidades en la disposición de herramientas, para lograr información veraz y oportuna

- Reducción de costos; dado que el soporte de un sistema basado en tecnologías *web*, puede presentarse mucho más costosa de manera individual, porque requiere desarrollos específicos; en cambio, si es asumida de manera colectiva, un solo desarrollo, puede ser aprovechado por diferentes actores y territorios.
- Plataforma para la construcción y gestión de acciones articuladas; teniendo al proceso de gestión de la información, como la base para evidenciar las situaciones que son transversales a los territorios, y sobre las cuales pueden versar dichas acciones para lograr un mayor impacto en la implementación de APS; así mismo, para verificar los aspectos diferenciadores que exigen de un tratamiento valorado, a la medida de la necesidad específica, de cara a lograr transformaciones deseadas en un nivel más delimitado.

2.12. Homologación de las fichas de caracterización familiar y de vivienda en componentes complementarios

La gestión de la información para el Valle de Aburrá, se presenta a partir de diferentes instrumentos de levantamiento de información, que procuran la generación de “líneas base”, para lograr hacer un seguimiento efectivo a los procesos desarrollados, en acompañamiento e intervención de individuos y grupos familiares en diferentes escenarios; teniendo que estos instrumentos, se han ido cualificando a través del tiempo en que se ha dado la experiencia, mediante la identificación de debilidades y condiciones específicas de la población; así como de las necesidades de información, respecto al incremento en la agilidad de su gestión y la veracidad para la toma de decisiones.

La ficha de información familiar es el instrumento base para la gestión de la información, y el principal, en la generación de datos fundantes de los procesos y de las acciones de seguimiento y evaluación de los mismos. A través de este instrumento, se identifican los individuos y sus familias, así como las características de sus condiciones de vida; de donde se derivan análisis, que posibilitan direccionar estrategias y acciones, y mantener un monitoreo focalizado, dadas las atenciones por necesidades específicas.

Las fuentes sobre las cuales se ha basado el instrumento, son diferentes, teniendo un tronco común en las orientaciones dadas por la autoridad departamental, esto es, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia - SSSPS; y nutrido o complementado a partir de la interpretación de las necesidades de cada territorio específico, lo que ha redundado en la disposición de una proporción de información semejante y comparable, y otra proporción de información disímil, no comparable.

Esta condición en las fichas familiares genera una gran riqueza en datos, pero así mismo, una limitación en el procedimiento de su lectura para el Valle de Aburrá, al no poder ser comparados en su totalidad en una misma base de datos, que dé cuenta de las condiciones generales de la población focalizada y abordada; de donde pudieran establecerse, con la

misma función, líneas de base y lograrse lectura de datos conducentes a la identificación de escenarios, que posibiliten la construcción de estrategias de subregión, superando los límites territoriales inscritos a las municipalidades.

Tener un sistema de información compartido, en lo referente, específicamente, a las fichas de caracterización familiar en sus componentes complementarios, se convertiría en la plataforma necesaria para lograr la construcción de sistemas de seguimiento y evaluación más ampliados y colectivos, de cara a la gestión estratégica de los recursos disponibles en todo el territorio; así mismo, compartir un instrumento, puede conducir a mejorar los costos de transacción en la recolección de la información, por la razón expuesta en el apartado anterior, esto es, compartir un mismo soporte tecnológico, conduce a tener procedimientos estandarizados, que se nutran con las experiencias de los diez municipios que logren identificar posibilidades, limitaciones y riesgos compartidos, entre otros aspectos, agilizar los procesos de captura y tabulación de datos, promover análisis compartidos de situaciones específicas, etc.

Es importante anotar que lograr un mismo instrumento de caracterización familiar, no iría en detrimento de las necesidades específicas de información para cada territorio; implicaría más bien, construir un tronco común de manera consensuada, es decir, no accidental por seguimiento de directrices institucionales, dado que en la interpretación de la información requerida, pueden darse significaciones diferentes; así mismo, sería importante reconocer colectivamente aquellos aspectos particulares, que serían sumados al instrumento; además de esto, el consenso versaría muy especialmente, sobre los mecanismos de captura y tabulación de datos, en donde sí podrían tenerse acuerdos que impacten positivamente la gestión de la información, en todo el Valle de Aburrá.

2.13. Construcción y operacionalización de sistemas de seguimiento y evaluación

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

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

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

- Hacer mediciones trasversales en el Valle de Aburrá y particulares para cada municipio en los tres niveles: resultados (corto plazo), efectos (mediano plazo) e impacto (largo plazo).
- Reducir costos de gestión al contar con una plataforma colectiva para la gestión de indicadores únicos en el Valle de Aburrá.
- Realizar mediciones comparativas, que posibiliten fortalecer cada territorio y llegar a indicadores globales para el Valle de Aburrá, donde puedan reconocerse.
- Fortalecer el recurso humano en medición y evaluación, en razón de contar con instrumentos únicos que posibilitan la cualificación frente a la estructura de los datos, dado que se podrá hacer seguimiento y ajuste de estos, en múltiples situaciones, que permitirán establecer parámetros de medición global y particular.
- Fortalecimiento interno de los procesos territoriales en proceso de consolidación, con base a la experiencia lograda por los que se presentan más consolidados.
- Mejoramiento de los sistemas de medición de los procesos más consolidados, mediante la lectura de las debilidades y oportunidades de los procesos en consolidación.
- Avanzar en este importante y necesario reto, implica generar una actitud colaborativa, fundada en la capacidad de compartir los aciertos y develar los desaciertos, mediante escenarios de construcción conjunta y disposición de recursos para lograr una estructura de medición consensuada, que sea aplicable con independencia del nivel de consolidación del sistema de evaluación de cada territorio, conduciendo a la estructuración de un sistema de medición a nivel del Valle de Aburrá, que permita hacer lecturas por municipalidades e incluso, por sectores dentro de estas, contemplando índices multidimensionales, que logren dar cuenta de la transformación en las condiciones de vida de las poblaciones, así como, reconocer los avances operativos y de cobertura del proceso de implementación de la APS.

2.14. Ámbito educativo por fortalecer

El individuo y la familia son actores básicos en el desarrollo de la APS, así como en la valoración de los resultados que esta estrategia pueda lograr, en razón que es en ellos, en quien se deben observar los cambios asociados al mejoramiento de las condiciones favorables a la salud, mediante prácticas de autocuidado asociadas a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad; así como el cumplimiento de procedimientos de tratamiento de la enfermedad. El mejoramiento de dichas condiciones, está asociado a los comportamientos que asumen los individuos y sus familias, respecto a sus entornos específicos, siendo que la vivienda se

constituye en un entorno básico, seguido de la comunidad en la que se convive. Además de estos, es fundamental considerar la escuela, como escenario en el que se convive una gran parte del tiempo que no se está en la vivienda; por tanto, es determinante de las acciones que favorecen o no la salud de las personas.

En la experiencia registrada en conjunto, para el Valle de Aburrá se observa una fortaleza en el avance y consolidación de la ruta metodológica que aborda al individuo y la familia, en donde se han cualificado los procedimientos de acompañamiento y atención a las múltiples situaciones presentadas en cada población; así como los relacionados con el diseño, aplicación, tabulación y análisis de información asociada a la caracterización y el seguimiento, contando actualmente, con herramientas que han sido ajustadas en cada vigencia del proceso, lo que ha redundado en instrumentos consolidados que permiten obtener información cualitativa y cuantitativa en la mayoría de los casos.

Respecto al ámbito educativo, se observa que es aún un reto en el abordaje de la población allí vinculada, siendo que en las municipalidades que ya se ha hecho, se han dado avances significativos en la consolidación de procesos y estructuras, que han logrado intervenciones que son reconocidas por la población misma, incluso solicitadas por las instituciones educativas, dado que se valora como un aporte al mejoramiento de sus condiciones y la de los estudiantes. No obstante, al mirar desde el Valle de Aburrá, se evidencia que este ámbito presenta una baja cobertura en la experiencia de la APS, lo cual se da por diferentes razones, asociadas a disponibilidad de recursos, capacidad, decisión político-técnica, etc., sin que ello, indique que no se esté reconociendo la importancia que tiene este ámbito, en el desarrollo de la APS; por lo que justamente, se mantiene como un reto, razón por la que se hace manifiesto en este documento.

Avanzar en incluir este ámbito a los modelos actuales, puede encontrar un camino favorable en el reconocimiento de las limitaciones por las cuales no se han podido abordar, así como de la experiencia de los territorios que lo han hecho, de tal forma que puedan identificarse las estrategias más pertinentes y eficientes para lograr dar algunos pasos al frente en este sentido, siendo que ello puede darse de manera gradual; y así ir logrando un modelo de atención basado en los diferentes entornos en los que con mayor frecuencia interactúan las personas, y por tanto, en donde construyen los valores y orientaciones de sus comportamientos, teniendo en cuenta que el abordaje de la escuela, fortalece al individuo, la familia y la comunidad.

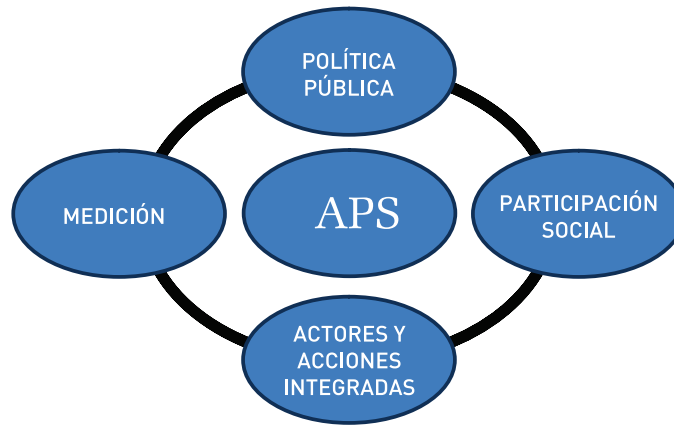
3. SUGERENCIAS PARA EL MODELO A PROPONER EN EL VALLE DE ABURRÁ

Al poner en contraste los dos apartados anteriores, se evidencia una serie de condiciones que permiten proyectar la propuesta de un modelo de APS para el Valle de Aburrá, que pueda viabilizarse, con base a los recursos y aspectos particulares de cada territorio, en el cual, puedan conducirse acciones que impacten las condiciones de salud, prioritarias para la transformación de las condiciones actuales de la población.

La base de esta propuesta está fundada en cuatro aspectos o elementos integrados, que se tornan en los pilares de la estrategia. Estos corresponden a:

1. Definición de la APS a través de política pública, que permita institucionalizar la voluntad de gobierno, posibilitando contar con un escenario político-administrativo que dé continuidad a la estrategia y la posición como eje orientador de la agenda pública en salud en todos los territorios.
2. Fortalecimiento de la participación social para lograr reconocimiento y apropiación de la comunidad sobre la estrategia, de tal forma que complemente la política pública desde los actores comprometidos directamente, viabilizando su ejecución y procurando su continuidad con la generación de dolientes diferentes a los equipos operativos. La participación social debe ser activa, para lo cual tendrá que lograr fortalecerse en la *formulación, ejecución y evaluación* de la estrategia APS, superando el modelo de una participación pasiva, sólo en el momento de ejecución de ésta, o como receptora de programas ya acabados.
3. La integración de actores y acciones para garantizar, en la medida de lo posible, la mayor capacidad resolutoria a los problemas de salud encontrados. Los actores provienen, tanto de la Interinstitucionalidad al interior del sector salud, (que permita la integridad de la atención en acciones de Promoción, Prevención, Asistencia/Recuperación y Rehabilitación); como de la integración de actores de la Intersectorialidad, que permite la inclusión de otras instancias públicas y privadas, que mejoran las condiciones de la población, a través del mejoramiento de los determinantes sociales de la salud. La integración de acciones evita la duplicidad, mejora la complementariedad y la integralidad de la atención en salud, al incluirse actores y acciones por fuera del sector salud.
4. La medición constante de los avances en diferentes niveles, como son los resultados, efectos e impactos, en el corto, mediano y largo plazo; evidenciando los logros de la puesta en marcha de las acciones en los territorios. La medición se torna en un componente de gran importancia, porque a partir de los datos y el conocimiento generados, es posible saber el acierto en las acciones implementadas, así como la necesidad de reforzarlas o modificarlas, para lograr los objetivos trazados en un periodo de tiempo determinado.

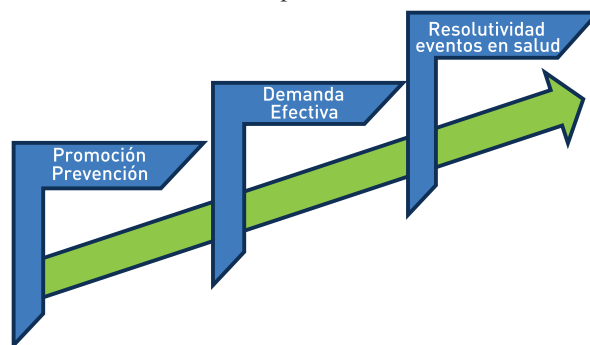
Figura 6
Soportes de la APS para el Valle de Aburrá



Fuente: elaboración propia

Sobre la base de estos pilares, la APS se orientaría a pasar de un modelo en el que se ha logrado avanzar significativamente, en materia de promoción y prevención y demanda inducida, para dar lugar a la *Resolutividad*, como eje misional en términos de integralidad e integración de la APS en el Valle de Aburrá, permitiendo desarrollar acciones de atención directas sobre las condiciones de salud de las familias, que pueden ser evidenciadas en los indicadores de salud de los territorios. Esta orientación, deberá permitir avanzar de un modelo fragmentado en los territorios del Valle de Aburrá, a un modelo integrado sobre la base de los mínimos posibles que puedan concertarse

Figura 7
Metas de la APS para el Valle de Aburrá

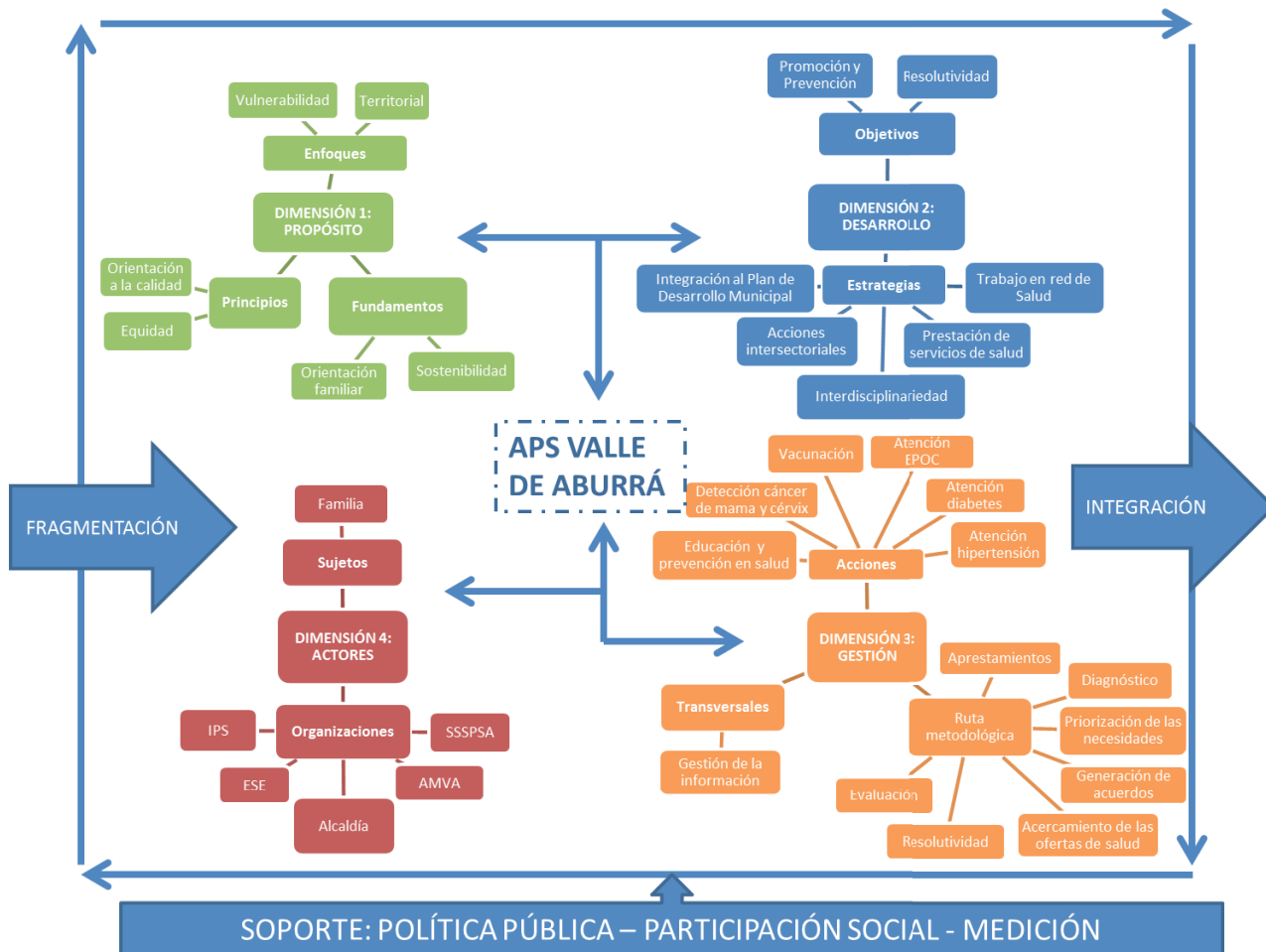


Fuente: elaboración propia

Sobre estos factores fundantes y haciendo uso de la metodología bajo la cual se sistematizaron las experiencias de los municipios del Valle de Aburrá, se proyecta el siguiente modelo propuesto para la subregión, integrando los aspectos básicos que viabilizan la propuesta, de acuerdo a las características de los diferentes territorios; siendo importante aclarar que

este modelo evidencia los aspectos mínimos que pueden cumplirse de manera concertada, pero que **no limita a que cada municipio desarrolle otros complementarios** que considere importantes para su población, de acuerdo a las condiciones específicas y la disponibilidad de recursos particulares con que se cuenta, para ampliar el espectro de posibilidades en la ejecución de la APS.

Figura 8
Modelo propuesto



Fuente: elaboración propia con base en OPS/OMS "Renovación de la atención primaria de salud en las Américas"

IPS: Institución prestadora de Salud

ESE: Empresa Social del Estado

AMVA: Área Metropolitana del Valle de Aburrá

SSSPSA: Secretaría 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

En un primer aspecto misional, contemplado sobre las bases de la política pública, la participación social, la integración de actores y acciones y la medición, se puede pasar de un modelo basado en la demanda inducida, a uno de *Resolutividad*.

La primera dimensión, denominada: “**Propósito**”, como ya se ha expuesto, tiene tres componentes: *Enfoque, Fundamentos y Principios*.

Con base a las experiencias abordadas, se proponen dos enfoques:

1. Enfoque de vulnerabilidad, a través del cual se orienten las acciones de la APS hacia la priorización de la atención de la población que más lo requiera, dadas sus condiciones de vida desfavorables en diferentes ámbitos, no solamente económico, que generan un mayor riesgo en materia de salud.
2. Enfoque Territorial, reconociendo las diferencias significativas entre lo rural y lo urbano, tanto en un nivel económico y de accesibilidad, como cultural y social; que hacen que la atención primaria en salud, se torne con diferentes alcances según el territorio. Ambos enfoques, se reconocen en APS, como la Unidad Espacio/Territorio – Población; por lo tanto, al trabajarse sobre esta unidad, significa que aunque existan modelos generales de atender los eventos de salud encontrados para el valle de Aburrá, cada unidad determinará su priorización. El tamaño de la Unidad Espacio/Territorio – Población, no es posible determinarlo en Km² o número de habitantes o densidad poblacional, otras condiciones como la identidad, cohesión social y capacidad de asociacionismo, que son las que se consideran esenciales para definir un territorio, se unirán a las dimensiones de tamaño (espacio y población).

Igualmente, se propone abordar la orientación Individuo – Familia – Comunidad (IFC), como núcleo de acción, esta triada es considerada esencial, ya que de las relaciones entre ellas mismas, es que se produce y reproduce la salud y la enfermedad, como sistemas abiertos.

Frente a los fundamentos como elemento estructural de la APS, se tiene que alcanzar un mayor nivel de calidad de vida en términos de salud, ello implica pensar la salud en una perspectiva de derecho, donde la solidaridad, la equidad y la sostenibilidad, son los elementos condicionantes de una mejor salud; a su vez, teniendo en esta última, la importancia de procurar alcanzar procesos ininterrumpidos, que limiten la efectividad de la estrategia en el territorio.

Finalmente, se tendría el componente de principios, en donde se propone orientarse a la equidad como valor que se alinea con los enfoques propuestos, y que permite comprender las acciones a partir de la generación de oportunidades de acceso a quienes más lo requieran, dadas sus condiciones de vida; complementariamente, el principio de orientación a la calidad, como un valor que procure la efectividad en el desarrollo de los procesos de acompañamiento y atención, así como de la cualificación constante del modelo, para lograr la mayor pertinencia posible.

Es necesario aclarar que la dimensión propósito es tomada aquí como fundamentos o bases conceptuales / operativas, sobre las cuales se pondrá a rodar el modelo de atención en salud a proponer. En el documento destinado al modelo a proponer, la palabra propósito se relaciona con los resultados / impactos que el modelo pretende, ya que las bases conceptuales o fundamentos, estarán asociados a la construcción de la política pública.

Figura 9
Dimensión Propósito del Modelo propuesto



Fuente: elaboración propia con base en OPS/OMS "Renovación de la atención primaria de salud en las Américas"

La segunda dimensión, denominada: **"Desarrollo"**, permite visualizar el cómo lograr materializar la dimensión anterior que contempla lo misional, se tienen dos componentes: los objetivos y las estrategias. Con la definición del Diagnóstico de la situación de salud, transformando los determinantes sociales específicos, se plantean dos objetivos que el modelo para el Valle de Aburrá deberá desarrollar:

1. Énfasis en la promoción y la prevención como un elemento de transformación de los patrones comportamentales de las familias, contribuyendo a mejorar sus condiciones de vida y salud.
2. Orientación de los servicios socio sanitarios a la Resolutividad, que permita alcanzar mayores niveles de salud, procurando resolver aspectos que la afectan desde el entorno específico del individuo y su familia, a través de la atención integral e integrada a los eventos mórbidos.

Estos objetivos proponen lograrse a partir de cinco estrategias fundamentales:

1. Prestación de Servicios Sociales y de Salud; en donde se logre atender aspectos asociados a la enfermedad, impactando las condiciones de ésta, mejorando por tanto, la salud, desde una atención directa; acompañada de la educación en buenas prácticas o prácticas saludables (estilos de vida) y la resolución de los determinantes sociales presentes en el entorno (modos y condiciones de vida); lo cual requiere de atención y puesta en marcha de prácticas que favorezcan dicha atención, haciendo al ciudadano también responsable de su propio proceso: salud - enfermedad.

Esta integración debe estar basada en una estrategia de Educación, Información y Comunicación -EIC- que posibilite poner en conocimiento de los diferentes públicos, la información necesaria para lograr mejores condiciones de salud, pero llegando a un nivel de apropiación de la misma, a través de procesos educativos, que posibiliten a las familias concientizarse de la importancia y la posibilidad de atender la enfermedad, dejando como resultado, el reforzamiento de las conductas protectoras a la salud y la modificación de conductas de riesgo. Finalmente, bajo un componente comunicativo, deberá definirse los canales apropiados para llegar a cada población, partiendo de los enfoques de vulnerabilidad y territorialidad que orientan la APS, los cuales permitirán reconocer las diferencias significativas entre las poblaciones, para lograr una comunicación asertiva.

2. Interdisciplinariedad. Tanto la promoción y la prevención como la atención a enfermedades, requieren que puedan integrarse diferentes saberes en torno a la atención de la población, toda vez que la salud es abordada desde diferentes aspectos. Los equipos de APS deben integrarse con presencia de profesionales de las diferentes áreas, acorde a los eventos de salud encontrados y el tipo de acciones a desarrollar. Estos, denominados: Equipos Básicos de Salud (EBAS), están a su vez, complementados por los Equipos de Apoyo en Salud (EAS), que corresponden a niveles superiores de especialización técnica específica. Los EBAS, deben tener a su interior personas de base comunitaria que les sirvan de enlace con las personas que trabajan y viven en las unidades Espacio/territorio – Población. Quien coordine el EBAS, es a su vez, quien sirve de enlace con los niveles superiores de los EAS y de la red social y así garantizar la integralidad y la continuidad de la atención.
3. Acciones Intersectoriales. Una tercera estrategia consiste en fortalecer el vínculo con diferentes entidades públicas y privadas, que complementen las acciones de la Secretaría de Salud y la ESE, en el marco de la implementación de la APS en los diferentes territorios; de tal forma que se logre una mayor integralidad en la atención y acompañamiento de las familias, lo cual redunde en un mayor impacto de la estrategia, en la transformación de las situaciones desfavorables a la salud.
4. Trabajo en Red de Salud. Con esta estrategia, se busca integrar la APS del Valle de Aburrá, a las redes de salud a nivel regional y nacional; así como lograr una consolidación de las relaciones a nivel local, de tal forma que pueda lograrse la cualificación de la estrategia, a partir del acceso a los servicios y conocimientos disponibles en las organizaciones públicas

y privadas, ampliando el espectro de posibilidades para el acompañamiento y atención a las poblaciones intervenidas en los territorios municipales.

- Integración a los Planes de Desarrollo Municipal. Una estrategia fundamental es lograr que la voluntad política se transforme en hechos viables, por lo cual, se sugiere la integración de la APS a los planes de desarrollo de cada municipio, lo que permitirá orientar acciones concretas, destinar recursos y medir resultados para el avance y consolidación de la estrategia, como foco orientador en la gestión de la salud en cada territorio.

Figura 10

Dimensión Desarrollo del Modelo propuesto



Fuente: elaboración propia con base en OPS/OMS

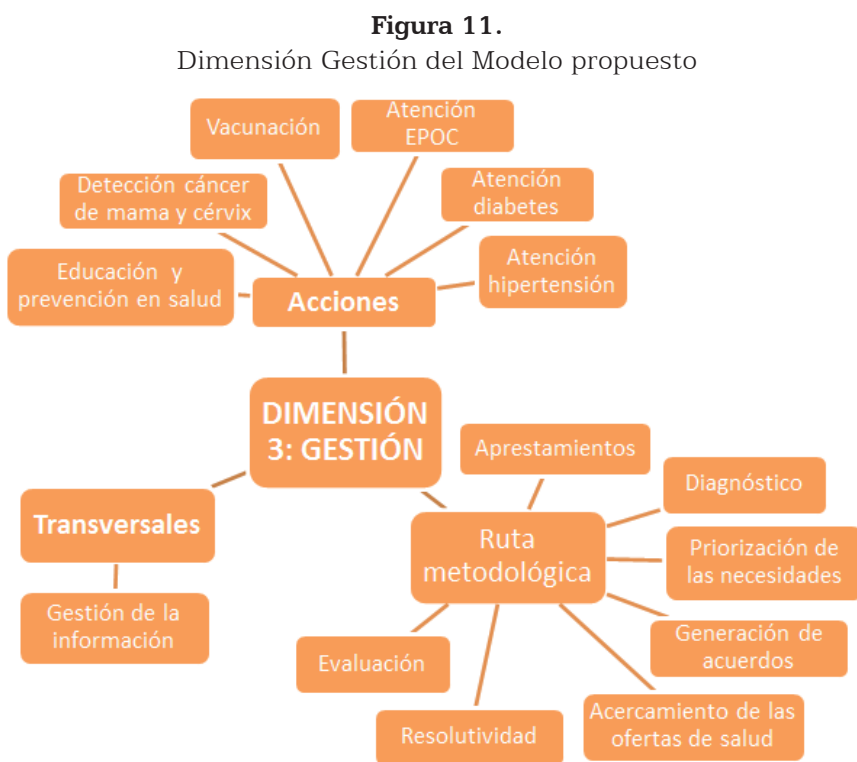
“Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”.

Para la puesta en marcha de estas cinco estrategias, en busca del cumplimiento de los objetivos definidos, se genera una estructura operativa contenida en la dimensión: **“Gestión”**, la cual está comprendida por tres componentes: Acciones, Ruta de Atención y Transversales.

Las acciones se definen por atención a los problemas de salud o eventos en salud priorizados, como pueden ser: las enfermedades crónicas no transmisibles (EPOC, Diabetes, Hipertensión, y Cáncer) o las propias de la infancia, o las denominadas enfermedades de origen social, como: alcoholismo, tabaquismo, violencia, dependencias, trastornos en salud mental, etc. Con la priorización de la atención y el acompañamiento de familias en estos aspectos, se espera la generación de impactos sobre los índices de morbimortalidad en el Valle de Aburrá, insistiendo que en esta propuesta, se consideran los asuntos básicos, pero reconociendo que cada territorio desarrolla una mayor cantidad de acciones, según las condiciones específicas del mismo.

La ruta de atención para la ejecución de estas acciones, está dada por lo propuesto por las organizaciones internacionales, nacionales y locales, dado que en ello se ha logrado un avance significativo en los equipos operativos de los municipios, quienes han logrado comprender y apropiarse esta ruta para ejecutar la APS, lo cual es una fortaleza que debe aprovecharse. Esta ruta se inicia con el aprestamiento, que se refiere a la preparación de la intervención, en donde se ubican las familias que serán atendidas, la creación de metas en salud a ser cumplidas, tanto por los individuos como por las familias, con el fin de consolidar comportamientos y evidenciar transformaciones de los comportamientos de riesgo de los individuos y sus familias; la realización de diagnósticos comunitarios para la priorización de necesidades, de acuerdo a las condiciones específicas y la generación de acuerdos con las familias; el acercamiento de las ofertas socio sanitarias, la atención resolutoria de las situaciones detectadas que lo ameriten y la evaluación del proceso, que implica un monitoreo y una evaluación inicial y final.

Esta ruta de atención, estará acompañada, paralelamente, de una acción transversal de gran importancia, denominada la gestión de la información, en donde se crea, administra y se emite información de los procesos desarrollados con las familias, así como de sus condiciones y características, base fundante del seguimiento y la evaluación de la estrategia APS.



Fuente: elaboración propia con base en OPS/OMS
"Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas".

Finalmente, en la dimensión denominada: **"Actores"**, se define como sujeto base de intervención y acompañamiento a la familia, siendo el núcleo básico para el desarrollo de la APS, dado que sobre ésta, se vinculan los diferentes ambientes y entornos, en los cuales están inscritas las personas.

Además de ello, se propone una vinculación como mínimo, durante el desarrollo de la APS, a las IPS, las ESE (más allá de su rol operativo), las diferentes instancias de la Alcaldía, el Área Metropolitana y de Antioquia. Esta vinculación se da especialmente, desde las directrices y los intercambios que en materia de información puedan lograrse, así como, de la vinculación para el desarrollo de acciones que complementen las ejecutadas por la estrategia APS.

No se debe olvidar que el concepto de actores debe ser tan amplio como que se incluyan todos los recursos disponibles para atender los eventos en salud encontrados; y tan estrecho, como que se discrimine a cada uno de ellos, en su real capacidad de integración y resolución.

Figura 12
Dimensión Actores del Modelo propuesto



Fuente: elaboración propia con base en OPS/OMS
"Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas".

IPS: Institución prestadora de Salud

ESE: Empresa Social del Estado

AMVA: Área Metropolitana del Valle de Aburrá

SSSYPSA: Secretaría 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

Finalmente, estas cuatro dimensiones propuestas, que se interrelacionan entre sí; para el modelo proyectado quedarán reorganizadas de la siguiente manera, y dará cuenta de la organización del modelo de atención en salud, que gráficamente se representa así:



GLOSARIO DE TÉRMINOS

1. **Accesibilidad:** es la posibilidad que tiene la población de recibir atención de salud, en los establecimientos de salud de la red.
2. **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.
3. **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.
4. **Demanda:** el número de prestaciones que social y técnicamente, requiere una población determinada, en un período establecido.
5. **Empresa Social del Estado (ESE):** 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).
6. **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, sólo administrativo y comercial.
7. **Estrategia:** es un plan que integra las metas de una organización, las políticas y acciones secuenciales, hacia un todo cohesionado.
8. **Equipo Básico Salud:** son unidad de recursos humanos de primera línea, en la prestación de servicios de salud.
9. **Indicadores:** son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos, para así, poder respaldar acciones.
10. **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.
11. **Intersectorialidad:** es la medida en la 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. La intersectorialidad, requiere de una articulación estrecha entre las áreas pública, privada y no gubernamental, tales como: empleo, educación, vivienda, producción de alimentos, agua, saneamiento y atención social.

- 12. Interdisciplinariedad:** hace referencia a las formas en que interactúan las diferentes disciplinas entre sí.
- 13. Modelo de Atención Integral:** conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige - más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados - a las personas, consideradas en su integridad física y mental, 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.
- 14. 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.
- 15. Oferta:** es el número de recursos humanos y físicos o su traducción en prestaciones, que están disponibles para otorgarlas en un determinado período.
- 16. 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.
- 17. 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.
- 18 Participación Comunitaria: es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.
- 19 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.
- 20 Plan de Intervenciones Colectivas:** son todas las actividades a cargo del municipio, encaminadas a promover la salud y calidad de vida, la prevención y control de los riesgos y daños en salud; mediante la vinculación de toda la ciudadanía y bajo metodologías que sean prácticas y lúdicas, que permitan un empoderamiento del autocuidado individual y colectivo, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención, previstas en los Planes Obligatorios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 21 Red de Salud:** se define como el conjunto de organizaciones vinculadas en el proceso de salud-enfermedad, que interactúan en el territorio de un servicio de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Acevedo, J. (2008). Sistematización de experiencias Proyecto: "Asociación de Medios de Comunicación Ciudadanos y Comunitarios de Medellín - la REDECOM". FAONG. Medellín.

Alcaldía de Medellín. (2012). Plan de Desarrollo Municipal de Medellín 2012 – 2015, Medellín un Hogar para la Vida. Aníbal Gaviria Correa, Medellín.

Alcaldía de Medellín. (2013). Salud en el Hogar. Recuperado en: <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/ciudadanos?NavigationTarget=navurl://aef8ca6aecf4fe158142e7420ae46794>.

ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRÁ. (2007). Plan Integral de Desarrollo Metropolitano –PIDM– 2008-2020 Hacia la integración regional sostenible. Medellín.

Análisis de Situación de Salud. ASIS. Antioquia. 2013.

ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRÁ. (2012). Plan de Gestión 2012- 2015 – Pura Vida. Medellín.

CEP Alforja. (2012). La sistematización de experiencias, práctica y teoría para otros mundos posibles. CEAL- Itermon Oxfam. San José.

Decreto 2193. Diario oficial 45604. Bogotá, D.C. 8 de julio 2004

Departamento Administrativo de Planeación Departamental de Medellín. (2012). Anuario Estadístico de Antioquia -2012. Medellín.

Dirección Seccional y Protección Social de Antioquia. (2010). Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia. Medellín. Universidad de Antioquia.

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ESUMER. (2013). Propuesta técnica y económica para apoyar la conformación e implementación de la Red Metropolitana de Salud del Valle de Aburrá periodo 2013 – 2015. Medellín.

Ley 100 de 1993. SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. Diario Oficial No. 41.148.

Ley 1438 de 2011. Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Metrosalud. (2013). Salud en el Hogar. Recuperado en: <http://www.metrosalud.gov.co/inter/joomla/index.php/proyectos-pyp/595-salud-en-el-hogar>

Observatorio Metropolitano de Información. Área Metropolitana del Valle de Aburrá. Página web. Consultado Julio 2015

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado en: http://www.who.int/social_determinants/es/.

Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF. (1978). Atención Primaria de Salud. Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6-12. Septiembre de 1978, Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud. (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.

Pardo, A.; Ángel, M. (2005). Análisis de datos con SPSS 13 Base. McGraw Hill. Madrid.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2014). ¿Qué es el Desarrollo Humano?. Recuperado en: <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=i1-----Gs=aGm=aGe=AGc=02008#.U1CE6PI5M1Y>.

Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española [Dictionary of the Spanish Language] (22nd ed.). Madrid.

Tejada, G. (2011). Planeación del Desarrollo Local, una experiencia de participación ciudadana en la Comuna 6 Doce de Octubre. Institución Universitaria Esumer y Alcaldía de Medellín. Medellín.

Schoute, T. (2007). Documento informativo de alianzas de aprendizaje N°6: Documentación de procesos. IRC Centro Internacional de Agua Potable y Saneamiento. Polonia.

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Página web. Consultado Julio 2015

Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Ministerio de Salud. Colombia. Página web. Consultado Abril 2015

Torres, A. (1998). La Sistematización de Experiencias Educativas: Reflexiones sobre una práctica reciente. Universidad Pedagógica Nacional. Bogotá.

Video referenciado: Youtube Telemédellín. (28 de enero 2015). Medellín ciudad saludable 12 de diciembre 2014 Salud en el Hogar. Recuperado en: https://www.youtube.com/watch?v=_pFU-h56UoI