

## Red Metropolitana de Salud

Área Metropolitana del Valle de Aburrá  
¡un reto...una oportunidad!

# Documentación y Sistematización Estrategia Atención Primaria en Salud en el Municipio de Copacabana

Red Metropolitana de Salud

Área Metropolitana del Valle de Aburrá  
¡un reto...una oportunidad!



[www.metropol.gov.co](http://www.metropol.gov.co)

PURA VIDA





**Documentación y Sistematización**  
Estrategia Atención Primaria en Salud  
en el Municipio de Copacabana

Documentación y Sistematización Estrategia Atención Primaria en Salud en el Municipio de Copacabana.

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

Carlos Mario Montoya Serna, **director Área Metropolitana del Valle de Aburrá**

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

Héctor Augusto Monsalve Restrepo, **alcalde del Municipio de Copacabana**

### **Equipo de trabajo**

Profesionales, técnicos y auxiliares de la ESE Hospital Santa Margarita y la Secretaría de Salud del Municipio de Copacabana

Profesionales de la Institución Universitaria Esumer y del Área Metropolitana del Valle de Aburrá  
-Programa Red Metropolitana de Salud

### **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**

LIBRO ARTE

### **Primera edición**

Julio de 2014, Medellín

### **Nota de derechos reservados**

Prohibida la reproducción parcial o total de esta publicación sin autorización por escrito del Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

## PRESENTACIÓN

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

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

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

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

Para dar cumplimiento al objetivo de la Línea 6 del Plan de gestión "PURA VIDA 2012-2015" del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, en el año 2013 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 Atención Primaria en Salud Renovada – APSR del municipio, así como la reflexión, el análisis y los hallazgos encontrados de la estrategia APSR con el objetivo de brindar a las Secretarías de Salud, las Empresas Sociales del Estado y público en general un insumo que ayude a mejorar los servicios prestados a la comunidad, donde su ejecución sea una buena práctica permanente de atención en el sistema de salud y su contexto metropolitano.

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

**CARLOS MARIO MONTROYA SERNA**  
**Director**

# ÍNDICE

<b>Capítulo 1 Documentación</b>	<b>10</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>11</b>
<b>2. OBJETIVOS Y POLÍTICA</b>	<b>13</b>
2.1. OBJETIVO GENERAL	13
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
2.3. POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS	15
<b>3. METODOLOGÍA UTILIZADA</b>	<b>16</b>
<b>4. ANTECEDENTES</b>	<b>17</b>
4.1. HISTORIA DE LA APS EN COLOMBIA	17
4.2. HISTORIA DE LA APS EN COPACABANA	18
<b>5. MARCO NORMATIVO</b>	<b>21</b>
5.1. ANTECEDENTES NORMATIVOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS)	21
<b>6. ESTRATEGIA EN EL TERRITORIO</b>	<b>24</b>
6.1. DEFINICIONES	24
6.2. ALCANCE	25
6.3. RECTORÍA Y PLANEACIÓN	25
6.4. ENFOQUE	25
6.5. ESTRUCTURA PARA EL FUNCIONAMIENTO	26
6.6. COBERTURA Y POBLACIÓN OBJETO	31
6.6.1. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN	31
6.7. ÁMBITOS DE ACCIÓN	45
6.7.1. ACCESO Y COBERTURA	45
6.7.2. ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA	45
6.7.3. ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	45
6.8. PRIORIDADES LÍNEAS DE ATENCIÓN	46
6.9. RUTA DE ATENCIÓN	47
6.9.1. RUTA DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN PRIORIZADA	47
6.9.2. ATENCIÓN POR PROFESIONAL	48
<b>7. FAMILIAS SALUDABLES</b>	<b>50</b>
<b>8. FAMILIAS EN BAJO RIESGO</b>	<b>51</b>
<b>9. FAMILIAS EN RIESGO MODERADO</b>	<b>52</b>
<b>10. FAMILIAS EN RIESGO ALTO</b>	<b>53</b>
<b>11. FAMILIAS EN RIESGO MUY ALTO</b>	<b>54</b>
<b>12. PLANES DE INTERVENCIÓN</b>	<b>55</b>
12.1. INTERVENCIÓN FAMILIAS SALUDABLES	55
12.2. INTERVENCIÓN FAMILIAS EN RIESGO BAJO	56

12.3. INTERVENCIÓN FAMILIAS EN RIESGO MODERADO	57
12.4. INTERVENCIÓN FAMILIAS EN RIESGO ALTO	58
12.5. INTERVENCIÓN FAMILIAS DE MUY ALTO RIESGO	59
12.5.1. HOY ME CUIDO	60
12.5.1.1. AGENDA FAMILIA	61
12.6. ETAPA 1 ATENCIÓN PRE-CONCEPCIONAL Y PREVENCIÓN DEL CANCER	62
12.6.1. ESTRATEGIAS DE CAPTACIÓN	62
12.6.2. REALIZACIÓN DE LOS EXÁMENES	62
12.7. ETAPA 2 PREPARÁNDONOS PARA SER PADRES	63
12.8. MEJOR ESPERAR	64
12.9. NUESTRO TESORO	65
12.10. LÍNEA SALUD	65
12.11. CENTRO DE PROMOCIÓN	66
12.12. COMPONENTE INTER E INTRA INSTITUCIONAL	67
12.13. COMPONENTE DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA	67
12.14. SISTEMAS DE INFORMACIÓN	67
12.15. INDICADORES	68
<b>13. RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>73</b>
<b>14. CONCLUSIONES</b>	<b>74</b>
<b>15. RECOMENDACIONES</b>	<b>75</b>
<b>16. FINANCIACIÓN</b>	<b>76</b>
<b>CAPÍTULO 2 SISTEMATIZACIÓN</b>	<b>77</b>
<b>1. PRESENTACIÓN</b>	<b>78</b>
<b>2. METODOLOGÍA SOBRE LA DOCUMENTACIÓN Y LA SISTEMATIZACIÓN</b>	<b>79</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>83</b>
3.1. OBJETIVO GENERAL	83
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	83
<b>4. ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA</b>	<b>84</b>
4.1. DIMENSIÓN DE DESARROLLO	86
4.2. DIMENSIÓN ESTRATÉGICA	86
4.3. DIMENSIÓN DE GESTIÓN	87
4.4. DIMENSIÓN DE ACTORES	87
<b>5. MODELO PROPUESTO</b>	<b>89</b>
5.1. DIMENSIÓN 1: DESARROLLO	90
5.1.1. ENFOQUE	91
5.1.2. FUNDAMENTOS	92
5.1.3. PRINCIPIOS	93
5.2. DIMENSIÓN 2: ESTRATÉGICA	94
5.2.1. OBJETIVOS	94
5.2.2. ESTRATEGIAS	95
5.2.3. ACCIONES ESTRATÉGICAS	96

5.3. DIMENSIÓN 3: GESTIÓN	97
5.3.1. RUTA METODOLÓGICA	97
5.3.2. ACTIVIDADES	99
5.3.3. TRANSVERSALES	100
5.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES	100
5.4.1. SUJETOS	101
5.4.2. INSTITUCIONES	101
<b>6. ANÁLISIS DEL MUNICIPIO DE COPACABANA</b>	104
6.1. GENERALIDADES DEL MUNICIPIO DE COPACABANA	104
6.2. DESCRIPCIÓN MODELO PROPUESTO MUNICIPIO DE COPACABANA	108
6.2.1. DIMENSIÓN 1: MODELO DE DESARROLLO MUNICIPIO DE COPACABANA	108
6.2.2. DIMENSIÓN 2: MODELO ESTRATÉGICO MUNICIPIO DE COPACABANA	110
6.2.3. DIMENSIÓN 3: GESTIÓN MUNICIPIO DE COPACABANA	112
6.2.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES - COPACABANA	114
<b>7. ANÁLISIS DE BRECHAS</b>	115
<b>8. HALLAZGOS GENERALES</b>	121
<b>GLOSARIO</b>	<b>124</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>126</b>

# Capítulo 1

## Documentación

# 1. INTRODUCCIÓN

La E.S.E Hospital Santa Margarita es una institución de salud de primer nivel de atención que durante años ha cuidado de la salud de los habitantes del municipio de Copacabana, enmarcando como principios institucionales el trato cálido y respetuoso con los usuarios, acompañando todas las necesidades de salud y cuidando siempre el uso eficiente de los recursos; llevando siempre en alto los valores institucionales de responsabilidad, trabajo en equipo, honestidad, respeto y amabilidad con los cuales se pretende crecer y llegar al máximo cumplimiento de los deberes que emanan el placer de servir a los usuarios de la salud.

Dentro de su misión institucional está prestar los servicios de salud con énfasis en promoción y prevención, con talento humano competente, tecnología adecuada a su nivel de atención y responsabilidad social, para de esta manera impactar positivamente la salud de la comunidad.

Dentro de los programas que se realizan para el bienestar de los usuarios se encuentra el programa de Atención Primaria en Salud con Gestión del Riesgo Familiar donde se procura recoger todas esas acciones que dictaminó la Organización Mundial de la Salud para que la Atención primaria sea el estandarte de atención que se debe llevar a los usuarios de tal manera que la promoción y la prevención sean el primer punto de atención de todos los usuarios y así mismo llevar directamente los servicios a quien previamente identificado tiene algún riesgo psicosocial que pueda afectar su calidad de vida.

Para complementar el trabajo es necesario contar con un proceso sistematizado que deje la evidencia de las actividades que se lleven a cabo, el cual apoyado por sistemas de información ayuden a conocer de manera veraz y efectiva los resultados en las actividades de intervención que se realizan en la población, que evidencien el impacto de las actividades realizadas y el cumplimiento de las actividades ejecutadas y de esta manera tener seguimiento, control y evaluación a todo el programa.

Hace aproximadamente 10 años el Municipio de Copacabana tiene entre sus enfoques de trabajo la atención primaria en salud encaminada al servicio a la comunidad en el ámbito de salud, educación, aseguramiento, participación, dicho proceso de acercamiento a la población fue por medio de los promotores de salud, escogidos en cada vereda y capacitados. A medida que transcurrió el tiempo se buscó fortalecer cada vez más la estrategia, con lo que se logró que la comunidad se vinculara al acompañamiento brindado por estos trabajadores de la salud.

Las experiencias vividas han sido conocidas año tras año y dejadas en el olvido, el proceso ha quedado en palabras, en la mente y en el corazón de aquellos que han luchado por esto, pero nada ha quedado por escrito, no hay un documento donde este plasmado el sentido de la atención primaria en salud desde la experiencia, desde el trabajo en equipo, desde la participación de la comunidad, por tal motivo se hizo necesario empezar una nueva etapa donde lo que se hace, se escucha y se prepara debe quedar escrito.

La sistematización de atención primaria en salud renovada es la alternativa que se tiene para lograr recoger evidencias que sirvan de modelo para otros municipios y para nuevas generaciones de personal de salud capacitado, de esta forma continuar un proceso que quede enlazado sin perder información, sin repetir prácticas innecesarias, y permitiendo la expresión de nuevas tácticas de trabajo, buscando con ello que las personas que ingresen nuevas para ser parte de este equipo tengo un documento base, que les pueda servir como una guía con la cual podamos continuar realizando las actividades y metas que se buscan alcanzar con este programa y no permitir que este proceso decaiga, sino antes todo lo contrario que día a día se fortalezca cada vez, con la ayuda y aportes de cada una de las personas que integran este equipo y evitar que no se pierda la secuencia de la estrategia.

## 2. OBJETIVOS Y POLÍTICA

### 2.1. OBJETIVO GENERAL

Documentar el proceso de atención primaria en salud con gestión del riesgo familiar donde evidencie el modelo que se lleva a cabo para brindar a la comunidad un servicio idóneo, completo que permita no solo la identificación de los riesgos sino que además de ello la gestión que favorezca la reducción de los mismos y así lograr familias saludables.

## 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Documentar los procesos que se llevan a cabo para lograr tener un soporte escrito y reglamentado en la estrategia que día a día se ejecuta, teniendo en cuenta el ciclo phva.
- Consolidar un proceso de estructuración escrito con un orden conceptual y metodológico que facilite y de continuidad en la aplicación del modelo.
- Tener un proceso estructurado que permita medir el impacto en la comunidad a corto, mediano y largo plazo.
- Registrar toda la información obtenida, en las diferentes actividades que se efectúan en la APSR
- Sistematizar dicha información para dejar evidencia que le sirvan de guía a los nuevos equipos de trabajo que se conformen con el pasar de los tiempos y así no perder la secuencia.
- Realizar la construcción de un modelo de atención, que sirva de pilar para la APSR.
- Lograr que otros municipios del Área Metropolitana, fomenten su atención basados en el modelo de APSR, obteniendo con ello una mejora con la calidad de los datos que se pretenden dejar plasmados y sistematizados.
- Agrupar otros sectores que den respuestas de manera integral a los problemas y necesidades de la población y se logre enfrentar los determinantes sociales de la inequidad en salud.
- Buscar el logro de resultados que conjuntamente sean equitativos e integrados para nuestras comunidades.
- Reconstruir la historia de APS en el Municipio basados en las evidencias que los promotores de salud han tenido en el tiempo.

## 2.3. POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

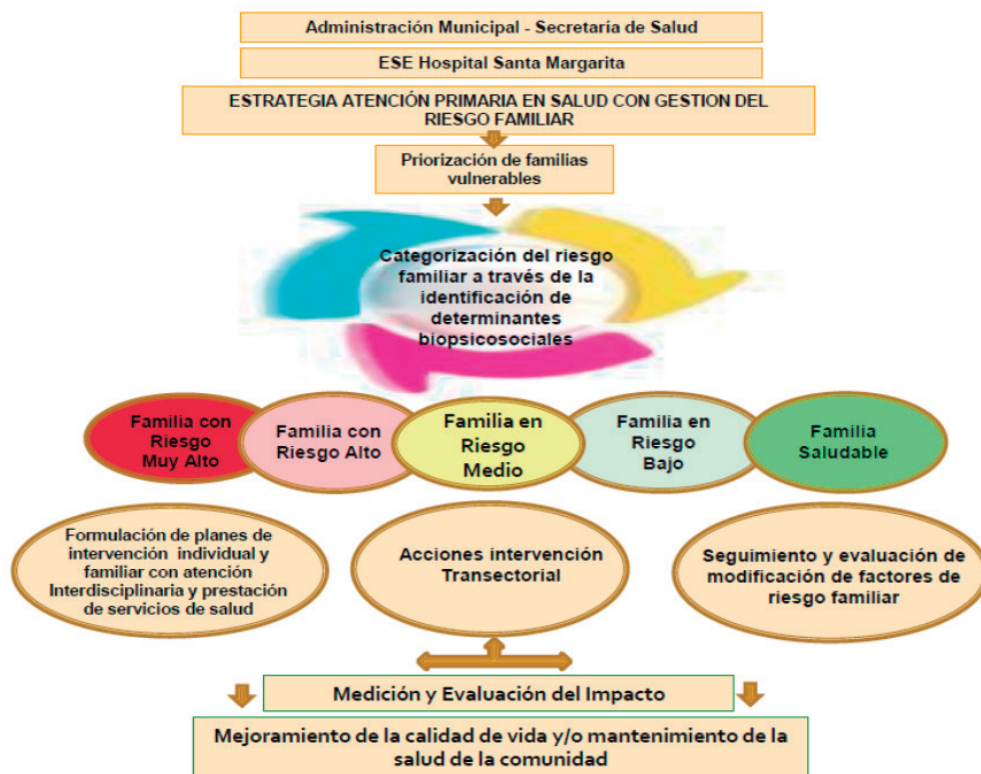
La ESE Hospital Santa Margarita de Copacabana, declara su compromiso con la gestión del riesgo y seguridad del usuario en salud, enmarcado dentro del modelo de Atención Primaria en Salud, mediante:

- La detección oportuna de los riesgos y daños a la salud, en donde los profesionales de los diferentes servicios, identificarán las necesidades de los usuarios y de ser pertinente los remitirá hacia los diferentes programas de la ESE, y/o a realizarse las ayudas diagnósticas necesarias para el diagnóstico de la patología, o para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
- El análisis y planes de intervención frente a los riesgos y eventos que se presenten, estarán relacionados con la promoción de estilos de vida saludable, el fortalecimiento de cada uno de sus procesos tanto asistenciales como gerenciales y administrativos, estableciendo estrategias que fomenten la seguridad en sus usuarios internos y externos, proveedores y familias.

### 3. METODOLOGÍA UTILIZADA

En el siguiente diagrama se presenta el modelo de gestión del riesgo incorporado como parte fundamental de la atención primaria en salud, formando así un único modelo en el que se unen todas las fuerzas y esfuerzos de los diferentes entes del municipio. La metodología a utilizar en el desarrollo del modelo es participativa y prospectiva en donde juega un papel preponderante la clasificación del riesgo de las familias y los planes de intervención según esta clasificación.

Figura 1: Esquema de APS Municipio de Copacabana



Fuente: Elaboración propia

## 4. ANTECEDENTES

### 4.1. HISTORIA DE LA APS EN COLOMBIA

La Atención Primaria en Salud tiene una larga trayectoria en el país. Desde que se lanzó la Estrategia en Alma Ata (1978), Colombia la introdujo en su sistema de salud. En este sentido, se organizó la infraestructura necesaria en términos de presupuesto, de recursos humanos y de políticas públicas en salud. En este punto es importante resaltar que en el país ya desde los años 60s, en varios municipios, se habían desarrollado experiencias que, aunque no tenían dicha denominación, si estaban enfocadas en la filosofía del abordaje de los problemas de salud de la población, desde una perspectiva social, es decir que sobrepasaba el enfoque sectorial; hecho que facilitaría la implementación de la APS dentro del sistema de salud.

En el proceso desarrollado en el país, se institucionalizaron mecanismos normativos para formalizar la APS, por ejemplo, en lo referido a la Participación Comunitaria en Salud, en el año 1991 y en el año siguiente, se formuló la Ley 10 que incluyó la concepción de multi-factorialidad en relación con la situación de salud y sus determinantes y se descentralizaron competencias a niveles sub-nacionales para dirigir y coordinar acciones sectoriales e intersectoriales, a la vez que se establecieron mecanismos de participación social y comunitaria en los procesos de gestión de la salud.

El proceso de descentralización por servicios, se remonta a la década de los ochenta con la cesión de rentas específicas a los departamentos y municipios, seguido de la elección de alcaldes y las disposiciones orientadas a la planeación urbana. Este proceso descentralizador se afianzó por mandato constitucional en 1991.

Con la instauración del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el año 1993, y la descentralización de competencias y recursos, el énfasis del sistema de salud colombiano se centra en el aseguramiento para garantizar el Plan Obligatorio de Salud, en sus versiones contributiva (POSC) subsidiada (POSS). Los contenidos de estos planes son individuales, con un componente de prevención; la responsabilidad de la provisión de servicios contenidos en los planes, se delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS), quienes detentan funciones de agencia, en cuanto la gestión de riesgos, mediante el aseguramiento en salud de la población.

La ejecución de las estrategias colectivas para la salud, se abordó inicialmente con el Plan de Atención Básica (PAB) el cual evolucionó hacia el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en el año 2007, derivado del Plan Nacional de Salud Pública en el cual se incorpora, entre otros enfoques, el de determinantes de la salud.

Con el proceso de descentralización de 1990 y el SGSSS con la Ley 100/93 con agentes como aseguradores y prestadores, con ámbito de operación inter-regional y nacional, las acciones de salud pública y demás, no siempre lograron articularse a nivel territorial, en función de la identificación e intervención de los determinantes sociales de la salud y el acceso a los servicios.

A pesar de que en la Ley 715 de 2001, se definió como función del municipio: “Establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial”; la Atención Primaria en Salud, no se incorporó como estrategia nacional. Su presencia y desarrollo tuvieron lugar a partir de iniciativas locales y/o de entidades específicas.

## 4.2. HISTORIA APS COPACABANA

En 1964 la Escuela Nacional de Salud Pública realizó una convocatoria a través de la iglesia y de la junta de acción comunal para mujeres con liderazgo que les gustara el trabajo comunitario sin ánimo de lucro, con el objetivo de capacitar y conformar un grupo de promotoras rurales de salud que eran quienes se encargaban de ir a las viviendas para capacitar a las familias en temas como el aseo personal, vacunación, salud oral, alimentación sana, etc.

Estas promotoras rurales de la salud estuvieron en un proceso de capacitación internas por 2.5 meses en el colegio Aurelio Tobón, donde se perfilaron para ser promotoras, entre los docentes estuvo Héctor Abad Gómez y Juan Zapata Olivella.

La estrategia se llevó a cabo entre 1965 y 1970 por un grupo de 18 promotoras que para desempeñarse adecuadamente fueron dotadas con un botiquín completo para esa época.

Las zonas intervenidas en ese momento fueron Cabuyal, La Veta, Sabaneta, Miraflores, Noral, Pedregal, Montañita, El Salado, Alvarado, Tablazo, María, Cristo Rey, Zarzal La Luz y Canoas.

Terminado el periodo de dichas promotoras, la estrategia disminuyó su ejecución donde solo estaban comprometidas con las actividades un grupo de damas grises de la cruz roja, quienes continuaron con visitas en la zona rural.

Ramón Antonio zapata mejía, en el periodo de 1998/2000 se da la iniciativa de crear agentes de salud en la zona rural del municipio, idea que se convirtió en proyecto de salud liderado por el señor Alcalde y Secretario de Salud de la época.

El Secretario de Salud de ese entonces cuenta con asesoría de una enfermera jefe costarricense llamada Ismarlene Jiménez, quien toma el modelo cubano de salud, lo adecua al Municipio para su debida ejecución, el proyecto en su época empieza a hacer parte del PAB (plan de atención básica), se contó con el apoyo político y se da inicio a la ejecución de la estrategia de la zona rural del municipio. La Secretaría de Salud convoca a través de las acciones comunales para informar a los habitantes la intención de trabajar la salud comunitaria en las respectivas zonas

y les asignan la tarea de difundir su plan de trabajo en sus respectivas áreas de influencia esto incluía escoger líderes capaces de visitar y trabajar el 100% de las veredas asignadas.

A partir de 1999 se llevó a cabo un proceso donde la comunidad eligió los promotores de salud, personas del mismo sector que tenían habilidades de liderazgo y conocimientos básicos en salud. Dichos promotores a pesar de ser del mismo sector fueron desplazándose para vivir en el área urbana continuando con la estrategia.

A medida que transcurrió el tiempo este grupo de promotores se fue perfilando terminando en el 2008 como auxiliares de salud pública certificados por el SENA, aunque no todo el grupo de trabajo estaba conformado por promotores de salud algunos de ellos son auxiliares de enfermería.

Para la implementación de la estrategia se han tenido en cuenta los lineamientos de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia basado en la propuesta por la OMS en Alma Ata, 1978, logrando el reconocimiento en la comunidad y algunos grupos organizados que han facilitado el acceso a las familias intervenidas.

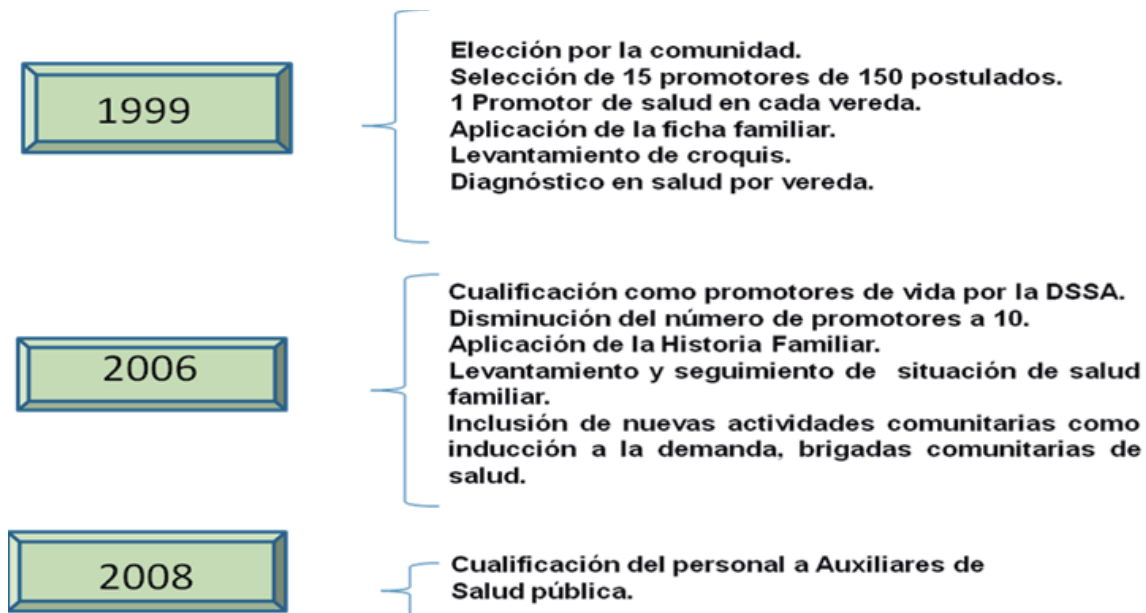
La priorización de las familias se ha realizado básicamente por territorialidad logrando un porcentaje en cobertura en la zona rural del 80% y en la zona urbana del 10% en actividades como visitas familiares, vacunación, tamizaje nutricional, asesoría en planificación familiar, tamizaje visual, brigadas de salud, talleres educativos y un alto enfoque de inducción a la demanda a todos los programas de la ESE y los beneficios de la Administración Municipal y otras entidades llamada desde ese entonces la intersectorialidad.

En el sentido de territorialidad la estrategia se viene desarrollando en dicho periodo de tiempo en las veredas El salto (zarzal la cuesta), Peñolcito, Cabuyal, Salado, Sabaneta, Montañita, Quebrada Arriba, paraje Montañuela, Alvarado, Zarzal Curazao, Ancón 1, La Lomita, El convento, Las Margaritas, La Primavera, El Pinar y Alto de la Virgen y en los barrios María y la Azulita; en promedio cada auxiliar de salud pública tiene una asignación de 250 de familias. Los sectores no priorizados o con permanencia de un auxiliar de salud pública han venido siendo intervenidos de manera colectiva por el grupo de APS.

El equipo de trabajo desde 1999 y hasta el 2012 estuvo conformado por 9 auxiliares de salud pública y 1 enfermera comunitaria donde con la misma distribución de las familias y las diferentes actividades se ejecutaba la estrategia continuamente, con interrupciones al inicio de cada año por los procesos de contratación, pero cabe resaltar que en todos los años anteriormente mencionados se ha ejecutado como mínimo durante diez meses al año.

En el Municipio existían 2 centros de salud los cuales desaparecieron aproximadamente en el año 1995 por poco uso de la comunidad, los que posteriormente se convirtieron en escuelas rurales.

Figura 2. Cuadro resumen de la metodología desde 1999 - 2008



Fuente: Elaboración propia

La estrategia se ha ejecutado a través de convenios interadministrativos entre la Administración Municipal y la ESE hospital Santa Margarita, siendo entonces la ESE quien ejecuta todas las acciones desde la contratación del personal, visitas, brigadas, seguimiento y consolidación de los informes.

Para el año 2012 la estrategia Atención Primaria en Salud del Municipio de Copacabana por primera vez cuenta con la conformación del equipo comunitario de salud más completo, conformado por una enfermera comunitaria, una médica general comunitaria y los auxiliares de salud pública, dedicados exclusivamente a tareas de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, rehabilitación de los daños y mantenimiento de los factores protectores en la comunidad Copacabana.

Para el cuatrienio 2012 – 2015 la estrategia Atención Primaria en Salud quedó como un proyecto específico del Plan de Desarrollo Municipal dentro del componente salud, programa atención integral en salud, lo que favorece la continuidad en los procesos y el fortalecimiento de la estrategia en su ejecución.

A partir del 2013 se acrecentó aún más el recurso humano contando ahora con 2 enfermeros, médica, nueve auxiliares de salud pública, socióloga, nutricionista, citohistotecnóloga, psicólogo y gerente en sistemas de información. Este grupo de trabajo desarrolla actualmente la estrategia con un modelo de gestión del riesgo familiar.

## 5. MARCO NORMATIVO

### 5.1. ANTECEDENTES NORMATIVOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS)

Los antecedentes de las redes de servicios, como parte inherente a la Atención Primaria de Salud, se remontan a la Ley 10 de 1990, referida al anterior sistema nacional de salud. En el SGSSS, es la Ley 715 de 2001 y la 112 de 2007, las que establecen parámetros orientados a su organización y operación.

Con todo, y en el marco del SGSSS, es la Ley 1438 de 2011, la que establece las bases para la implementación de la APS en el país. Esta norma se propone fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público de salud, que retome la estrategia Atención Primaria en Salud para que, mediante la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad, se avance en el mejoramiento de la salud de los habitantes del país, para lo cual se requiere la creación de ambientes sanos y saludables; a la vez que se garantice que la prestación de los servicios se efectúe dentro de estándares crecientes de calidad, y que dicha prestación sea incluyente y equitativa, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Así quedó establecido en su artículo 1º: “El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud”; Para esto, concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población”.

El plan de desarrollo “Copacabana es tuyo y mío” 2012-2015 en el numeral 1.2.2.6 Proyecto Atención Primaria en Salud, refiere “Garantizar la prestación del servicio a la comunidad con continuidad y globalidad de la atención de primer nivel en salud, enfocando acciones de promoción, prevención, mantenimiento y recuperación de la salud”, teniendo como indicador de medición único el de familias beneficiadas con la estrategia de atención primaria en salud.

El plan de salud territorial en el numeral 6.3.5 tiene por objetivo generar condiciones que protejan la salud de los y las habitantes del Municipio de Copacabana a través de la consolidación de la estrategia de Atención Primaria en Salud-Renovada (APS-R), donde la meta es incrementar de 1300 a 1500 número de familias nuevas beneficiadas con la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APS-R) en el Municipio de Copacabana y las estrategias están definidas como:

- Demanda inducida de manera transversal a todos programas estrategias y servicios del sector salud y demás instituciones que puedan beneficiar las familias.
- Talleres de sensibilización con actores sociales para la implementación de planes de acción comunitarios.
- Registro en el SIMAPS de las historias familiares, analizar y hacer seguimiento de la situación encontrada para la toma de decisiones con el sector salud y demás actores, con la participación de las comunidades.
- Identificar en las familias los niños que requieran atención a través de la estrategia AIEPI para la atención oportuna y seguimiento y abordar en cada familia los factores de riesgo que predispongan la morbi-mortalidad infantil.
- Talleres educativos a grupos organizados en derechos y deberes en salud, vacunación, salud sexual y reproductiva, enfermedades crónicas y hábitos de vida saludable.
- Visitas familiares casa a casa en las veredas intervenidas por la estrategia para la identificación de factores de riesgo y protectores.
- Asesorar a la familia y comunidad en la realización de actividades de saneamiento ambiental y control de vectores como medio para prevenir enfermedades como: IRA, EDA, dengue y ETAS entre otras, Motivar al individuo, familia y comunidad sobre la importancia de la prevención y fomento de la salud en las diferentes etapas de su desarrollo, género y condición.

Se determinó que la aplicación de esta estrategia debe tomar como marco, las regulaciones relacionadas con el plan decenal de salud pública con la resolución 1841 de 2013, en la ejecución y resultados de las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como pilares de la estrategia de Atención Primaria en Salud, y en la conformación de los equipos básicos en salud y de las redes integradas de servicios de salud, igualmente esta norma define los elementos para la implementación de la estrategia de Atención Primaria.

En cuanto a los aspectos de financiamiento de las acciones a desarrollar en la implementación de la APS, la ley 1438, en el artículo 6º, prevé que en el Plan Decenal de Salud Pública deberán “confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental”, y que dicho Plan “definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento, y los mecanismos de evaluación” del mismo. Seguidamente, el artículo 7º, “coordinación intersectorial”, establece que concurrirán todas las instancias que hacen parte del Sistema de Protección Social y otros actores, quienes ejecutarán tareas para la intervención sobre los determinantes en salud, en forma coordinada, bajo las directrices, criterios y mecanismos del Consejo Nacional de Política Social (CONPES) y del Ministerio de la Protección Social. De conformidad con estos parámetros legales, los diferentes actores del SGSSS deberán coordinar e implementar mecanismos de seguimiento y coordinación en el uso de los recursos destinados por las normas vigentes a sus distintas actividades y fines en el sistema, buscando alcanzar una sinergia progresiva y sostenible en el uso de los recursos disponibles en el SGSSS.

En ese contexto, y teniendo en cuenta que la misma Ley 1438 de 2011 dispuso en su artículo 46 que “Sin perjuicio de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, se destinará un cuarto (1/4) de punto porcentual de la contribución parafiscal, establecida en la Ley 21 de 1982 en los artículos 11, numeral 1, y 12, numeral 1, a favor de las cajas de Compensación Familiar, a atender acciones de promoción y prevención dentro del marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud y/o en la unificación de los Planes de Beneficios, de forma concertada entre el Gobierno Nacional y las cajas de Compensación Familiar, conforme al reglamento”, y que dichos recursos “serán administrados directamente por las cajas de Compensación Familiar y harán parte de las deducciones previstas en el parágrafo del artículo 217 la Ley 100 de 1993

## 6. ESTRATEGIA EN EL TERRITORIO

### 6.1. DEFINICIONES

**ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS):** La APS debe ser entendida como el primer nivel de contacto de los individuos, familia y comunidad con el sistema de salud llevando la atención primaria lo más cerca posible del lugar donde viven y trabajan las personas. Se trata de asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables.

**OBJETIVO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS):** Contribuir al mejoramiento del nivel de salud, bienestar y calidad de vida de la población, como condiciones del desarrollo humano, mediante la instalación, desarrollo y consolidación de la estrategia de atención primaria en salud, para el cuidado de las familias.

Acercar los servicios que prestan tanto el Hospital Santa Margarita como las demás instituciones que puedan beneficiar las familias del Municipio ejecutando acciones que apunten a mejorar la accesibilidad a los diferentes programas que puedan intervenir los riesgos biopsicosociales identificados en las visitas familiares.

### COMPONENTES BÁSICOS DE LA APS

- Educación para la salud y prevención
- Provisión de alimentos y nutrición adecuada
- Asistencia materno infantil y planificación familiar
- Inmunizaciones
- Prevención y tratamiento de enfermedades endémicas locales
- Prevención y tratamientos de enfermedades prevalentes
- Suministro de medicamentos esenciales
- Financiamiento

## 6.2. ALCANCE

Todo el modelo se ubica dentro del marco de la promoción y prevención y busca mejorar paso a paso las condiciones de salud de los individuos y sus familias pasando de familias en muy alto riesgo a familias saludables.

## 6.3. RECTORÍA Y PLANEACIÓN

La rectoría de la estrategia estará a cargo de la Administración Municipal y la ESE Hospital Santa Margarita de tal forma que permita un mayor bienestar de la población y donde la estrategia de APS es la organizadora de todo el sistema.

El modelo deberá estar basado en la gestión del riesgo familiar y la promoción de la salud y prevención de la enfermedad de tal forma que se confiera poder a las comunidades y a los individuos para ejercer mayor control sobre su salud, factor esencial para abordar los principales determinantes sociales, todo con un abordaje biopsicosocial y la participación conjunta de la Secretaria Local de Salud y la ESE Hospital Santa Margarita.

## 6.4. ENFOQUE

- **APS como política:** Implica el desarrollo de un sistema sanitario que asuma el DERECHO A LA SALUD como un Derecho Humano. Implica la participación comunitaria: la SALUD como DERECHO requiere de ciudadanos que quieran y puedan ejercer CIUDADANÍA.
- **APS como estrategia:** Organización de los servicios sanitarios, servicios adecuados en RR.HH., materiales y financieros.
- **APS como conjunto de actividades intersectoriales:** educación sanitaria, saneamiento básico, inmunizaciones, abastecimiento de medicamentos.
- **APS como un nivel de asistencia:** Provisión de instalaciones y financiación, planificación y programación local, capacitación del equipo de salud, desarrollo de redes de atención para la referencia y contra referencia de pacientes.
- **APS como determinantes sociales en salud:** La salud no puede ser concebida únicamente como ausencia de enfermedad, hay determinantes sociales como la vivienda, la pobreza extrema, el analfabetismo que están relacionados con la salud física y mental
- **APS como enfoque de derechos:** Todas las personas tienen derecho a la salud sin discriminar las empresas prestadoras de salud, estratos socioeconómicos entre otros y es deber del estado brindar al atención primaria en salud que requieren.
- **APS como enfoque familiar:** La estrategia entiende que hay un paciente pero se interviene al grupo familiar entendiéndolo como un sistema en el cual cada una de las partes ayuda y es responsable de la salud biopsicosocial del grupo.

- **Ciclo vital:** La estrategia abarca diferentes momentos de ciclo vital, desde que el sujeto está en periodo de gestación, la infancia hasta que son adultos y padecen enfermedades crónicas.

## 6.5. ESTRUCTURA PARA EL FUNCIONAMIENTO

El equipo de trabajo es de carácter multidisciplinario y está constituido por:

Recurso humano: para la implementación de la estrategia se contará con 10 Auxiliares de salud pública, 1 profesional en medicina, 1 Enfermera, 1 Nutricionista, 1 profesional en Sociología, 1 cito-histotecnóloga, 1 psicólogo, 1 fisioterapeuta y 1 licenciado en deportes y 1 profesional en gestión de sistemas de información.

Este equipo tendrá como funciones generales:

- Eliminar barreras de Acceso.
- Proporcionar atención integral e integrada a la población.
- Promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
- Atender las necesidades de salud de las personas basándose en la evidencia y utilizando los recursos disponibles con criterio de eficiencia, efectividad y equidad.
- Planificar para intervenir, focalizando en la familia y la comunidad.
- Facilitar y promover la participación social en salud.
- Favorecer la accesibilidad y la utilización de los servicios.
- Establecer el primer contacto.

### **Auxiliares de Salud pública.**

- Efectuar cronograma mensual en el cual se denoten las actividades de intervención a la población residente de la zona asignada, las visitas de seguimiento a las familias objeto de la estrategia, programación de las intervenciones de educación, las acciones encaminadas al logro de coberturas de actividades de PyP, además de las búsquedas activas comunitarias y demanda inducida a las citologías cervico-uterinas.
- El personal Auxiliar serán los encargados de efectuar caracterización de la población residente de su zona asignada, ello por medio de la historia familiar, la cual deberá estar debidamente diligenciada, dando fé de la veracidad de la información y el correcto desarrollo del debido proceso de recolección descrito por la coordinación de la intervención.
- Aportar a los diagnósticos de salud de las comunidades intervenidas, colaborando en la

identificación de determinantes de salud alterados.

- Así mismo el personal deberá dar cumplimiento a la meta mensual establecida con la coordinación de APS, la Subgerencia científica y el área de salud pública en representación de la dirección local de salud.
- De forma mensual cada auxiliar en salud pública deberá planear, desarrollar y evaluar por lo menos una intervención educativa a grupos o redes sociales ya establecidos (juntas de acción comunal, madres comunitarias, agrupaciones educativas,) actividades las cuales deben contar con registros en físicos de las actas con sus respectivas firmas y evidencias fotográficas del desarrollo de la intervención.
- En razón de una oportuna consolidación de la información, cada Auxiliar de Salud Pública será responsable por la generación de datos confiables en la medida que se establezcan reportes y notificaciones de cifras requeridas para la constante evaluación del accionar en terreno.
- Garantizar una efectividad como mínimo del 90% de las demandas inducidas efectuadas en terreno, haciendo cortes de evaluación cada 40 días.
- Propender por el mejoramiento de los indicadores de salud pública de su comunidad o zona asignada.
- Efectuar notificación inmediata de los riesgos o daños reales a la salud que requieran de una intervención más profunda y medicalizada, además de las situaciones de enfermedad, abandono y evidencia de posibles o confirmados eventos de interés en salud pública.
- Seguimiento a las familias categorizadas como familias objeto de la intervención, ello en relación a la priorización efectuada mediante la historia familiar.
- Participar en la planeación, desarrollo y evaluación de las distintas brigadas de salud efectuadas en el marco de la estrategia.
- Hacer entrega mensual del informe de actividades dando parte del cumplimiento de sus objetivos a la coordinación APS la ESE Santa Margarita y la Dirección Local de Salud.

### **Profesional de medicina.**

- Aportar a los diagnósticos de salud de las comunidades intervenidas, colaborando en la identificación de determinantes de salud alterados.
- Participa en el comité APS- Gestión del Riesgo efectuado en la ESE proporcionando sus apreciaciones sobre el proceso desarrollado y sus posibles mejoras.
- Desarrollar intervención médica en población priorizada, comprendiendo dentro de ello la valoración, formulación de tratamiento y medios paraclínicos, además de las posibles remisiones que puedan ser necesarias.

- Hará promoción de los hábitos de vida saludables y prevención de las enfermedades y sus complicaciones por medio de la educación para la salud brindada dentro de la atención a la familia.
- Efectuar notificación inmediata de los riesgos o daños reales a la salud que requieran de una intervención más profunda y diferenciada, además de las situaciones de enfermedad, abandono y evidencia de posibles o confirmados eventos de interés en salud pública.
- Apoya al grupo APS en el desarrollo de intervenciones educativas dirigidas a grupos o redes sociales ya establecidos (juntas de acción comunal, madres comunitarias, agrupaciones educativas,)
- Efectúa plan de alta a las familias que egresan del grupo de priorización, en el cual se dé cuenta de la intervención realizada y se puedan tener direccionamientos acerca de los determinantes objeto de seguimiento.

### **Profesional de Enfermería Comunitaria.**

- Aportar a los diagnósticos de salud de las comunidades intervenidas, colaborando en la identificación de determinantes de salud alterados.
- Apoyar al grupo APS en el desarrollo de intervenciones educativas dirigidas a grupos o redes sociales ya establecidos (Juntas de Acción Comunal, madres comunitarias, agrupaciones educativas,)
- Efectúa seguimiento a los pacientes con alteraciones de la salud que según criterio médico requieran del acompañamiento de un profesional de enfermería.
- Desarrollar actividades de promoción de los hábitos de vida saludables y prevención de las enfermedades y sus complicaciones por medio de la educación para la salud brindada dentro de la atención a la familia.
- Junto con la coordinación APS realiza seguimiento y evaluación de la estrategia familia saludable.
- Notificará de forma inmediata de los riesgos o daños reales a la salud que requieran de una intervención más profunda y/o medicalizada, además de las situaciones de enfermedad, abandono y evidencia de posibles o confirmados eventos de interés en salud pública.
- Con las familias que hayan llegado al fin del acompañamiento hará cierre del seguimiento y planteará un plan de alta donde se puedan constatar los logros alcanzados, posterior a ello digitalizará el plan para poder hacer su análisis.

### **Profesional de psicología**

- Atender las notificaciones realizadas por los auxiliares de salud pública u otro profesional de la estrategia.

- Evaluar y diagnosticar a cada uno de los pacientes remitidos.
- Realizar las pertinentes asesorías psicológicas a la comunidad.
- En caso de necesitar proceso psicoterapéutico, remitir y encaminar a los pacientes a sus EPS.
- Tratar el abuso sexual y la violencia intrafamiliar.
- Prevenir el suicidio.
- Prevenir el embarazo en adolescentes, creando conciencia y ayudando a construir proyectos de vida.
- Realizar sesiones educativas para los familiares y cuidadores de los pacientes pediátricos.
- Aumentar la adherencia de los pacientes al programa.

### **Profesional química farmacéutica**

- Verificar el uso adecuado de los medicamentos en el domicilio de los pacientes.
- Identificar factores de riesgo, sobre el uso de medicamentos, interacciones, automedicación, alergias, a partir de una anamnesis y una inspección, que permite identificar, evaluar, crear plan de acción que incluye educación e intervención.

### **Personal de citohistotecnología**

- Aumentar la cobertura de las citologías cervicouterinas, por medio de la inducción a la demanda.
- Realizar seguimiento a cada una de las pacientes con resultado alterado.
- Gestionar con cada una de las EPS, el proceso indicado para tratar a las pacientes con análisis alterado.
- Educar a la población objeto acerca de la importancia de la citología, y de recurrir a métodos para evitar ETS.
- Asignar citas por medio de llamadas telefónicas para asistir a la prueba citológica.
- Promover y prevenir cáncer de cérvix, por medio de sesiones educativas.
- Orientar a los jóvenes de los distintos programas de PYP.

### **Auxiliar de la línea salud**

- Recibir llamadas de los usuarios del programa, orientándolos en sus inquietudes, dudas y preguntas.

- Solicitar citas para los pacientes del programa.
- Gestionar exámenes de laboratorio, citas de especialistas.
- Actualizar base de datos.
- Programar visitas de profesionales.

### **Profesional en gerencia de sistemas de información de salud**

- Crear soportes de manejo de Bases de datos.
- Creación, seguimiento y evaluación de indicadores.
- Administración de sistemas de información.
- Apoyo en el uso de sistemas de información.

### **Personal (nutricionista, Fisioterapeuta)**

- Aportar a los diagnósticos de salud de las comunidades intervenidas, colaborando en la identificación de determinantes de salud alterados.
- Efectuar intervención en su área de atención (nutrición, fisioterapia) en población priorizada, comprendiendo dentro de ello la valoración, formulación de tratamiento, establecimiento de indicaciones, además de las posibles remisiones que puedan ser necesarias.
- Efectuar promoción de los hábitos de vida saludables y prevención de las enfermedades y sus complicaciones por medio de la educación para la salud brindada dentro de la atención a la familia.
- Hará notificación inmediata de los riesgos o daños reales a la salud que requieran de una intervención más profunda y diferenciada, además de las situaciones de enfermedad, abandono y evidencia de posibles o confirmados eventos de interés en salud pública.
- Apoya al grupo APS en el desarrollo de intervenciones educativas dirigidas a grupos o redes sociales ya establecidos (Juntas de Acción Comunal, madres comunitarias, agrupaciones educativas,)
- Efectúa plan de alta a las familias que egresan del grupo de priorización, en el cual se dé cuenta de la intervención realizada y se puedan tener direccionamientos acerca de los determinantes objeto de seguimiento.

### **Profesional de las Ciencias Sociales**

- Aportar a los diagnósticos de salud de las comunidades intervenidas, colaborando en la identificación de determinantes de salud alterados.

- Intervendrá las familias con disfuncionalidades, propendiendo por la minimización de factores de riesgo de tipo social.
- El profesional de las Ciencias Sociales estará a cargo del componente inter y transectorial de la estrategia de familias saludables, interlocutando con dependencias de la administración municipal que realicen intervención social, económica y judicial (Defensoría, SISBEN, educación, vivienda, Comisaría, Fiscalía, etc.) con el fin de dar la, orientando a la oferta institucional y facilitando el acceso a los programas del ofertados por el Municipio.

Estas funciones estarán acordes a los planes de intervención del presente documento.

## **6.6. COBERTURA Y POBLACIÓN OBJETO**

Para el desarrollo del modelo de atención primaria con enfoque en la gestión del riesgo familiar se caracterizarán 1600 familias del Municipio de Copacabana las cuales serán clasificadas en:

- Familias saludables
- Familias en bajo riesgo
- Familias en mediano riesgo
- Familias en alto riesgo
- Familias en muy alto riesgo

### **6.6.1. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN**

La estrategia Atención Primaria en Salud del Municipio tiene como criterio de priorización la territorialidad y el riesgo biológico.

El Municipio de Copacabana en el trascurso del tiempo en el que ha ejecutado la estrategia se ha limitado solo a beneficiar la población de la zona rural como prioridad por el factor de acceso y vulnerabilidad, esta priorización ha permitido abordar aproximadamente 2000 familias continuamente correspondientes al 80% de la zona rural.

Desde el año 2012 se inició con un proceso de identificación de los pacientes que más atenciones requerían del servicio de urgencias y hospitalización con diagnósticos como HTA, DM, EPOC, Gestantes, IRA, EDA, DNT, bajo peso al nacer, de dichas familias se priorizaron 150 con el fin de garantizar una atención especial que favoreciera la reducción de complicaciones y mortalidades evitables por consecuencia de dichas patologías.

Las familias luego de ser visitadas por los auxiliares de salud pública son clasificadas en cinco riesgos acorde al total de factores de riesgo que son identificados, la gravedad de los mismos y los factores protectores. Esta clasificación es dada después de realizada visita domiciliaria y diligenciamiento de la historia familiar como instrumento de valoración.

Cuadro 1. Clasificación de Riesgos

TIPO DE RIESGO	FACTORES DE CLASIFICACIÓN FAMILIA SALUDABLE
<b>RIESGO DE TIPO SOCIAL</b>	Familia priorizada que seguido a la caracterización no fueron identificados riesgo para la salud de orden biológico, Psíquico o Social que ameriten una intervención por parte de la estrategia APS con GRF.

TIPO DE RIESGO	FACTORES DE CLASIFICACIÓN FAMILIA SALUDABLE
<b>RIESGO DE TIPO BIOLÓGICO</b>	Familias susceptibles de ingresar a un programa de promoción y prevención.
	Antecedentes familiares de enfermedades crónicas.
	Hábitos de vida poco saludables (biológicos)

TIPO DE RIESGO	FACTORES DE CLASIFICACIÓN PARA RIESGO MEDIO
<b>RIESGO DE TIPO SOCIAL</b>	Ausencia de aseguramiento al SGSSS
	Condiciones que favorecen el crecimiento de vectores en el hogar
	Deserción y/o fracaso escolar
	Familia aislada socialmente, conflictos con vecinos
	Familia con dificultad en el acceso a la salud (económico, geográfico, etc.)
	Familias numerosas con escasos ingresos
	Foco cercano contaminación ambiental
	Hogar monoparental y/o conflictos crónicos de pareja
	Integrante del grupo familiar con problemas de delincuencia o conflicto con la justicia
	Menores de 5 años
	No escolaridad de menores de 12 años
	Presencia de tabaco o exposición al humo constante
	Prostitución adulto
	Trabajo infantil en niños menores de 14 años
	Tutor o cuidador de niños(as) y/o adolescentes con educación básica incompleta
Vulnerabilidad socio económica; pobreza no indigente	
Inadecuado saneamiento básico y/o inadecuadas condiciones de vivienda (recursos básicos: agua, luz, condiciones de hacinamiento etc...)	
<b>RIESGO DE TIPO PSICOLÓGICO</b>	Discapacidad física o mental de un integrante del grupo familiar (incluye postrados)
	Enfermedad grave o terminal de un integrante del grupo familiar
	Patología de salud mental leve o moderada
	Patología salud mental severa de un integrante del grupo familiar
	Comportamiento antisocial temprano, como mentir o robar, especialmente en niños y además asociado a timidez, agresividad e hiperactividad.
	Ideaciones o intento suicida
<b>RIESGO DE TIPO BIOLÓGICO</b>	Patología crónica diagnosticada controlada (HTA, DM, EPOC)
	Paciente con VIH
	Paciente con enfermedades de transmisión sexual
	Paciente con cáncer
	Pacientes con diagnóstico de TB

<b>TIPO DE RIESGO</b>	<b>FACTORES DE CLASIFICACIÓN PARA RIESGO ALTO LISTA DE ESPERA PARA RIESGO MUY ALTO POR TANTO LOS FACTORES SON IGUALES</b>
<b>RIESGO DE TIPO SOCIAL</b>	Escolaridad de la madre Riesgo Primaria incompleta Primaria completa
	Madre adolescente Riesgo si
	Hogar desintegrado Riesgo si Escolaridad de la madre Riesgo Primaria incompleta Primaria completa
	Desinformación o negligencia de los cuidadores
	Víctima de violencia Riesgo Si
<b>RIESGO DE TIPO PSICOLÓGICO</b>	Embarazo deseado Riesgo no
	Apoyo de la pareja y/o familia Riesgo No
	Gestante con discapacidad mental o física Riesgo Si
	Rechazo de la maternidad Riesgo Si
<b>RIESGO DE TIPO BIOLÓGICO</b>	<b>HIPERTENSIÓN CRITERIOS</b>
	Edad riesgo M › 55 años F › 65 años
	Número de urgencias en el año anterior por complicaciones en la patología Riesgo › 2 veces
	Número de hospitalizaciones en el año anterior por complicaciones en la patología Riesgo › 2 veces
Número de remisiones a nivel superior de complejidad en el año anterior por complicaciones en la patología Riesgo > 2 veces	

<b>RIESGO DE TIPO BIOLÓGICO</b>	Cifras de presión arterial Grado 1 PAS 140-159 mmhg PAD 90-99 mmhg Grado 2 PAS 160-179 mmhg PAD 100-109 mmhg Grado 3 PAS $\geq$ 180 mmhg PAD $\geq$ 110 mmhg
	Fumador Riesgo si
	Cifras de última creatinina Riesgo M $>$ 1.5 mg/dl Riesgo F $>$ 1.4 mg/dl
	Cifras de último colesterol Riesgo $>$ 249 mg/dl
	Cifras de último colesterol HDL Riesgo M $<$ 49 mg/dl Riesgo $<$ 41 mg/dl
	Cifras de triglicéridos Riesgo $>$ 190 mg/dl Riesgo F $<$ 41 mg/dl
	Cifras de último colesterol LDL Riesgo $>$ 155 mg/dl Riesgo F $<$ 41 mg/dl
	Riesgo de obesidad periférica Riesgo M $>$ 102 cm Riesgo F $>$ 88 cm Riesgo F $<$ 41 mg/dl
	IMC riesgo $>$ 25
	Proteína C reactiva Riesgo $>$ 1 mg/dl
	HVI (Hipertrofia Ventricular Izquierda) Riesgo si presenta
	Glicemia en ayunas Riesgo $>$ 126 mg/dl
	Glicemia post prandial Riesgo $>$ 198 mg/dl
	Glicemia post prandial Riesgo $>$ 198 mg/dl
	Diabético Riesgo Tipo 1 - Tipo 2
EPOC Riesgo si presenta	

<b>RIESGO DE TIPO BIOLÓGICO</b>	RETINOPATÍA Riesgo grado 1- grado 2
	CONDICIÓN CLÍNICA ASOCIADA Angina Enfermedad cardiaca Enfermedad cerebro vascular Enfermedad vascular periférica Hemorragia Cerebral IAM ICC Infarto Cerebral Insuficiencia renal Nefropatía
	<b>DIABETES CRITERIOS</b>
	Edad riesgo M > 55 años F > 65 años
	Número de urgencias en el año anterior por complicaciones en la patología Riesgo > 2 veces
	Número de hospitalizaciones en el año anterior por complicaciones en la patología Riesgo > 2 veces
	Número de remisiones a nivel superior de complejidad en el año anterior por complicaciones en la patología Riesgo > 2 veces
	Cifras de presión arterial Grado 1 PAS 140-159 mmhg PAD 90-99 mmhg Grado 2 PAS 160-179 mmhg PAD 100-109 mmhg Grado 3 PAS >=180 mmhg PAD >= 110 mmhg
	Fumador Riesgo si
	Cifras de última creatinina Riesgo M > 1.5 mg/dl Riesgo F > 1.4 mg/dl
	Cifras de último colesterol Riesgo > 249 mg/dl
	Cifras de último colesterol HDL Riesgo M < 49 mg/dl Riesgo F < 41 mg/dl
	Cifras de triglicéridos Riesgo > 190 mg/dl
	Cifras de último colesterol LDL Riesgo > 155 mg/dl

<b>RIESGO DE TIPO BIOLÓGICO</b>	Diálisis Riesgo Si presenta
	IMC riesgo > 26
	Proteína C reactiva Riesgo > 1 mg/dl
	Glicemia en ayunas Riesgo > 126 mg/dl
	Glicemia post prandial Riesgo > 198 mg/dl
	Diabético Riesgo Tipo 1 - Tipo 3
	RETINOPATÍA Riesgo grado 1- grado 3
	Úlcera activa Riesgo presencia
	Amputación previa o úlcera cicatrizada Riesgo presencia
	Deformidad del pie Riesgo presencia
	Hemoglobina glicosada Riesgo
	Alcoholismo Riesgo presencia
	Antecedentes de diabetes familiar
	Antecedentes de diabetes gestacional o hijos macrosómicos Riesgo presencia
	Ceguera establecida Riesgo presencia
	Condición Clínica Asociada Angina Enfermedad cardiaca Enfermedad cerebro vascular Enfermedad vascular periférica Hemorragia Cerebral IAM ICC Infarto Cerebral Insuficiencia renal Nefropatía
	<b>EPOC CRITERIOS</b>
	Número de urgencias en el año anterior por complicaciones en la patología Riesgo > 2 veces

<b>RIESGO DE TIPO BIOLÓGICO</b>	Número de hospitalizaciones en el año anterior por complicaciones en la patología Riesgo > 2 veces
	Número de remisiones a nivel superior de complejidad en el año anterior por complicaciones en la patología Riesgo > 2 veces
	Fumador Riesgo si
	Exposición a humo, polvo o sustancias químicas Riesgo Fuma Actualmente Fumo en el pasado y ahora no lo hace
	Disnea Riesgo La disnea hace que tenga parar a descansar al andar unos 100 metros o pocos minutos después de andar en llano La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse Fumo en el pasado y ahora no lo hace
	Oxígeno dependiente Riesgo Si
	Actividad física Riesgo Menor a 30 minutos/día No hace actividad física
	Exacerbación. Aquellas que precisan al menos tratamiento con corticoesteroides sistémicos y/o antibióticos Riesgo si presenta
	<b>IRA CRITERIOS</b>
	Número de urgencias en el año anterior por complicaciones en la patología Riesgo > 2 veces
	Número de hospitalizaciones en el año anterior por complicaciones en la patología Riesgo > 2 veces
	Número de remisiones a nivel superior de complejidad en el año anterior por complicaciones en la patología Riesgo > 2 veces
	Presencia de malformaciones congénitas Riesgo si presenta
Tabaquismo Materno Riesgo si presenta	

<b>RIESGO DE TIPO BIOLÓGICO</b>	Peso en relación con la edad Riesgo <-3 Peso muy bajo para la edad o desnutrición aguda severa <-2 Peso bajo para la edad desnutrición global -2 a <-1 Riesgo de peso bajo para la edad
	Peso al nacer en gramos Riesgo < 2500 grm
	Lactancia materna Riesgo Lactancia materna no exclusiva y no acorde a la edad Lactancia materna no exclusiva y acorde a la edad No hay lactancia materna encontrándose en edad para ello
	Número de episodios de síndrome bronquial obstructivo crónico durante el año 2012 o en lo corrido del año 2013 Riesgo >2 episodios
	Síndrome Bronquial Persistente Riesgo si
	<b>CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRITERIOS</b>
	Esquema de vacunación para la edad Riesgo incompleto
	Peso en relación con la edad Riesgo <-3 Peso muy bajo para la edad o desnutrición aguda severa <-2 Peso bajo para la edad desnutrición global -2 a <-1 Riesgo de peso bajo para la edad
	Talla en relación con la edad Riesgo <-2 Talla baja para la edad o retraso en talla -2 a <-1 Riesgo de talla baja
	Peso en relación con talla Riesgo <-3 Peso muy bajo para la talla o desnutrición aguda severa <-2 Peso bajo para la edad desnutrición global -2 a <-1 Riesgo de peso bajo para la talla >1 a =2 Sobrepeso >2 Obesidad
	Perímetro Cefálico Riesgo <-2 factor de riesgo para el neurodesarrollo >-2 factor de riesgo para el neurodesarrollo
	Número de urgencias en el año anterior por complicaciones en la patología Riesgo > 2 veces

<b>RIESGO DE TIPO BIOLÓGICO</b>	Número de hospitalizaciones en el año anterior por complicaciones en la patología Riesgo > 2 veces
	Número de remisiones a nivel superior de complejidad en el año anterior por complicaciones en la patología Riesgo > 2 veces
	Lactancia materna Riesgo Lactancia materna no exclusiva y no acorde a la edad Lactancia materna no exclusiva y acorde a la edad No hay lactancia materna encontrándose en edad para ello
	Lactancia materna Riesgo Lactancia materna no exclusiva y no acorde a la edad Lactancia materna no exclusiva y acorde a la edad No hay lactancia materna encontrándose en edad para ello
	Uso de biberón o chupa Riesgo si
	Madre adolescente Riesgo si
	Embarazo deseado Riesgo no
	Hogar desintegrado Riesgo si
	Escolaridad de la madre Riesgo Primaria incompleta Primaria completa
	Criterios de maltrato infantil físico muy grave Riesgo Presencia de lesiones físicas graves sugestivas Fracturas de cráneo, huesos largos o de reja costal, únicas o múltiples, sugestivas Hemorragias retinianas Hematomas subdurales o subaracnoideos, únicos o múltiples Quemaduras intencionales Equimosis en niños que no deambulan o equimosis sugestivas a cualquier edad. Marcas de mordedura humana por adultos u otras impresiones cutáneas sugestivas de agresión Incoherencia del relato con las lesiones, la edad y el nivel de desarrollo del niño. Relato por el niño o testigos de éstas lesiones

<b>RIESGO DE TIPO BIOLÓGICO</b>	<p>Maltrato físico, maltrato emocional y/o negligencia, abandono</p> <p>Riesgo</p> <p>Relato de maltrato físico asociado o no con maltrato emocional y/o negligencia</p> <p>Hallazgos menores al examen físico (huellas de pellizcos, equimosis)</p> <p>Relato de maltrato emocional o negligencia</p> <p>Comportamiento inadecuado del cuidador</p> <p>Expresión de problemas emocionales en el niño</p> <p>Patrones de crianza autoritaria o negligente</p> <p>Exposición del niño a violencia intrafamiliar</p> <p>Acciones de protección, de asistencia alimentaria y de educación hacia el niño deficientes o ausentes</p> <p>Niño descuidado en su higiene o en su presentación personal</p> <p>Niño descuidado en su salud</p> <p>Niño en situación de calle.</p>
	<p>Criterios de abuso sexual en el niño</p> <p>Riesgo</p> <p>Sangrado vaginal o anal traumático por violencia</p> <p>Signos de trauma genital con sospecha de manipulación o penetración</p> <p>Hallazgo de semen en cualquier parte del cuerpo con historia de violencia sexual.</p> <p>Diagnóstico de sífilis, gonorrea, HIV (descartando transmisión vertical)</p> <p>Evidentes expresiones de actividad sexual inapropiadas para la edad</p> <p>Relato por el niño o testigos de violencia sexual.</p>
	<p>Sospecha de abuso sexual en el niño</p> <p>Riesgo</p> <p>Diagnostico de clamidia o tricomoniasis</p> <p>Diagnóstico de condilomatosis genital-anal</p> <p>Cuerpos extraños en vagina o ano</p> <p>Si el cuidador, el niño o testigo plantean la posibilidad de abuso sexual</p> <p>Dolor o molestias en el área genital no explicados por causas comunes</p> <p>Temor a los adultos, rechazo al padre u otros familiares o a las personas cuidadoras</p> <p>Expresión de comportamientos sexualizados</p> <p>Niño en situación de calle</p>
	<p>Escala del desarrollo</p> <p>Riesgo</p> <p>Sospecha de retraso del desarrollo</p> <p>Riesgo de problema en el desarrollo</p>

<b>RIESGO DE TIPO BIOLÓGICO</b>	<b>GESTANTES CRITERIOS</b>
	<p>Antecedentes obstétricos</p> <p>Riesgo</p> <p>Gestas &gt; 4</p> <p>Partos &gt; 3</p> <p>Abortos &gt; 1</p> <p>Cesáreas &gt; 1</p>
	<p>Trimestre de inicio de CPN</p> <p>Riesgo &gt;= 12 semanas</p>
	<p>IMC</p> <p>Riesgo</p> <p>Bajo peso</p> <p>Sobrepeso</p> <p>Obesidad</p> <p>Antecedentes de riesgo en la gestante</p> <p>Riesgo</p> <p>Periodo integenesico corto</p> <p>Cesárea anterior</p> <p>Feto valioso</p> <p>Amenaza de parto pre término</p> <p>Anemia severa (hb menor de 10)</p> <p>Antecedentes de abortos</p> <p>Antecedentes de malformaciones congénitas</p> <p>Antecedentes personales : endocrinopatías, asma, erc, enfermedades cardiacas, trombofilias, epilepsia, trastornos psiquiátricos</p> <p>Diabetes gestacional</p> <p>Diabetes previa</p> <p>Edad extrema</p> <p>Hipertensión gestacional</p> <p>Hipertensión previa</p> <p>Incompetencia cervical</p> <p>Infecciones en la gestación</p> <p>Multiparidad</p> <p>Peso bajo</p> <p>Sobrepeso/obesidad</p> <p>Rh negativo</p>
<p>Riesgo Placentarios y ovulares</p> <p>Riesgo</p> <p>Gestación múltiple</p> <p>Placenta previa</p> <p>Poli hidramnios</p> <p>Oligohidramnios</p>	

<b>RIESGO DE TIPO BIOLÓGICO</b>	Riesgo en feto Riesgo Retardo en crecimiento intrauterino Desproporción céfalo pélvica Malformación congénita Isoimmunización VIH Sífilis Hepatitis B
	Riesgo obstétrico Riesgo ARO
	Fumador Riesgo si
	Alcoholismo y drogadicción Riesgo presencia
	Factores de riesgo embarazo actual Riesgo Amenaza de parto pre término Crecimiento intrauterino restringido Defecto congénito fetal Embarazo gemelar y múltiple Embarazo pos término Endocrinopatías Enfermedad hematológica Enfermedad respiratoria crónica Epilepsia y otras enfermedades Estática fetal anormal <sup>3</sup> 36ª semana Hemorragia genital Infección de transmisión perinatal Infección urinaria de repetición Isoinmunización Rh Oligohidramnios Patología médico-quirúrgica grave Placenta previa asintomática (diagnóstico ecográfico <sup>3</sup> 32ª semana) Poli hidramnios Ruptura prematura de las membranas amnióticas Tumoración uterina
	HIV Riesgo Reactiva
	Hepatitis B Riesgo Reactiva

	CA DE CÉRVIX CRITERIOS
	<b>RIESGO DE TIPO BIOLÓGICO</b>
Resultado de la citología Riesgo ASCUS (Cel escamosas atípicas) ASC H ACGUS (Cel glandulares atípicas) LIE BG LIE AG Carcinoma Resultado de colposcopia NIC I NIC II NIC III CÁNCER	

## **6.7. ÁMBITOS DE ACCIÓN**

Este modelo de atención conjunta apunta hacia los siguientes escenarios de acción:

### **6.7.1. ACCESO Y COBERTURA**

Desde la perspectiva de la APS el acceso es la eliminación de barreras geográficas, financieras, socioculturales, organizacionales, de género y estructurales para la participación dentro del sistema de salud y/o la utilización de los servicios de acuerdo con las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad. Con este modelo integrador se busca intervenir sobre las condiciones críticas de familias con un alto riesgo en su situación de salud.

### **6.7.2. ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA**

La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responderá las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado. La integralidad en este modelo está dada por el trabajo conjunto de la administración municipal y la ESE Hospital Santa Margarita donde se realiza un trabajo por un grupo de profesionales de diferentes disciplinas que realizan intervenciones a nivel individual y colectivo que incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, gestión hacia la atención terciaria y paliativa.

### **6.7.3. ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

Es la atención en salud en el momento de intervención más temprano posible dentro del proceso salud-enfermedad y/o entre el riesgo, los problemas de salud y secuelas en el modelo de APS y gestión del riesgo, esta atención de salud se presta al individuo, la familia y la comunidad. En lo individual, comprende las acciones de educación y la promoción de la salud, fortaleciendo las capacidades de las personas en la prevención de la enfermedad y el auto cuidado. A nivel comunitario, la APS coordina con otros sectores la realización de actividades de prevención.

## 6.8. PRIORIDADES EN LA LÍNEA DE ATENCIÓN

### **Familias Saludables**

En este grupo quedan clasificadas las familias que no presentan ningún factor de riesgo frente al proceso salud – enfermedad. Familias saludables fomenta la construcción de una cultura de salud, basada en la solidaridad, respeto, desarrollo de valores y principios.

### **Familias en Bajo Riesgo**

Familias que son susceptibles de ingresar a los programas de detección temprana y protección específica.

### **Familias en Riesgo Moderado**

Familias que requieran recibir atención por medicina, nutrición, enfermería, fisioterapia o cualquier otra área.

### **Familias en Riesgo Alto**

Familias que en la comunidad, se encuentran en condiciones de vulnerabilidad ya sea por pobreza, y/o por alto riesgo en salud y/o por vulnerabilidad social u otra condición que la realidad regional o local considere.

### **Familias en Muy Alto Riesgo**

Familias o individuos que presentan descompensaciones o alteraciones graves en su proceso de enfermedad como es el caso de crónicos (HTA, EPOC, Diabetes) o descompensaciones en etapas de la vida como es el caso de gestantes de muy alto riesgo, menores de cinco años en el programa de IRA, desnutrición, bajo peso al nacer.

## 6.9. RUTA DE ATENCIÓN

### 6.9.1. RUTA DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN PRIORIZADA.

El grupo de atención primaria en salud cuenta con 10 auxiliares en salud pública, los cuales tendrán a su cargo el desarrollo de las actividades de caracterización a la población priorizada, además del seguimiento a las mismas, garantizando el cumplimiento de las intervenciones planteadas por el grupo interdisciplinario de salud APS con GRF, en orden de la atención.

#### **Historia Familiar.**

La historia familiar es la recopilación de datos que permiten hacer una caracterización de la población abordada, esta información es consignada en la cartilla "Historia Familiar" en ella se hacen presentes aspectos socio demográficos, de accesibilidad a los servicios, proceso de gestación y el parto, procesos satisfactorios para el desarrollo humano, funcionalidad familiar.

Los auxiliares en salud pública tendrán como objetivo durante el desarrollo de la intervención la caracterización de la población, garantizando el completo y adecuado diligenciamiento de los instrumentos proporcionados para tal fin.

Así mismo el personal Auxiliar en Salud Pública será el primer contacto de la intervención con las familias residentes de las zonas priorizadas y con ello activaran el sistema de atención mediante la categorización de la familia según los parámetros establecidos (Familias en Riesgo Bajo, Familia en Riesgo Moderado y Familia en Riesgo Alto) Cabe señalar que la familia en Muy Alto Riesgo es identificada de forma institucional por medio de los criterios biológicos que señalan a un integrante de la familia como paciente del hospital con complicaciones dentro de su estado mórbido que amerite ser intervenido.

#### **Seguimiento Familiar.**

El personal de salud pública además de hacer la respectiva caracterización de la población residente en las zonas priorizadas tendrá a cargo el seguimiento de los grupos familiares que ameriten un proceso de verificación constante en el cual se dé cuenta de la resolución en sus limitantes de salud.

Cumplimiento de citas, toma de exámenes laboratorios y su respectiva lectura, desarrollo de interconsultas por el grupo APS y respuesta de los programas municipales de atención a la población vulnerable son solo algunas de las situaciones que estarán bajo seguimiento del personal auxiliar de la estrategia APS

## **Notificación de Atención.**

La notificación es el proceso mediante el cual el personal Auxiliar en Salud Pública da a conocer a la coordinación APS la necesidad de intervención por profesional de la salud, o así mismo la gestión frente a un determinante de origen social que encuentra solución en programas y proyectos municipales. Para tal fin se plantearon dos tipos de notificación, las cuales se abordarán con profundidad a continuación.

**Notificación de Atención Inmediata.** Esta se efectúa terminada el día de labores por parte del Auxiliar en Salud Pública, el cual diligenciará el respectivo formato y hará la notificación telefónica frente a la situación identificada. Los casos a notificar podrán reunir los siguientes elementos.

- Existe compromiso vital.
- Población adulta en condición de abandono.
- Sospecha de violencia sexual contra menor.
- Posible EDA, IRA, Desnutrición.

**Notificación semanal de Atención.** Esta se efectúa el viernes de cada semana por parte del Auxiliar en Salud Pública, el cual diligenciará el respectivo formato y hará la notificación de los casos que pueden reunir las siguientes características.

- Población sin escolarización.
- Ausencia de afiliación al SGSSS.
- Población objeto de programas del Gobierno Municipal.
- Familias que seguido a la caracterización requieren intervención por personal de salud APS.

## **6.9.2. ATENCIÓN POR PROFESIONAL**

### **Medicina y Enfermería**

Estas atenciones son canalizadas por los Agentes Comunitarios en Salud, quienes harán las remisiones anteriormente descritas. Los usuarios pasarán de muy alto o alto a bajo riesgo sólo cuando se evidencie que se encuentran dando cumplimiento al tratamiento médico y las recomendaciones brindadas durante las visitas, consumiendo adecuadamente los medicamentos, y por lo tanto, durante un tiempo representativo sus patologías se encuentren estables, controladas y no hayan sido motivo de consulta por urgencias ni de hospitalización. La toma de esta decisión también tendrá en cuenta la adherencia al tratamiento por psicología y nutrición.

## **Psicología**

Los usuarios pasarán a bajo riesgo cuando el profesional considere que se encuentran estables emocionalmente y cuando estén empoderados de su estado de salud y el tratamiento de sus patologías, es decir cuando cumplan con el tratamiento médico, de enfermería y de nutrición. Esto deberá estar evidenciado con la ausencia de los usuarios en los servicios de urgencias y hospitalización.

## **Nutrición**

Los pacientes con enfermedades crónicas solamente pasarán a ser de bajo o medio riesgo cuando el usuario se encuentre dando cumplimiento al plan de alimentación y las recomendaciones brindadas durante las visitas nutricionales, y por lo tanto sus patologías se encuentren totalmente controladas y sin algún tipo de complicaciones durante las últimas tres visitas de seguimiento.

En cuanto a los pacientes pediátricos de bajo peso o desnutrición, solamente pasarán a bajo o muy bajo riesgo cuando recuperen su peso y este sea clasificado como adecuado para su edad y talla. También deberá evidenciarse que sus cuidadores realmente estén dando cumplimiento al plan de alimentación y a las recomendaciones brindadas, de tal manera que el usuario esté recibiendo una alimentación sana, balanceada, nutritiva, y suficiente para cumplir con sus necesidades nutricionales. De igual manera la familia debe estar aplicando hábitos higiénicos en el hogar, en especial durante la manipulación de los alimentos.

Las gestantes de ARO dejarán de ser de alto riesgo cuando el bebé nazca saludable, con peso adecuado, y se hayan brindado las herramientas necesarias para que tanto el bebé como la madre reciban los cuidados y la alimentación adecuada. Por el contrario, si el bebé nace con bajo peso deberá ser ingresado inmediatamente al programa y solamente pasará a ser de bajo riesgo cuando esté totalmente recuperado.

La decisión de cerrar el proceso y pasar a los usuarios del programa a bajo riesgo también dependerá de que durante un tiempo representativo no hayan consultado por urgencias ni hayan sido hospitalizados por descontrol de sus patologías.

## 7. FAMILIAS SALUDABLES

Se define como familia saludable aquella en la que sus miembros se encuentran en la búsqueda continua de su bienestar físico, psíquico, social y mantienen condiciones favorables para preservar y fomentar su desarrollo, respetando su dignidad, sus expectativas y necesidades; viven resolviendo adecuadamente los conflictos entre sus miembros y en un entorno saludable, siendo responsables de sus decisiones individuales y familiares, promoviendo principios, valores así como actitudes positivas para la vida.

Se busca para estos grupos familiares la realización de acciones integradas, orientadas a promover comportamientos que propicien estilos de vida saludables entre los miembros de la familia. Se orienta, a generar las capacidades necesarias en la familia para mejorar su salud, la vivienda y el entorno.

## 8. FAMILIAS EN BAJO RIESGO

Familias que cuentan con población objeto de alguno de los programas de detección temprana y protección específica, además de contar con criterios para ser intervenidos por programas sociales del Municipio.

## 9. FAMILIAS EN RIESGO MODERADO

El riesgo familiar moderado hace referencia a la presencia de situaciones de morbilidad que requieran recibir atención por medicina, nutrición, enfermería, fisioterapia o cualquier otra área, este estatus podrá cambiar en la medida que transcurrido un seguimiento el personal de salud decida dar de alta al núcleo familiar o paciente, esto en relación a la minimización de sus riesgos.

## 10. FAMILIAS EN RIESGO ALTO

La familia o individuos caracterizados en alto riesgo cuentan con la presencia de morbilidades que requieren recibir atención por medicina, nutrición, enfermería, fisioterapia o cualquier otra área, estas familias se encuentran en lista de espera para ingresar a la cohorte de pacientes de Gestión del Riesgo Familiar

## 11. FAMILIAS EN MUY ALTO RIESGO

La intervención de las familias de muy alto riesgo se desarrollara a través de cuatro líneas estratégicas:

- Programa Etapas
- Línea Salud
- Centro Promoción
- Promoción y prevención (PyP)

## 12. PLANES DE INTERVENCIÓN

### 12.1. INTERVENCIÓN FAMILIAS SALUDABLES

#### OBJETIVO GENERAL

Fortalecer los hábitos de vida saludables de estas familias y detectar factores de riesgo de forma temprana con el fin de realizar la intervención necesaria.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar el autocuidado de la salud.
- Desarrollar estilos de vida saludables y un mayor nivel de empoderamiento a nivel de los miembros de la familia.
- Detectar factores de riesgo con el fin de hacer intervención temprana de los mismos.

#### CLASIFICACIÓN

En este grupo se encontrarán las Familias priorizadas que seguidas a la caracterización no fueron identificadas riesgo para la salud de orden biológico, Psíquico o Social que ameriten una intervención por parte de la estrategia APS con GRF.

#### INTERVENCIÓN

Estas familias recibirán la visita de un auxiliar de salud por lo menos una vez al año, en esta visita se corroborarán las condiciones de salud del grupo familiar y se realizarán refuerzos educativos en temas de interés:

- Hábitos saludables de vida
- Factores de riesgo
- Demanda inducida a las citologías cervicouterinas

Se desarrollará y evaluará por lo menos una intervención educativa a grupos o redes sociales ya establecidos (Juntas de Acción Comunal, madres comunitarias, agrupaciones educativas,) actividades las cuales deben contar con registros en físicos de las actas con sus respectivas firmas y evidencias fotográficas del desarrollo de la intervención, Esta actividad está a cargo de auxiliar de salud.

## **12.2. INTERVENCIÓN FAMILIAS EN RIESGO BAJO**

### **Objetivo General**

Ingresar a los programas de promoción y prevención a las familias que son objeto de pertenecer a estos y se encuentran dentro del programa de gestión del riesgo.

### **Objetivos Específicos**

- Intervenir en las familias susceptibles de ingresar a los diferentes programas de promoción y prevención de la ESE.
- Educar a las familias con antecedentes de enfermedades crónicas en hábitos saludables de vida.

### **CLASIFICACIÓN**

Familias susceptibles de ingresar a un programa de promoción y prevención.

Antecedentes familiares de enfermedades crónicas.

### **INTERVENCIÓN**

Se efectuará visita de un auxiliar de salud con el fin de promover el ingreso al respectivo programa de promoción y prevención, se pondrán en marcha diferentes estrategias con el fin de que esta familia logre incorporarse al programa respectivo:

- Visitas de auxiliar de salud
- Seguimiento telefónico
- Acciones conjuntas con la secretaria de Salud en caso de ser necesario

Una vez la familia se incorpore al programa se le efectuará seguimiento a través de los controles dado por el personal médico y de enfermería de la ESE, así mismo se llevará a cabo por lo menos una vez al año visita por auxiliar de salud y se trabajaran temas enfocados al desarrollo de comportamientos saludables en los miembros de la familia y demanda inducida a las citologías cervicouterias.

### **12. 3. INTERVENCIONES FAMILIAS EN RIESGO MODERADO**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Intervenir familias categorizadas en riesgo medio mediante el acompañamiento del personal de salud en el proceso salud- enfermedad y el trabajo intersectorial con la administración municipal.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Promover la participación de las familias en las diferentes fases del programa.
- Planificar y organizar intra e intersectorialmente las acciones de mejoramiento de las viviendas en las familias participantes.
- Promover el trabajo intersectorial con otros actores sociales, instituciones y organizaciones.
- Realizar el monitoreo y evaluación de las acciones propuestas en la implementación del programa.

#### **CLASIFICACIÓN**

Familias caracterizadas en riesgo medio por presentar factores de riesgo relacionados en el numeral 4.1 del presente documento

## **INTERVENCIÓN**

Estas familias recibirán visita de auxiliar de salud y de profesional en áreas de la medicina, enfermería, nutrición, psicología o sociología acorde al caso. Se efectuará como mínimo una visita al año.

En esta visita se tratarán temas como cuidados paliativos en caso de pacientes con enfermedad terminal o en situación de discapacidad física o mental.

Intervención médica, comprendiendo dentro de ello la valoración, formulación de tratamiento y medios paraclínicos, además de las posibles remisiones que puedan ser necesarias.

Acciones conjuntas con la administración municipal en caso de ser necesario para mejoramiento riesgos de tipo social.

Aseguramiento a personas que así lo requieran a través de la administración municipal.

Seguimiento a pacientes con patología crónica controlada a través de los programas de la institución y visita domiciliaria.

Promoción de los hábitos de vida saludables y prevención de las enfermedades y sus complicaciones por medio de la educación para la salud brindada dentro de la atención a la familia.

## **12.4. INTERVENCIONES FAMILIAS EN RIESGO ALTO**

### **OBJETIVO GENERAL**

Intervenir familias categorizadas en riesgo alto a través de la incorporación de estas familias a las familias de riesgo muy alto a medida que haya cupos en el programa.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Incorporar a las familias de alto riesgo en riesgo muy alto a medida que haya cupos en el programa.

### **CLASIFICACIÓN**

Familias caracterizadas en riesgo alto por presentar factores de riesgo relacionados en el numeral 4.1 del presente documento y que esperan cupo para entrar en el programa de clasificación de riesgo muy alto.

## INTERVENCIÓN

Estas familias recibirán visita de auxiliar de salud y de profesional en áreas de la medicina, enfermería, nutrición, psicología o sociología acorde al caso. Se efectuará como mínimo dos visitas al año.

En esta visita se realizará intervención médica, con valoración, formulación de tratamiento y medios paraclínicos, además de las posibles remisiones que puedan ser necesarias.

Acciones conjuntas con la administración municipal en caso de ser necesario para mejoramiento riesgos de tipo social.

Seguimiento estricto de las familias para ingresarlas a familias de muy alto riesgo.

### 12.5.INTERVENCIÓN FAMILIAS DE MUY ALTO RIESGO

Esta intervención será efectuada por el grupo de profesionales en salud quienes realizaran visitas acordes a la condición del paciente y lo vincularan al programa etapas en donde se encuentran las estrategias de intervención.

## PROGRAMA ETAPAS

Este programa tiene como principal objetivo incorporar un modelo de intervención que recoja al usuario con su complejidad, en su contexto familiar, social económico, cultural y será desarrollado mediante cuatro líneas estratégicas:

- Hoy me cuido
- Agenda Familia
- Mejor esperar
- Nuestro tesoro

En cada línea estratégica se desarrolla una clasificación del riesgo del usuario con el fin de establecer criterios de priorización para la atención. Se clasificarán en un principio usuarios de muy alto riesgo para las líneas estratégicas Hoy me Cuido, Agenda Familia y Nuestro Tesoro con el fin optimizar recursos.

### **12.5.1. HOY ME CUIDO**

Línea estratégica orientada a los procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de los usuarios con patologías crónicas: Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y oxígeno dependientes.

#### **OBJETIVOS:**

##### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer y manejar las principales causas de descompensación permanente de los pacientes con patologías crónicas (HTA, Diabetes, EPOC y oxígeno dependientes) con un enfoque participativo y de salud familiar que posibilite incorporar al paciente descompensado y su familia en el diseño del plan de intervención.

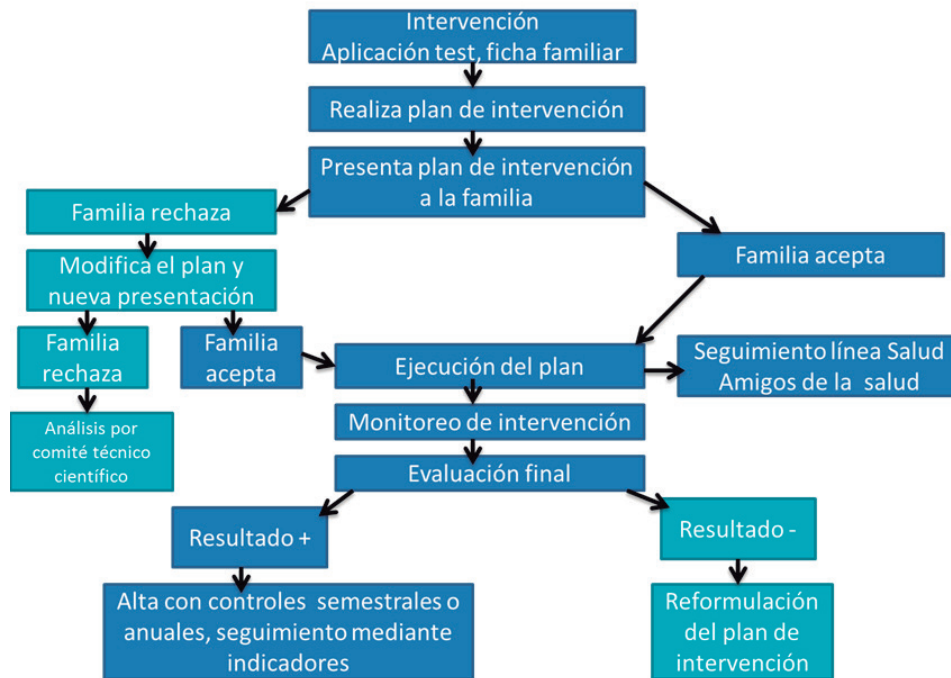
##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Generar protocolos de intervención familiar con enfoque biopsicosocial participativo para el paciente descompensado.
- Incorporar la participación del paciente y su familia en el diseño del plan de intervención.
- Incorporar pautas de autocontrol de estilos de vida saludable por el paciente y su familia.
- Hacer seguimiento estricto a la situación de salud.

##### **PLAN DE INTERVENCIÓN**

En esta fase se realiza el plan de intervención con enfoque en la gestión del riesgo, teniendo en cuenta las fortalezas y debilidades del paciente y del entorno familiar, las pautas de conducta saludable por parte de la familia y las pautas de autocontrol y estilo de vida saludable. Este plan de intervención es diseñado por el equipo multidisciplinario y presentado al usuario y su familia para su aprobación según como lo indica la fig. 3.

Figura N. 3 Flujo de intervención



Fuente: Elaboración propia.

Dentro de esta fase 3 se efectuarán visitas domiciliarias por el equipo multidisciplinario, talleres educativos, vinculación a un grupo de actividad en salud: cultura, recreación y deporte (Centro de promoción), controles en la ESE. La Línea Salud será acompañante y vigilante en el proceso

En el plan de intervención se tendrá en cuenta a los cuidadores de los pacientes con el fin de potenciar y mejorar la atención a las personas que se encuentran en el programa y se desarrollará por medio de talleres de apoyo al cuidado para las cuidadoras principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria.

### 12.5.1.1. AGENDA FAMILIA

Esta línea estrategia se orienta al desarrollo de la familia desde la etapa pre-concepcional, pasando por la etapa de la gestación y el parto hasta el desarrollo del niño que se verá en la línea estratégica Nuestro Tesoro.

Se busca en esta línea estratégica fortalecer los lazos familiares y detectar y controlar factores de riesgo en cada etapa de la línea estratégica.

Esta línea será desarrollada por un grupo multidisciplinario de profesionales: médico, personal de enfermería, sociólogo, terapeuta respiratorio, licenciado en deportes, fisioterapeuta y psicólogo.

## 12.6. ETAPA 1 ATENCIÓN PRE-CONCEPCIONAL Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER

### 12.6.1. ESTRATEGIAS DE CAPTACIÓN

Es fundamental para el éxito del Programa incrementar las tareas de información y educación que se realicen para la prevención del cáncer de cuello de útero y generar cambios en la actitud de las mujeres respecto de su propia salud favoreciendo la adopción de estilos de vida saludables.

Para tal fin se desarrollarán estrategias de Información, Educación y Comunicación, con particular énfasis en los grupos de interés dirigidas a:

- Informar a la población en general sobre la importancia del conocimiento del cáncer de cuello, las medidas preventivas y de detección, el examen ginecológico, su asociación con las infecciones de transmisión sexual especialmente el Papilomavirus humano, el papel de los métodos anticonceptivos, los factores de riesgo y las alternativas diagnósticas y terapéuticas.
- Informar acerca del Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino.
- Orientar a las mujeres sobre su responsabilidad en el autocuidado de la salud y a los hombres sobre la importancia de su participación activa en el proceso de prevención y desarrollo de la enfermedad.
- Estimular la demanda de atención médica oportuna, periódica y de alta calidad orientada a la detección y control de la enfermedad, garantizando la información suficiente de la mujer acerca del alto significado y el valor de las diferentes intervenciones para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento

### 12.6.2. REALIZACIÓN DE LOS EXÁMENES

Consiste en la realización de los exámenes según el esquema planteado en la norma 1-1-3.

La cobertura de detección se brindará con especial énfasis a los siguientes grupos prioritarios:

Mujeres de 30 a 59 años de edad

Mujeres con factores de riesgo epidemiológico

Mujeres de nivel socioeconómico bajo

Mujeres del área rural

Mujeres que nunca se han tomado la citología

Mujeres que no se han realizado la citología en los últimos dos años

## SEGUIMIENTO A RESULTADOS

En esta fase se efectuará seguimiento resultados a través de la línea salud realizando inducción a la demanda de tamización a los resultados negativos e inducción a la demanda de servicios diagnósticos y tratamiento para los resultados positivos.

### 12.7. ETAPA 2 PREPARÁNDONOS PARA SER PADRES

#### OBJETIVO

Atención integral sistemática, periódica y multidisciplinaria, que se otorga a la gestante, con enfoque biopsicosocial, integrando a la pareja o persona significativa y familia.

#### FASE 1

Se realizará entrevista a las usuarias clasificadas como de alto riesgo acompañados por un familiar, evaluando las condiciones del paciente, explicando el nuevo modelo de atención y chequeando la disponibilidad y disposición al modelo y realizando firma de aceptación al modelo (anexo 1).

#### FASE 2

Visita domiciliaria con evaluación general de la familia que tiene como objetivos:

- Evaluar las condiciones del entorno personal y la factibilidad de modificar factores de riesgo biopsicosociales detectados.
- Evaluar la evolución de patologías y comprobar el cumplimiento de indicaciones y tratamientos, si corresponde.
- Fomentar la adhesividad al control en la ESE Hospital Santa Margarita.

Durante la visita domiciliaria se realizarán las siguientes acciones:

- Realizar evaluación familiar, de su vivienda y su entorno.
- Realizar evaluación de las condiciones de salud de la gestante.
- Realizar evaluación de las condiciones que la familia tiene para apoyar a la gestante.
- Identificar situaciones de riesgo psicosocial.
- Potenciar factores protectores.
- Incentivar ambiente libre de humo de tabaco.
- Realizar consejería para el cuidado de la gestación y preparación en la integración del futuro (a) hijo (a).
- Derivar a consulta según hallazgos.

### FASE 3

Presentación del plan de intervención con firma de aceptación el cual estará constituido por:

- Evaluación clínica de la gestante y tratamientos y remisiones a niveles superiores de complejidad en caso de ser necesarios.
- Incorporación a talleres de educativos.
- humo de tabaco.

### 12.8. MEJOR ESPERAR

Busca el diseño e implementación de servicios de salud amigables en los cuales adolescentes y jóvenes encuentren espacios de atención. Se desarrollarán como estrategias de acercamiento a los jóvenes y adolescentes.

- Talleres sobre estilos de vida saludables con enfoque en salud sexual y reproductiva.
- Consejería en sexualidad sana y segura.
- Detección oportuna de factores de riesgo.
- Disponibilidad de una amplia gama de servicios.

## 12.9. NUESTRO TESORO

En esta línea se buscan los siguientes objetivos.

- Fomentar competencias de crianza del padre y de la madre y la calidad de la relación padre y madre e hijo o hija.
- Entregar conocimientos a los padres sobre desarrollo infantil integral o vigilar y fomentar el desarrollo integral del niño y niña.
- Promover la estimulación psicomotora adecuada al niño y niña o fomentar la estimulación del lenguaje del niño y niña.
- Fomentar el juego sensible entre padre y madre e hijo o hija, y el juego como una fuente de aprendizaje
- Vigilar sintomatología de salud mental de la madre y del padre.
- Pesquisar problemas de conducta de niños y niñas.
- Detectar y prevenir maltrato infantil, fomentar uso de técnicas de disciplina no violenta.
- Prevenir el maltrato infantil y el cuidado negligente.
- Fortalecimiento de la política IAMI.

Control de salud del niño a través de evaluación clínica, talleres y visitas

## 12.10. LÍNEA SALUD

Plataforma de atención telefónica, instalada por la ESE Hospital Santa Margarita, que cuenta con un equipo profesional compuesto por personal de enfermería, sociólogo y psicóloga para otorgarles asistencia a los beneficiarios del Programa Etapas.

El acceso a Línea Salud es mediante una única línea de atención telefónica, que operará de lunes a viernes. Atendida por auxiliar de enfermería y coordinada por enfermero jefe y socióloga.

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA LÍNEA SALUD

### INFORMACIÓN GENERAL:

- Atención de consultas telefónicas sobre aspectos administrativos y de acceso a beneficios en las instituciones del sector salud.

## **EDUCACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO:**

- Información para el autocuidado y medidas de prevención.
- Asistencia para el manejo de patología simple en el hogar.
- Asistencia para cuidados en el hogar de programas especiales, como oxigenoterapia en domicilio; pacientes postrados; cuidados paliativos.

## **ASISTENCIA EN SALUD:**

- Seguimiento a programas, acompañando, orientando y educando a los pacientes y sus familiares en el autocuidado.
- Análisis permanente de la condición clínica del usuario e intervención mediante equipo disciplinario.
- Seguimiento post egreso de pacientes hospitalizados de alto riesgo.
- Puente para la atención en salud en el hospital y con niveles superiores de complejidad.
- Trámite de citas y exámenes electivos.
- Seguimiento a indicadores y alertas.
- Motivación.

## **GESTIÓN DEL RIESGO**

- Detectando factores de riesgo y generando comunicación con el paciente y el núcleo familiar.
- Detección de eventos adversos.

### **12.11. CENTRO PROMOCIÓN**

Fomento de actividades saludables y derivación a otras instituciones del municipio de problemas que afecten la salud de las 100 personas beneficiarias del programa etapas.

Este programa se llevará a cabo mediante actividades recreativas, deportivas, educativas y de intervención de otros estamentos.

Parte del conocimiento del usuario de sus necesidades y expectativas frente al mejoramiento de su salud, captados durante las visitas domiciliarias o en la atención en la institución.

## 12.12. COMPONENTE INTER E INTRA INSTITUCIONAL

Las acciones intersectoriales se necesitan para abordar los determinantes de la salud de la población y para crear relaciones sinérgicas con los actores y sectores. Por tanto a través de este modelo se generan vínculos estrechos entre la administración municipal y la ESE Hospital Santa Margarita, para generar un impacto sobre la salud de la comunidad

El modelo de gestión de riesgo desarrollado en la ESE Hospital Santa Margarita de Copacabana enmarcado dentro de la Atención Primaria en Salud y en el Plan de Desarrollo 2012-2015 “COPACABANA es TUYO y MÍO”, el plan de desarrollo de la ESE y desde los programas de la Secretaría de Salud, mediante este modelo se contextualizan las acciones de promoción de las condiciones y estilos de vida saludable y protección y superación de los riesgos para la salud de la población.

La estrategia en su marco intra institucional se encuadra en cada uno de los servicios que ofrece la ESE Hospital Santa Margarita con enfoque hacia la gestión del riesgo y atención segura:

## 12.13. COMPONENTE DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

El Modelo de Atención Primaria en Salud, Gestión del Riesgo y Promoción y Prevención no descansa exclusivamente en la perspectiva individual, sino que emplea la perspectiva de la salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos, identificar problemas y priorizar las intervenciones. La familia y la comunidad son consideradas como el foco primario de la planificación y de la intervención.

Dentro del componente de participación ciudadana se presentan dos líneas básicas la primera en el autocuidado y la corresponsabilidad con el cuidado de la salud.

## 12.14. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Dentro del programa, cada usuario estará monitorizado a través del software de gestión del riesgo, el cual tendrá alarmas y alertas frente a cualquier alteración del paciente beneficiario del programa. Con el sistema de alertas se enviarán correos electrónicos al profesional correspondiente para que intervenga frente a la alteración del usuario. Este software será alimentado por la Línea Salud, la consulta institucional en cualquiera de sus procesos y las visitas domiciliarias realizadas por el equipo multidisciplinario. De igual forma todo el sistema esta monitorizado a través de indicadores que son revisados periódicamente y donde se toman acciones de mejora frente a las desviaciones presentadas.

## 12.15. INDICADORES

INDICADORES DE PROCESO	
Visitas por profesional	# de visitas realizadas por profesional
	Total de pacientes en el PGR
Asistencia a consultas PyP programadas por paciente	# de consultas PyP asistidas por paciente
	Total de consultas PyP programadas
Asistencia a consultas PyP programadas totales	# de consultas PyP asistidas
	Total de consultas PyP programadas
Cumplimiento plan de intervención	# Actividades ejecutadas
	# Actividades programadas
Egreso satisfactorio del programa	# Pacientes dados de alta
	# Pacientes en el PGR
Índice de llamadas	# Llamadas realizadas
	# Llamadas recibidas
Nivel de deserción	#Pacientes desertores PGR
	Total pacientes PGR

INDICADORES DE RESULTADO	
Pacientes en urgencias por enfermedades relacionadas	#pacientes que hacen parte del programa atendidos en urgencias por ERPGR
	Total de pacientes en el PGR
Pacientes en consultas de Promoción y Prevención por enfermedades relacionadas	#pacientes atendidos por consultas PyP, por ERPGR
	Total de pacientes en el PGR
Pacientes hospitalizados por enfermedades relacionadas	#pacientes hospitalizados por ERPGR
	Total de pacientes en el PGR
Pacientes remitidos por enfermedades relacionadas	# de remisiones por ERPGR
	Total de pacientes en el PGR
Mortalidad de los pacientes que hacen parte del programa de Gestión del Riesgo	#pacientes fallecidos por ERPGR
	Total de pacientes en el PGR

Mortalidad de los pacientes que hacen parte del programa de Gestión del Riesgo	# pacientes fallecidos por ERPGR
	Total de pacientes en el PGR
Prevalencia de IAM (infarto agudo de miocardio) en los pacientes que hacen parte del Programa de Gestión del Riesgo	# de Eventos en pacientes del PGR
	# de eventos totales atendidos en la E.S.E
Prevalencia de angina de pecho (Pre infarto) en los pacientes que hacen parte del Programa de Gestión del Riesgo	# de Eventos en pacientes del PGR
	# de eventos totales atendidos en la E.S.E
Prevalencia de ICC (insuficiencia cardiaca congestiva) en los pacientes que hacen parte del Programa de Gestión del Riesgo	# de Eventos en pacientes del PGR
	# de eventos totales atendidos en la E.S.E
Prevalencia de Insuficiencia renal en los pacientes que hacen parte del Programa de Gestión del Riesgo	# de Eventos en pacientes del PGR
	# de eventos totales atendidos en la E.S.E
Prevalencia de complicaciones circulatorias periféricas en los pacientes que hacen parte del Programa de Gestión del Riesgo	# de Eventos en pacientes del PGR
	# de eventos totales atendidos en la E.S.E
Prevalencia de crisis hipertensiva en los pacientes que hacen parte del Programa de Gestión del Riesgo	# de Eventos en pacientes del PGR
	# de eventos totales atendidos en la E.S.E
Prevalencia de enfermedades cerebro vasculares en los pacientes que hacen parte del Programa de Gestión del Riesgo	# de Eventos en pacientes del PGR
	# de eventos totales atendidos en la E.S.E
Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en pacientes que hacen parte del Programa de Gestión del Riesgo	# de Eventos en pacientes del PGR
	# de eventos totales atendidos en la E.S.E
Prevalencia de hipertensión pulmonar en pacientes que hacen parte del Programa de Gestión del Riesgo	# de Eventos en pacientes del PGR
	# de eventos totales atendidos en la E.S.E
Prevalencia de úlceras en pacientes que hacen parte del Programa de Gestión del Riesgo	# de Eventos en pacientes del PGR
	# de eventos totales atendidos en la E.S.E
Prevalencia de infecciones de piel en pacientes que hacen parte del Programa de Gestión del Riesgo	# de Eventos en pacientes del PGR
	# de eventos totales atendidos en la E.S.E
Prevalencia de neuropatías en pacientes que hacen parte del Programa de Gestión del Riesgo	# de Eventos en pacientes del PGR
	# de eventos totales atendidos en la E.S.E

Niveles de colesterol en los pacientes del Programa de Gestión del Riesgo	Pacientes con niveles colesterol $\leq$ 230
	Total de pacientes en el PGR
Niveles de presión arterial en los pacientes del Programa de Gestión del Riesgo	Pacientes con niveles de presión arterial $\leq$ 139/80
	Total de pacientes en el PGR
Triglicéridos en los pacientes del Programa de Gestión del Riesgo	Pacientes con niveles de triglicéridos $\leq$ 150
	Total de pacientes en el PGR
Niveles de Creatinina en los pacientes del Programa de Gestión del Riesgo	Pacientes con niveles de Creatinina $\leq$ a 1.3
	Total de pacientes en el PGR
Niveles de glicemia en los pacientes del Programa de Gestión del Riesgo	Pacientes con niveles de Glicemia $\leq$ a 126
	Total de pacientes en el PGR
Porcentaje pacientes compensados	Nº pacientes con DM o HTA o HTA+DM
	Total de pacientes en el PGR
Pacientes hipertensos que mejoran su riesgo	Pacientes hipertensos con alto riesgo que mejoran su riesgo
	Total pacientes en el PGR con HTA
Altas por complicaciones agudas en la DM	Nº de altas con diagnóstico principal de cetoacidosis, como hiperosmolar u otro tipo de coma diabético
	Total pacientes en el PGR con DM
Control de hemoglobina glicosada	Nº de pacientes con hemoglobina glicosada $\leq$ a 7
	Total pacientes en el PGR con DM

Retinopatías	N° pacientes que han presentado retinopatías debido a su patología
	Total pacientes en el PGR
Ingresos de maternas	N° antes de la semana 12
	Total de maternas en el PGR
Muertes maternas	N° muertes de maternas
	Total de maternas en el PGR
Muerte perinatal	N° muertes perinatales
	Total de nacimientos en el PGR
Sífilis congénita	N° de sífilis congénita
	Total de maternas en el PGR
Peso al nacer	N° de recién nacidos con bajo peso al nacer (<2.500 gr)
	Total de nacimientos en el PGR
Depresión Post-parto	N° pacientes con depresión post-parto
	Total de nacimientos en el PGR
Total partos	N° de partos atendidos en la E.S.E Hospital Santa Margarita
	Total de maternas en el PGR

### INDICADORES DE COBERTURA

Tamizaje a usuarias	Usuarias con citología
	Usuarias llamadas

## INDICADORES DE PROCESO

Tamizaje con charlas previas	Usuaris con citología
	Usuaris participantes de las charlas de prevención
Citologías anormales o alteradas	Citologías anormales
	Total de citologías
Muestras satisfactorias	Muestras satisfactorias
	Total de muestras
Muestras no satisfactorias	Total de muestras no satisfactorias
	Total de muestras
Tamizaje normado	Usuaris que siguen el tamizaje normado
	Total de usuarias con primer tamizaje
Usuaris en tratamiento	Usuaris que inician tratamiento
	Total de usuarias con citologías anormales
Infecciones vaginales	Usuaris con infecciones
	Total de citologías
Emisión de resultados	Citologías entregadas
	Citologías realizadas
Cumplimiento plan de seguimiento	Total de pacientes recuperadas
	Total pacientes con lesiones

## 13. RESULTADOS ESPERADOS

### FAMILIAS SALUDABLES:

Fortalecer los hábitos de vida saludables de estas familias y detectar factores de riesgo de forma temprana con el fin de realizar la intervención necesaria en el 90% de estas familias.

### FAMILIAS EN RIESGO BAJO

Ingresar a los programas de promoción y prevención al 90% de las familias que son objeto de pertenecer a estos y se encuentran dentro del programa de gestión del riesgo.

### FAMILIAS EN RIESGO MODERADO

Promover la participación de las familias en las diferentes fases del programa y realizar intervenciones necesarias para disminuir el nivel de riesgo en el 90% de estas familias.

### FAMILIAS EN RIESGO ALTO

Incorporar a las familias de alto riesgo en riesgo muy alto a medida que haya cupos en el programa.

### FAMILIAS EN MUY ALTO RIESGO

Mejorar la Asistencia a consultas PyP por paciente en un 70%.

Egreso Satisfactorio de los diferentes programas en un 80%.

Disminución del número de urgencias, remisiones y hospitalizaciones por enfermedades relacionadas la estrategia de APS y gestión del riesgo (EPOC, Diabetes, Hipertensión ARO, entre otras) en un 70%.

Disminución del número de complicaciones por enfermedades relacionadas la estrategia de APS y gestión del riesgo (EPOC, Diabetes, Hipertensión ARO, entre otras) en un 70%.

Disminución de la mortalidad por enfermedades relacionadas la estrategia de APS y gestión del riesgo (EPOC, Diabetes, Hipertensión ARO, entre otras) en un 70%.

## 14. CONCLUSIONES

La evidencia internacional sugiere que los sistemas de salud organizados con base en una fuerte orientación de la APS alcanzan mejores y más equitativos resultados de salud, son más eficientes, tienen costos más bajos de atención y logran una satisfacción más alta del usuario comparada con la de aquellos sistemas que tienen una débil orientación de la APS.

La reorientación de los Sistemas de Salud con un enfoque de la APS demanda reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención –ajuste que debe ser conseguido por medio de la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno; de la integración de los servicios de salud pública y de atención personal; del desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades; y de la creación de un marco institucional que incentive la mejoría de la calidad de los servicios<sup>1</sup>.

En este orden de ideas, se hace necesaria la integralidad de la atención según las necesidades de las personas, articulando las acciones individuales y colectivas para dar respuesta a las necesidades de la población.

1. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Julio 2005

## 15. RECOMENDACIONES

El énfasis en la promoción y en la prevención es 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.

Para el desarrollo de la estrategia se requiere 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. Así mismo planificación estratégica e inversiones a largo plazo en capacitación, 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.

El personal de salud debe recibir una capacitación integral desde el punto de vista técnico y humanístico; su desempeño no sólo depende de sus conocimientos y habilidades, sino también de su entorno de trabajo y de las políticas de incentivos apropiadas tanto a nivel local como global.

Se requiere movilizar líderes de los diferentes ámbitos para que se afecten las condiciones o situaciones relacionadas con el ambiente, la injusticia social, los factores socioeconómicos, entre otros, que determinan la calidad de vida.

## 16. FINANCIACIÓN

La financiación estará dada con recursos del municipio, de la ESE y de la Secretaria Seccional de Salud.

# Capítulo 2 Sistematización

## 1. PRESENTACIÓN

La sistematización de la estrategia APS en el Municipio de Copacabana ha sido propuesta en el marco de la estrategia de la Red Metropolitana de Salud como una apuesta del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, en alianza con la Institución Universitaria Esumer, el Municipio de Copacabana y la ESE Santa Margarita. Ésta tiene como propósito constituir un ejercicio de gestión del conocimiento que permita hacer una reflexión sobre la práctica de la Atención Primaria en Salud y así reconocer elementos de análisis significativos en pro del enriquecimiento de la práctica.

El Municipio de Copacabana y como se expone en su Plan de Desarrollo al igual que en otros indicadores como la Encuesta de Calidad de Vida, presenta dificultades en materia de salud, por lo que la realización de la estrategia APS permitirá darle la oportunidad a la población a tener acceso al sistema de salud. Lo anterior plantea importantes retos en torno a estos temas. El presente ejercicio pretende analizar cómo se ha desarrollado esta estrategia en pro de las apuestas locales, regionales, nacionales e internacionales en materia de salud.

Para el desarrollo de este ejercicio ha sido importante el trabajo realizado previamente por el Municipio en el proceso de documentación, el cual ha permitido aportar a la construcción del modelo en escena, y además ha contado con el aporte de actores importantes como las familias, los promotores y los equipos de trabajo.

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

Un segundo momento donde se construye el modelo propuesto y finalmente el modelo en escena con insumos que permiten hacer un comparativo para destacar las brechas entre un ejercicio y el otro; entendidas estas como aquellos elementos diferenciadores, que faltan o que suman a la construcción de las características específicas sobre cómo se desarrolla la estrategia en el Municipio. De igual manera, se presentan los hallazgos finales que dan cuenta de los elementos más significativos y hallazgos centrales encontrados en el Municipio de Copacabana en la ejecución de la estrategia APS.

Con este documento se pretende motivar la discusión, la reflexión y el análisis de la estrategia de APS en el municipio, así como la articulación y la integración de los diferentes actores involucrados en el proceso y la construcción de pilares para el mejoramiento de la estrategia en su conjunto.

## 2. METODOLOGÍA SOBRE LA DOCUMENTACIÓN Y LA SISTEMATIZACIÓN

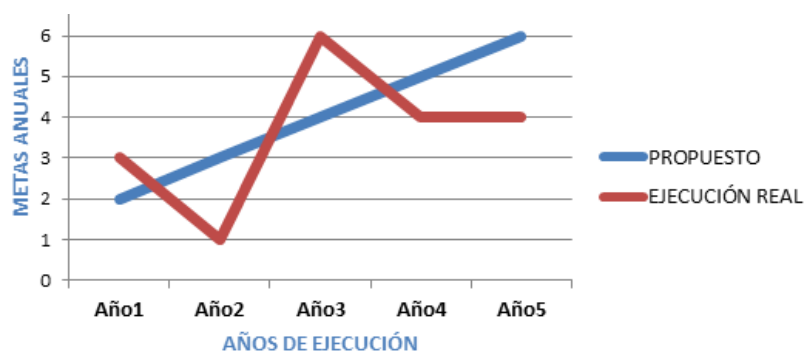
El desarrollo de una estrategia normalmente tiene dos miradas: la que se realiza a partir de los ideales del desarrollo de la estrategia (la cual viene dada por las orientaciones de los actores e instituciones proponentes) y otra mirada desde los actores que la ejecutan, y se benefician de la misma.

Estas dos miradas usualmente no se corresponden de manera paralela: existe una discontinuidad entre las mismas, puesto que la ejecución corresponde a un contexto que requiere adaptaciones, unos actores que regularmente se encuentran en conflicto y un grupo de instituciones con unos intereses puestos en un proceso de implementación.

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

Es por esto que en los últimos años se ha vuelto necesario documentar y sistematizar las experiencias sociales y las vivencias comunitarias, las cuales tienen una clara necesidad de comprender lo acontecido y darle sentido al desarrollo de la experiencia, a través del proceso de investigación y el conocimiento colectivo y útil para la gestión del cambio requerido en un proceso.

Gráfico N°1: Visiones de desarrollo de la estrategia



Fuente: Elaboración propia

Al conocer los antecedentes de la sistematización en América Latina, CEP ALFORJA (2012) ubica los primeros ejercicios de ésta en la década del 70, teniendo en cuenta, el interés de la región por construir una interpretación propia de sus procesos de cambio social y más aún con la posibilidad de construir teorías alternativas de las brindadas por los países desarrollados. Por esta razón, viendo el contexto de profundos cambios sociales, políticos e ideológicos, es que nace la sistematización como una posibilidad de reconceptualizar la realidad latinoamericana y dar claves hacia las necesidades de cambio.

Con el contexto anterior, se da inicio a los primeros desarrollos de la práctica sistematizadora, en gran parte articulada al desarrollo del profesional de trabajo social y al de la educación popular. Ésta última hace un énfasis en dos premisas fundamentales: una primera como una posibilidad de superar la brecha entre práctica y teoría, y una segunda como la necesidad de recuperar la reflexión sobre la experiencia.

Desde perspectivas más recientes y como lo señala Torres (1998), se ha entendido a la sistematización como “una modalidad de conocimiento de carácter colectivo sobre unas prácticas de intervención y acción social que a partir del reconocimiento e interpretación crítica de los sentidos y lógicas que la constituyen, busca cualificarla y contribuir a la teorización del campo temático en el que se inscribe” (pág. 3).

Teniendo en cuenta lo dicho, nos enfocaremos en la sistematización de la práctica social o más conocida como metodología de la investigación, que es una sistematización social de experiencias, de manera que facilita el proceso de construcción de conocimiento y lo construye de manera colectiva con los actores involucrados en el proceso, dado su enfoque participativo.

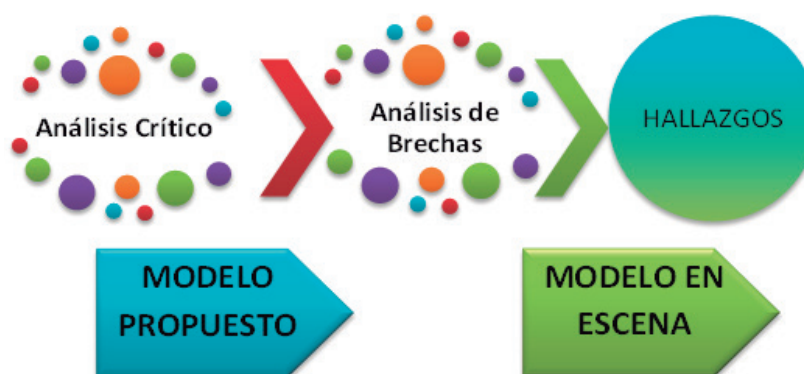
El Centro de Investigaciones y Prospectiva de la Institución Universitaria Esumer, ha desarrollado una serie de sistematizaciones sociales, empresariales y territoriales, dando como resultado la construcción de un modelo de sistematización de experiencias, el cual será retomado para la presente sistematización en tanto que permita de manera crítica, realizar un análisis de los momentos centrales del proyecto, como son:

- **Modelo propuesto:** Precisión conceptual con el objetivo de hallar elementos transversales en el análisis.
- **Modelo en escena:**
  - o Análisis crítico que permite contrastar la conceptualización con el contexto del programa
  - o Análisis de brechas desde lo conceptualizado o los propósitos del programa, con los componentes y la ejecución dada en el proceso.
- **Modelo a proponer:** Modelación a partir de las conveniencias, contingencias, aciertos, hallazgos, y aprendizajes de los dos modelos anteriores.

Sin embargo y dado el alcance de la presente sistematización, se tomaron los dos primeros modelos (propuesta y en escena) para hacer el ejercicio de sistematización. Como se describe

en la Figura N°1, se muestra como se realizó un primer **análisis crítico de la información general** hallada en los lineamientos de la estrategia de Atención Primaria en Salud. A partir de esta información, se permitió esbozar el **modelo propuesto**, en donde se hizo un análisis crítico de lo encontrado en la realidad, (entendida como la mirada desde los actores ejecutores y la información encontrada de la experiencia) y se construyó el **modelo en escena**. A partir de allí, se realizó un **análisis de brechas** de lo encontrado entre un modelo y el otro, lo que permite dar cuenta finalmente de los principales **hallazgos** de la sistematización.

Figura N°4 : Modelo de sistematización



Fuente: Elaboración propia

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

Para hacer la distinción entre sistematización y documentación hay que partir por comprender cuales definiciones se tienen de documentación, desde diferentes autores o referentes:

Según la Real Academia de la Lengua Española se entiende el proceso de documentación como:

“1. Acción y efecto de documentar. 2. Documento o conjunto de documentos, preferentemente de carácter oficial, que sirven para la identificación personal o para documentar o acreditar algo”. RAE

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

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

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

A continuación se presentan las principales diferencias entre un ejercicio de documentación y sistematización:

**Cuadro N°2:** Diferencias entre sistematización y documentación

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

Fuente: Elaboración propia

La presente sistematización pretende apoyarse en un primer momento del proceso de documentación y de esta manera documentar el proceso en los Municipios de la prueba piloto en APS que actualmente está apoyando la Red Metropolitana de Salud en los Municipios de Barbosa, Girardota y Copacabana. Para tal fin, se pretende documentar el proceso de implementación de la estrategia, hacer el análisis y la interpretación de la experiencia la cual se presentará de forma organizada alrededor de los propósitos de la Atención Primaria en Salud.

## 3. OBJETIVOS

### 3.1. OBJETIVO GENERAL

- Sistematizar el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud del Municipio de Copacabana a través de la documentación de la estrategia y el análisis de brechas entre los propósitos establecidos y la ejecución práctica de la misma.

### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construcción del modelo propuesto a partir de los lineamientos internacionales, nacionales, regionales y locales de la estrategia Atención Primaria en Salud que han tenido incidencia en el Municipio de Copacabana.
- Realizar una lectura analítica del proceso de documentación realizado por el Municipio, que permita definir elementos centrales constitutivos del modelo en escena.
- Analizar las brechas encontradas entre la ejecución de la estrategia y los propósitos definidos en el programa teniendo en cuenta las categorías y variables centrales de estudio.

## 4. ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA

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

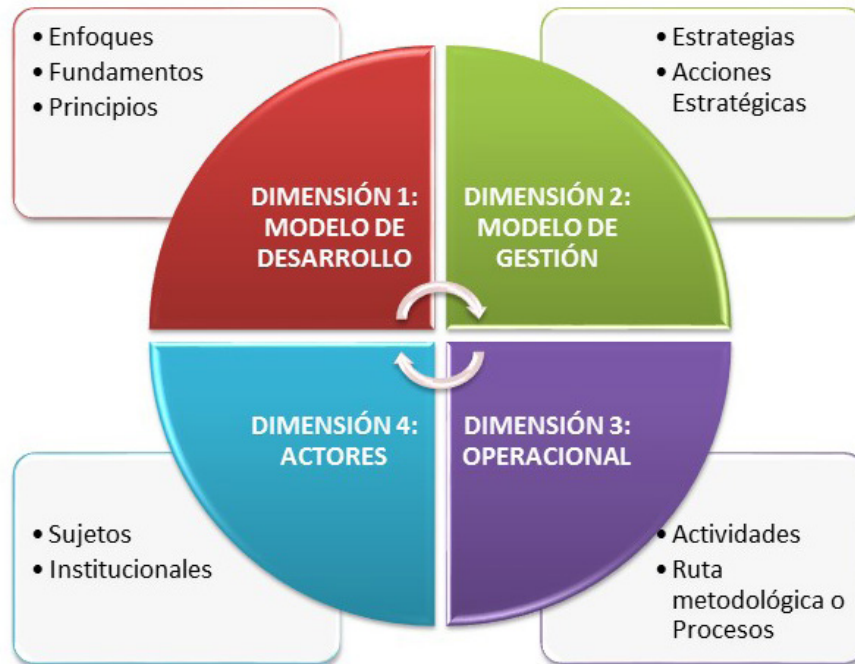
A partir de este enunciado, entender APS como una estrategia, implica comprenderla como un “todo” y como “parte”; desde un todo la estrategia se concibe como un conjunto de procesos en pro de la gestión de un cambio social, no es simplemente una acción significativa o innovadora, la estrategia es entendida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

Comprender la APS como una parte, ha llevado a que la estrategia sea abordada desde cuatro componentes conceptuales, los cuales permitirán disgregar (sin perder el fin de la misma) como un ejercicio de comprensión en las siguientes dimensiones conceptuales y de abordaje de la estrategia. Por eso tienen un fin teórico y un fin práctico, tal como se ilustra en la figura N°2:

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

Para la realización de este componente se definieron las **Dimensiones y Categorías** partiendo de los referentes internacionales, nacionales y locales para la estrategia APS definidas 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 y los documentos realizados por cada municipio (Barbosa, Girardota y Copacabana).

Figura N°5: Estrategia de Atención Primaria En Salud- APS



Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta lo anterior, se definieron cuatro dimensiones con sus categorías como ejes estructurantes para el proceso de documentación de la sistematización de la estrategia APS (Ver Figura N° 2).

De igual manera, para la recolección de información de las diferentes etapas de la estrategia APS, se utilizaron diferentes instrumentos. Entre las principales se encuentra la entrevista a profundidad y la revisión documental, en donde por medio de estas se indagó por los momentos y etapas más significativas, así como aprendizajes, retos y hallazgos que permitieron contrastar y realizar preguntas en el acompañamiento, y así permitieron hallar elementos que dieron sentido colectivo a la sistematización.

- Conceptualización y definición de categorías centrales.
- Referentes conceptuales Internacionales, Nacionales y Locales sobre APSR
- Apuestas políticas del modelo de APS- Red de Servicios a Nivel Regional
- Interpretación del sentido de la implementación del modelo APS. Red Prestadora de Servicios en los Municipios del Norte del Valle de Aburrá (Barbosa, Girardota y Copacabana).
- Bosquejar el programa APS, sus componentes y relación con los impactos esperados en sus diferentes etapas y momentos y desde diferentes actores.

## 4.1. DIMENSIÓN DE DESARROLLO



Es la razón de ser de la estrategia y como tal el fin mismo. Permite dar orientación ontológica y de propósitos para la cual fue creada. Y así mismo en la dimensión se determinan cuáles son lineamientos, enfoques, principios y fundamentos bajo los cuales se desarrolla la estrategia y en un futuro dar cuenta del impacto que se espera de la implementación de la misma.

En este sentido, para la sistematización de la estrategia APS en los tres Municipios de la prueba piloto, se tomó para la dimensión de desarrollo tres categorías de análisis: Enfoque, Fundamentos y Principios.

## 4.2. DIMENSIÓN ESTRATÉGICA



La dimensión estratégica está relacionada con los asuntos que refieren a las decisiones centrales de un proceso organizativo, por tanto refiere a los elementos en como la estrategia se desarrolló, los objetivos, las estrategias y las acciones estratégicas

Según Tejada (2011) "existen diferentes formas de establecer un modelo de gestión, lo genérico es que la definición del Plan de Desarrollo y su direccionamiento estratégico requiere para su operativización de un modelo que permita desarrollar y medir día a día, la manera como se acumula, en función de la sostenibilidad y el desarrollo del territorio. Es la plataforma básica del territorio, la manera como esta se orienta y se relaciona con el medio externo,

como también la especificación interna de personas, acciones y recursos. El equilibrio requiere que las acciones materialicen la estrategia. Puede afirmarse que el Modelo de gestión es la instrumentalización y detalle del plan de desarrollo local” pág 18

### 4.3. DIMENSIÓN DE GESTIÓN



La dimensión de gestión se refiere a la aplicación de la estrategia en el territorio, es decir, se hace operativo lo planificado para lo cual se definen la ruta metodológica, las actividades y los transversales. Esto implica la realización de la gestión y la ejecución de la estrategia, además de una revisión consiente y continúa de la puesta en marcha de la estrategia verificando con ello si está cumpliendo o no con los objetivos inicialmente planteados.

Es importante tener en cuenta que si bien la dimensión operacional plantea al paso a paso a seguir, existen en la ejecución de la estrategia la aparición de problemáticas y circunstancias coyunturales que requieren ajustes. Estos pueden ser en la ruta metodológica, en las operaciones o en las acciones estratégicas, que además se convierten en cambios momentáneos o permanentes en la aplicación de la estrategia, por parte de los encargados de llevarla a cabo ya sea desde el orden direccional u operativo.

### 4.4. DIMENSIÓN DE ACTORES



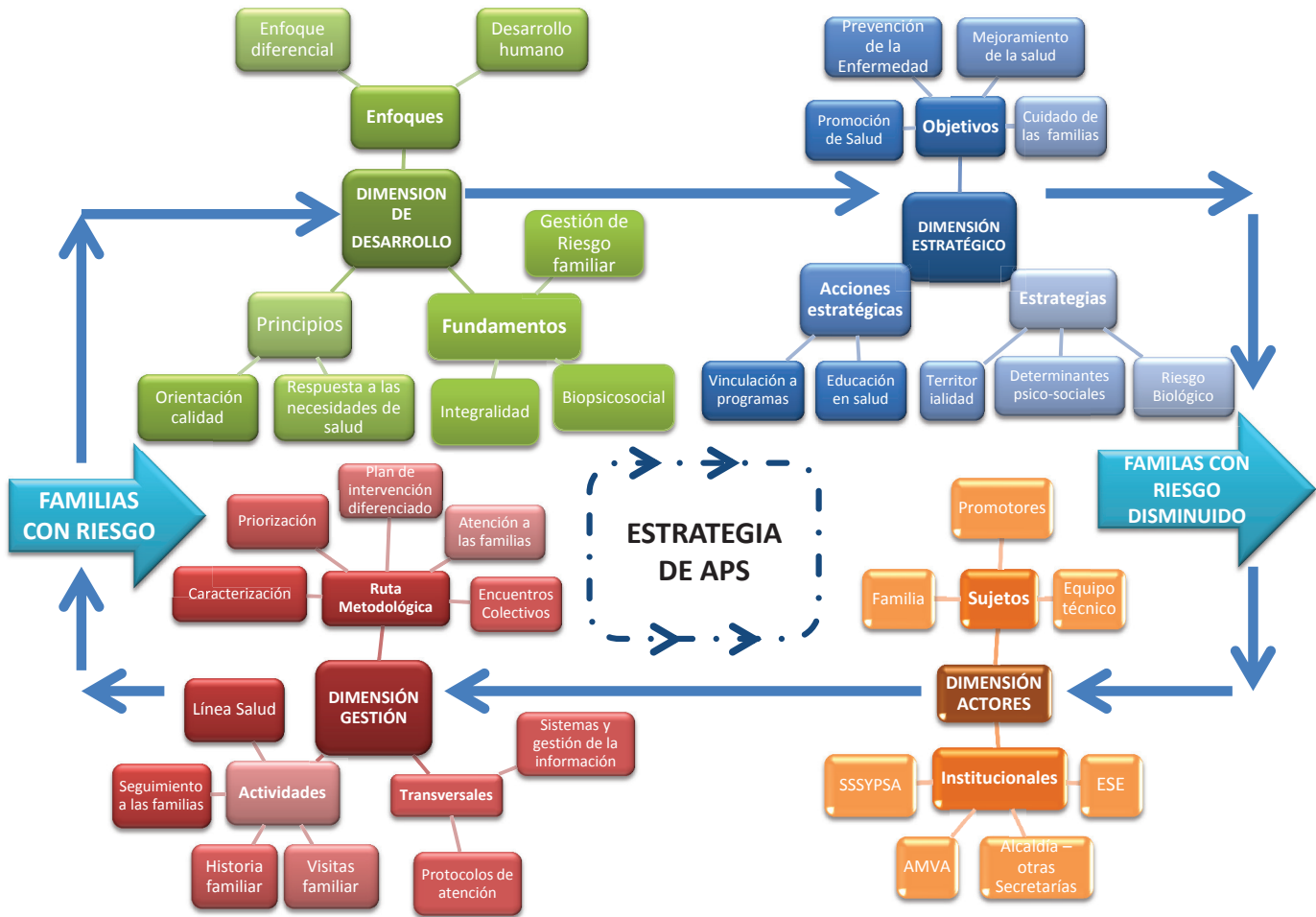
Los actores se pueden clasificar en **Sujetos e Instituciones**, donde los sujetos son participes “activos o pasivos” de la estrategia ya sea como ejecutores de la misma, beneficiarios o intermediarios. Aquí cada uno de ellos posee diversas expectativas, que generan lazos entre conceptos, actores sociales, discursos y las 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 poder de esta forma viabilizar las acciones a seguir en pro del cumplimiento de los objetivos.

## 5. MODELO PROPUESTO

Figura N°6: Modelo propuesto APS: Dimensiones, Variables y Elementos



Fuente: Elaboración propia

Como se mencionó anteriormente, el modelo propuesto surge del “ideal” de la estrategia APS a realizar en el territorio, donde ésta se concibe como un modelo integral para la atención primaria en salud y donde además cada una de las dimensiones, categorías y elementos que la componen, interactúan de manera sinérgica para garantizar de esta forma el derecho al acceso a la salud. Para comprender mejor cada uno de estos elementos, se realizará un análisis de cada uno de estos componentes por dimensión, para así tener una visión más profunda de la estrategia APS, desarrollada en los municipios de la prueba piloto.

## 5.1. DIMENSIÓN 1: DESARROLLO

Figura N° 7: Dimensión 1: Desarrollo



Fuente: Elaboración propia

### 5.1.1. ENFOQUE

Del mismo modo, la estrategia APS que se pretende analizar en los municipios parte de un Enfoque de Desarrollo Humano. Esta forma de ver el desarrollo se centra en ampliar las opciones que tienen las personas para llevar la vida que valoran, es decir, en aumentar el conjunto de cosas que las personas pueden ser y hacer en sus vidas. Así el desarrollo es mucho más que el crecimiento económico, este es solo un medio para expandir las opciones de la gente (PNUD).

Por esto 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, en 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. Lo anterior, a partir de la garantía de sus derechos pero también en ejercicio de sus deberes. Esto 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 público, privadas y comunitarias, para así garantizar el acceso a sus derechos que en este caso es la salud.

Del mismo modo, se plantea el enfoque diferencial el cual posee un doble significado: es a la vez un método de análisis y una guía para la acción. En el primer caso, emplea una lectura de la realidad que pretende hacer visibles las formas de discriminación contra aquellos grupos o pobladores considerados diferentes por una mayoría o por un grupo hegemónico. En el segundo caso, el análisis toma en cuenta que se debe brindar una adecuada atención y protección de los derechos de la población, y a su vez garantizar el derecho a la salud cuando las necesidades de la población lo requieran, sin importar sus condiciones de ciclo vital, estrato socioeconómico, lugar de residencia (urbano-rural), entre otros.

No obstante, en la aplicación de la estrategia APS también se tiene en cuenta otros dos elementos fundamentales como es el ciclo vital, el cual permite atender a la población según en el momento de vida en el cual se encuentre. Dado que las necesidades de atención en salud para un niño son diferentes a un adulto o un adulto mayor, es necesario tener en cuenta estas diferencias para de esta forma poder 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 en un ente vivo, producto de las interacciones sociales, económicas, políticas y culturales. En este caso, 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. En este asunto el fortalecimiento del capital social es fundamental para el logro de los objetivos que se traza la estrategia APS.

## 5.1.2. FUNDAMENTOS

La participación social se concibe como un eje transversal, fundamentados en nociones del estado de derecho consagrado a partir de la Constitución de 1991, que dice que tanto la participación ciudadana y el derecho a la salud como derecho fundamental, son requisitos para lograr el desarrollo humano integral. Es así como la comunidad, las organizaciones sociales y otras instituciones (públicas, privadas y comunitarias), 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 la salud. Como lo afirma la OPS ésta “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” (p 24, 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”.(p. 26. 2007)

Mientras que el **acceso y la cobertura universal**, implica a la totalidad de los pobladores del municipio, facilitar la provisión de servicios de salud cuando las necesidades de la población así lo requieran, sin importar sus condiciones de ciclo vital, estrato socioeconómico, lugar de residencia (urbano-rural), entre otros. Por lo cual es fundamental abordar cuales son **los determinantes sociales de la salud**, que no solo obedecen en aspectos relacionados con la salud, sino que además:

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

Así mismo, como la salud en Colombia es considerada un derecho, requiere que el sistema sea **sostenible**, para lo cual es indispensable una planificación estratégica que establezca los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo la estrategia, y así mismo, 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. También, la estrategia APS requiere del compromiso político de largo aliento, que permita el adecuado financiamiento de ésta en el mediano y largo plazo, para de esta forma satisfacer las necesidades de salud de la población.

### 5.1.3. PRINCIPIOS

La **orientación a la calidad** se convierte en un principio fundamental de la estrategia APS y su aplicación en el territorio, lo que implica la ejecución 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 y la evaluación del desempeño (teniendo en cuenta la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas y curativas para asignar los recursos de manera adecuada), son fundamentales en todo el proceso, para responder a las necesidades actuales y futuras de la población en materia de salud.

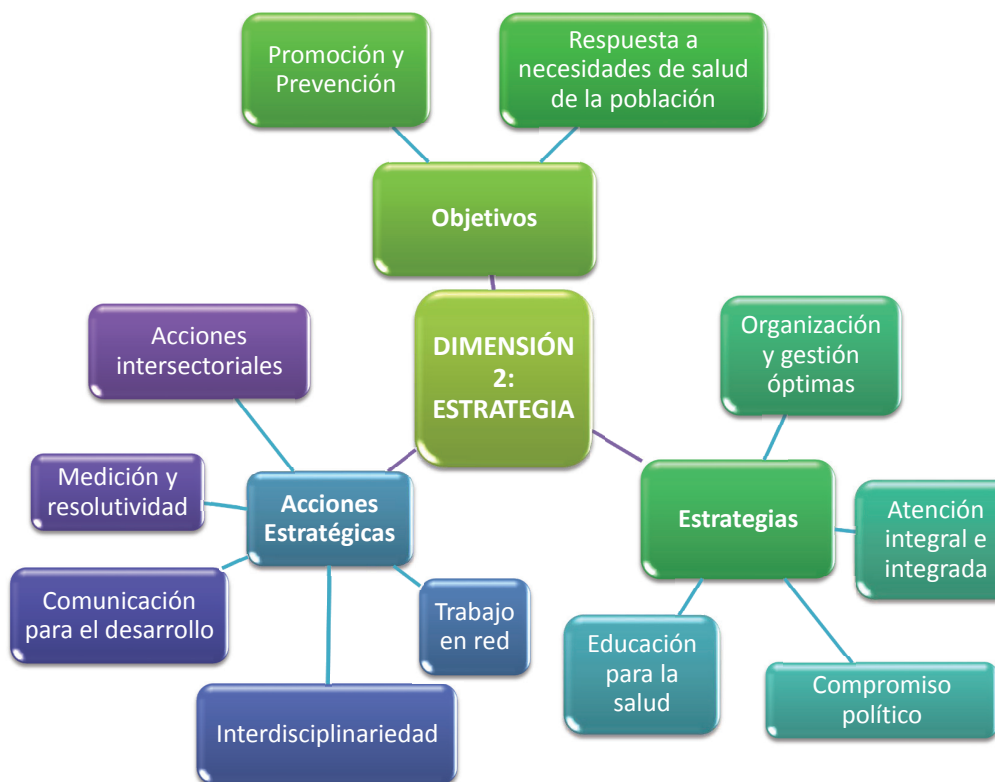
Por otro lado, es importante como principio de la APS **la interculturalidad**, la cual permite reconocer la identidad y la autodeterminación de los pueblos con sus propios sistemas de salud, teniendo en cuenta sus consideraciones de carácter étnico, identidad sexual y de género, entre otros. De esta forma podrá existir complementariedad entre la estrategia APS y los sistemas propios de los pueblos. Lo anterior implica elementos de igualdad y equidad entre los diferentes grupos poblacionales que permiten el relacionamiento y convivencia armónica de todos los individuos en un territorio.

Esto supone que la estrategia APS está basada en el principio de **equidad**, que permita direccionar la estrategia a las personas y población más vulnerable, y así contribuir al cierre de brechas de desigualdad existentes en la región, en especial en el acceso a los factores de salud. Esto bajo esquemas de **justicia social**, que implica que las políticas públicas realizadas por los entes nacionales, departamentales y locales, se encuentren enfocados en toda la población, en especial a los más vulnerables. Mediante el diseño de políticas públicas concretas que permitan satisfacer las necesidades de las personas desfavorecidas, debe haber una asignación de metas y recursos para cumplirlas. Del mismo modo, debe existir la incorporación de la sociedad para la planificación y el control del sistema de salud, que se traduzcan en acciones concretas para la mejora en los determinantes sociales de la salud.

Por último y no menos importante, una estrategia APS basada en el principio de **solidaridad**, que conlleva a que todos los miembros de la sociedad trabajen por el derecho a la salud, siendo la APS la que integre todos los estamentos intersectoriales e interinstitucionales. Y también, el fomento la partición comunitaria, donde la acción colectiva del conjunto de la sociedad forma sinergias positivas para la sostenibilidad del sistema y con lo que pretende generar soluciones más eficientes y eficaces a las necesidades de salud que enfrenta la población.

## 5.2. DIMENSIÓN 2: ESTRATÉGICA

Figura N° 8: Dimensión 2: Estratégica



Fuente: Elaboración propia

En la segunda dimensión estratégica, se establecen tres categorías centrales (objetivos, estrategias y acciones estratégicas) las cuales contienen once (11) elementos, que dan las pautas para las decisiones centrales del proceso organizativo de la estrategia APS desarrollada en el territorio. A continuación se expondrán cada una de estas categorías y los elementos que la componen.

### 5.2.1. OBJETIVOS

La estrategia APS tiene como objetivo **dar respuestas a las necesidades de salud de la población**, que significa que los sistemas de salud deben desarrollarse de tal forma que pueda atender de forma integral a la población. Esto de una forma "objetiva" que se encuentre establecida por expertos y la normatividad establecida dentro del mismo sistema y otros que lo atañen. Al igual que de forma "subjetiva", es decir, por el sujeto, que ya sea de forma individual o colectiva (la comunidad), puedan demandar las actuaciones o necesidades puntuales de la población. En tal sentido, la estrategia APS debe ser estructurada de tal forma que permita la atención de esas necesidades de manera integral, por lo cual debe basarse en los diagnósticos poblacionales del territorio para el diseño y la ejecución de la estrategia, teniendo en cuenta los factores diferenciadores en cada individuo, familia y comunidad.

Así mismo, se establece el **énfasis en promoción y prevención** visto más allá de las actividades clínicas, en donde se empodera al individuo y a la comunidad a hacerse cargo de su propia salud, es decir, que las personas también hagan parte de la estrategia APS de manera activa, y ellos posean las herramientas necesarias para afectar de forma positiva los determinantes de la salud.

## 5.2.2. ESTRATEGIAS

Lo anterior implica la **educación para la salud**, puesto que juega un papel preponderante en el accionar de la estrategia, ya que ello conlleva a una actuación más global que tenga en cuenta otros escenarios como el trabajo, la escuela y la comunidad, para que estos sean sensibilizados y capacitados en temas asociados al mantenimiento de la salud. Igualmente acarrea un trabajo mancomunado para mejorar las condiciones en diferentes ámbitos, como el laboral, ambiental y socioeconómico.

Por consiguiente, se requiere de un **compromiso político** por parte de todos los actores que hacen parte del sistema. Este acuerdo de voluntades entre los sujetos e instituciones, no solo garantiza los recursos físicos y financieros para su puesta en marcha, sino que con el acuerdo de voluntades de parte los entes territoriales en pro de la estrategia, va a permitir una **Atención Integral e Integrada** que conlleve a que el paquete de servicios disponibles debe ser la adecuada para atender las necesidades de salud de las personas en el territorio. Esto deriva 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.(P. 26. 2007)

Con lo dicho se exige del sistema una coordinación entre los actores que llevan a cabo la estrategia (públicos, privados y comunitarios), y por supuesto, "**la atención integrada** requiere el desarrollo de redes de servicios y de proveedores, sistemas de información y gestión apropiado, incentivo, políticas y procedimientos, así como la capacitación de los proveedores de salud, personal de apoyo y de los administradores. (p. 26. 2007)

De igual manera, la estrategia APS demanda 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. p. 26. 2007)

Esto se lleva a cabo de la 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 propiciando un espacio lógico y apropiado para la colaboración, la inversión y la acción en pro del bienestar de la población.

### 5.2.3. ACCIONES ESTRATÉGICAS

La estrategia necesita acciones, lo cual conduce a la realización de **acciones intersectoriales**, entendidas como acciones emprendidas para abordar los principales determinantes de la salud y en donde la OPS/OMS afirma que:

“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”. ( p. 28. 2007)

Es así como la atención en salud, no es solo cuestión de los profesionales del área de la salud, sino de un equipo **interdisciplinario** para no solo atender los factores de riesgo asociados directamente a la salud, sino también otros componentes como por ejemplo, la planeación y el desarrollo educativo, la cultura, recreación, entre otros. Son acciones conjuntas en pro del logro de mejores niveles de salud en el territorio.

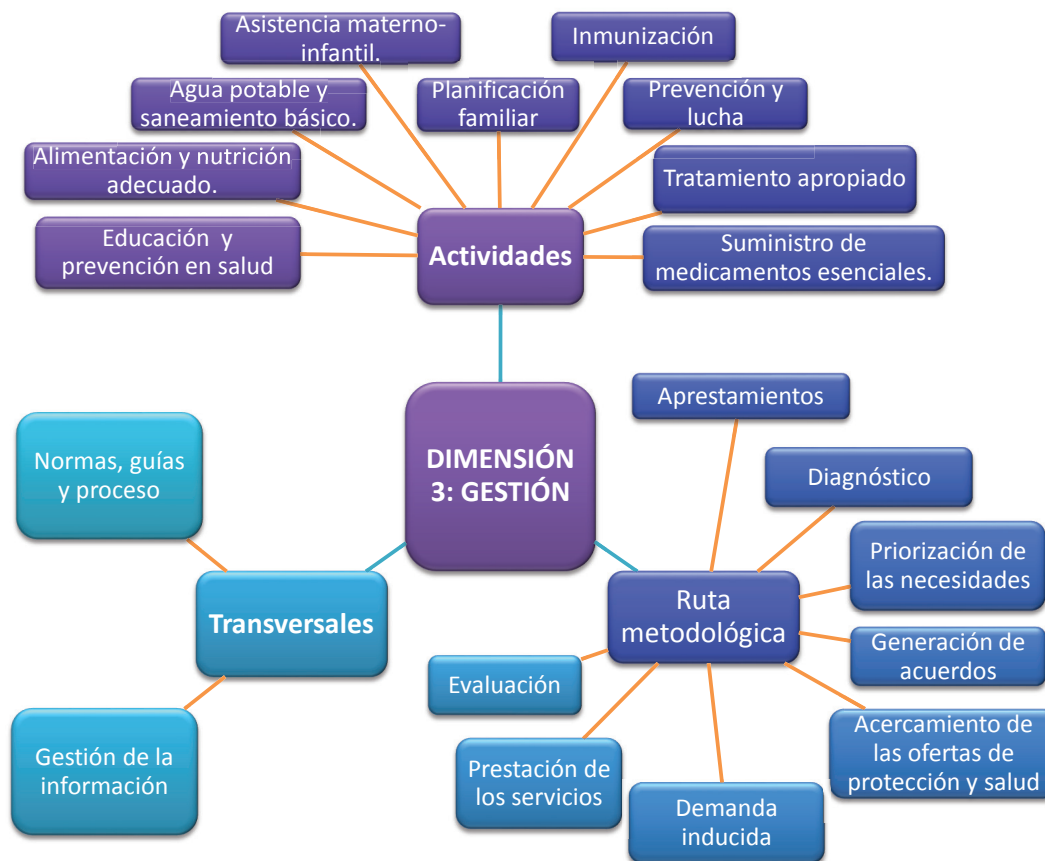
Para lograr lo anterior, se hace necesario el **Trabajo en Red** de todos los actores que se encuentran dentro y fuera del sistema de salud, lo cual reduce los problemas de fragmentación existentes dentro del sistema de salud, como lo son mayores costos económicos y sociales, poca eficiencia y efectividad del sistema de salud, la duplicidad de esfuerzos y el desperdicio de recursos humanos, financieros y tecnológicos (que restringen la efectividad de la aplicación de la estrategia APS).

Del mismo modo, una **comunicación para el desarrollo** dentro de la estrategia permite no solo un mejor diálogo entre los diversos actores que realizan o son beneficiarios de la aplicación de la ella, sino que permiten la misma construcción y puesta en marcha de la estrategia APS, ya que logra identificar cuáles son las necesidades reales en salud de la población, y por supuesto de todo el proceso de evaluación y control de la misma. Igualmente, una buena estrategia de comunicación facilita el trabajo en equipo, la constitución de redes de los diferentes servicios que componen el sistema de salud, entre otros.

Frente a lo anterior, la **medición y resolutivez** de la estrategia APS es fundamental como mecanismo de planeación de la estrategia, pues va más allá de las cifras y datos de personal atendido y da cuenta de cuan efectiva es la aplicación de la estrategia en el territorio.

### 5.3. DIMENSIÓN 3: GESTIÓN

Figura N° 9: Dimensión 3: Gestión



Fuente: Elaboración propia

#### 5.3.1. RUTA METODOLÓGICA

La ruta metodológica da cuenta de la ejecución cíclica de la estrategia de APS desde quienes han dado las orientaciones o lineamientos en cómo se debería ejecutar ésta, con orientaciones desde el Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

Analizando la ruta metodológica se muestra un camino común recomendado por parte de estas entidades encontrando como primer momento el aprestamiento, entendido como un momento inicial a la ejecución de la propuesta. Esto supone que hay realizar un proceso de análisis de los recursos que se tienen en el territorio para llevar a cabo ésta y la voluntad política o institucional por parte de las autoridades presentes en el territorio. Además conlleva a la concertación con los actores e instituciones claves presentes en el municipio a favor de disponer los recursos tanto financieros, físicos, humanos y comunicacionales para la ejecución de la propuesta.

Luego de ello se encuentra el momento diagnóstico el cual se refiere al reconocimiento municipal de los factores relacionados con la salud como otros condicionantes tanto de las principales problemáticas, como de los asuntos potencializadores de la salud. Además se tiene en cuenta el conocimiento familiar a través de herramientas como la Historia Familiar y la información estadística que tienen las entidades a través de sus programas, proyectos y/o servicios.

Sigue un momento denominado priorización de las necesidades, en el cual la estrategia debe dar cuenta de la selección de las áreas de cobertura, es decir, si se seleccionará rural o urbana, si se escogerán la totalidad de las familias o se priorizarán de acuerdo a algunas características especiales. La priorización de las necesidades igualmente da cuenta de la forma en que se organizarán las familias, los ámbitos o entornos del trabajo y la forma en cómo se ejecutará la estrategia.

Con relación al momento denominado generación de acuerdos, este corresponde a la validación de la información con familias, comunidades, y actores institucionales y políticos, en donde se procede a ratificar las apuestas de la estrategia a partir del diagnóstico realizado y la priorización de necesidades. Este sirve como un proceso comunicativo y así mismo de corrección de los asuntos definidos previamente, es una circunstancia 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 los actores y entidades del territorio se inicia una etapa de gestión de lo previamente planeado. En esta etapa 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 un momento fundamental 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. Estos son normalmente articulados a las ESE e IPS como los prestados en el territorio por el ente municipal, departamental, nacional y a lo que refiere a lo público o 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 solo sea a través de la visita y en términos de jornadas especiales, sino que las comunidades, familias y sus integrantes puedan llegar a las rutas establecidas por el sistema de salud y otros sistemas de apoyo.

La prestación de los servicios refiere 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 se desarrollan a través de diferentes acciones estratégicas como pueden ser visitas familiares, brigadas de salud, encuentros formativos, visitas a lugares de estudio o trabajo entre otros.

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

### 5.3.2. ACTIVIDADES

Muchas de las actividades que desarrolla la estrategia APS, se encuentran determinadas por el alcance de los Objetivos del Milenio, y también están dentro de las mismas actividades propuestas por la Estrategia APS desde los organismos supranacionales y nacionales como la OMS, OPS, Ministerio de Salud, Secretaria de Salud de Antioquia y los mismos municipios, siendo las siguientes:

- Educación y prevención en salud: entendida como dar al individuo y a las comunidades las capacidades necesarias para su autocuidado.
- Alimentación y nutrición adecuada: Permitir al individuo el desarrollo adecuado de sus actividades físicas y mentales diarias, al igual que el buen mantenimiento de la salud, y así mismo una alimentación y nutrición adecuada disminuye los factores de riesgo en salud.
- Agua potable y saneamiento básico: Es uno de los factores claves para la prevención y protección de la salud, para prevenir la aparición de enfermedades endémicas, como la diarrea y el paludismo, y permitir la conservación de la salud pública en el territorio.
- Asistencia materno-infantil: Como expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aún se constituye como un grave tema de salud pública. Esta asistencia a través de intervenciones apropiadas y eficaces permite reducir la mortalidad y morbilidad, y contribuye a la mejor salud, calidad de vida y equidad, en torno a una maternidad sin riesgo y nacimientos seguros.
- Planificación familiar: Entendida como el proceso de planeación de la familia, en donde todos los miembros puedan tener las condiciones sociales, psicológicas y económicas para asumir una paternidad y maternidad responsable.
- Inmunización principales enfermedades infecciosas: La aplicación del 100% de la población en el esquema de vacunación, permite no solo resguardar la salud del individuo de aquellas enfermedades prevenibles, sino que conlleva a 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, en determinados períodos a una región. Se entiende por endémica una enfermedad que persiste durante un tiempo determinado en un lugar concreto y que afecta o puede afectar a un número importante de personas.

- Tratamiento apropiado: El proporcionar un tratamiento adecuado no solo garantiza la mejora a las necesidades de salud del individuo y la comunidad, sino que optimiza la utilización de los recursos del sistema de salud. Además, este debe ser enfocado al cuidado de la enfermedad, además de realizar otras acciones como la promoción y la prevención en salud e intervenciones acorde a las necesidades de la población.
- Suministro de medicamentos esenciales: Se refiere a la entrega efectiva de los medicamentos en el momento adecuado para el tratamiento de la enfermedad y que estos sean de calidad y adecuados para ello.

### 5.3.3. TRANSVERSALES

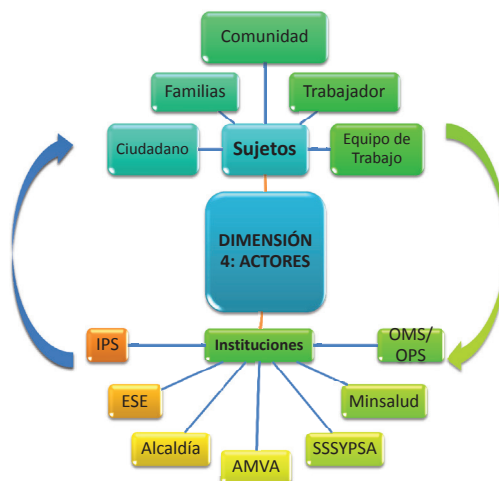
Los transversales son aquellos elementos del modelo que sirven de apoyo a la gestión de la estrategia. La presencia de estos ayuda a que la realización de la estrategia sea acorde a las necesidades de los entornos y la población y también a que la ejecución de ésta sea más eficiente y efectiva.

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 definidos previamente. En ellas se intenta estandarizar los procesos definidos como esenciales en la aplicación de la estrategia APS en el territorio.

Otro elemento es la **gestión de la información**, la cual es un apoyo en la toma de decisiones y en 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 la información, apropiados sistemas de información y una comunicación asertiva de la información encontrada.

### 5.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES

Figura N° 10: Dimensión 4: Actores



Fuente: Elaboración propia

### 5.4.1. SUJETOS

En el elemento “Sujetos” se encontraron de dos tipos. En primer lugar, los beneficiarios de la estrategia APS tienen un papel activo en ella, pues son los que informan cuáles son sus principales problemáticas en salud, son facilitadores en la aplicación de esta, transmiten los conocimientos multiplicando con ello las acciones que realiza la estrategia, y al igual participan en los procesos de negociación para que esta se lleve a cabo en un territorio (son ellos quienes conocen los diversos actores e instituciones que interactúan en él). Frente a lo anterior se reconoció cuatro (4) sujetos a quien va dirigida la estrategia APS, siendo los siguientes:

- Ciudadano: son todas las personas sujetas a derechos pero también a deberes, donde son participes activos de la apuesta de la estrategia, los cuales deben ejercer mayor control sobre su propia salud y son 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 planificación e intervención del sistema, dado que ellos tienen la capacidad de transmitir los conocimientos y realizar las acciones concretas, para de esta forma transformar sus estilos de vida en pro de mejores niveles de salud.
- Comunidad: es la llamada a convertirse en socias activas en la determinación de prioridades, la gestión, la evaluación y la regulación del sector de la salud.
- Trabajador: Aquellas personas que realizan cualquier actividad económica, en las áreas formales e informales de la economía, para de esta forma derivar su sustento y el de su familia.

En segundo lugar, las personas que aplican la estrategia en el territorio, son los denominados equipo de trabajo, el cual está conformado por un equipo multidisciplinario acorde a las necesidades que requiera el territorio donde se va llevar a cabo la estrategia.

### 5.4.2. INSTITUCIONES

Para definir las instituciones 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 algunas de ellas daban orientaciones de propósito, otras de orden metodológico y otras en términos de acciones, metas e indicadores.

Inicialmente se debe nombrar en el orden internacional la **Organización Mundial de la Salud – OMS-** entidad de orden internacional adscrita a la ONU, 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” (Página oficial OMS).

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. Esta declaración hasta el día de hoy sigue teniendo vigencia en términos, aunque muchos de los propósitos siguen sin cumplirse y en otros ha habido avances parciales.

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

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 renovarla en el mundo por los nuevos desafíos y cambios que se han dado 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** el cual posee funciones específicas en los temas de políticas públicas en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, bajo el Decreto 4107 de 2011, (Minsalud - página oficial). 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.

De la misma manera, 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, cero tolerancia con la morbilidad y mortalidad y la discapacidad evitables. La estrategia APS, juega un papel determinante como una de las estrategias para el alcance de dichos objetivos.

En relación a la 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 a la ley 1438 ( 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 temas relacionados con salud pública, promoción y prevención y Atención Primaria en Salud.

Por lo tanto, el ministerio es el garante de la ejecución de la normatividad nacional y es un actor fundamental en las disposiciones y orientaciones que tiene la estrategia de APS en el territorio nacional.

A nivel departamental se tiene como actor central a la **Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia –SSSYPSA**, entidad adscrita a la gobernación de Antioquia y creada en el 2008 por el Decreto Departamental 2575. La entidad se encarga de definir las metas e indicadores departamentales en los asuntos relacionados con la Salud de los Antioqueños. 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 componente 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, éste componente desarrolla tres programas, siendo el primero Antioquia Sana, programa que tiene como marco de referencia todo lo relacionado con la APSR.

En un marco más local encontramos tres actores claves: **Alcaldías, Empresas Sociales de Estado – ESE y las IPS**, que son actores claves de orden institucional en el marco de la estrategia de APS pues son quien finalmente ejecutan la estrategia en territorio. Por esto, las **Alcaldías y sus Secretarías de Salud** juegan un papel importante ya que son las que tienen bajo su responsabilidad la ejecución del Plan de Desarrollo de sus respectivos municipios. Para los tres municipios seleccionados, Girardota, Copacabana y Barbosa el tema de salud es parte constitutiva y fundamental del desarrollo de los componentes sociales y mejoramiento de las condiciones de vida de sus municipios.

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 o concejos” (Decreto 1876 de 1994). Para el caso de Copacabana la ESE – Santa Margarita.

Estas tres ESE tienen a su cargo los equipos de trabajo de APS que están en los hospitales.

Del mismo modo, 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.

## 6. ANÁLISIS DEL MUNICIPIO DE COPACABANA

### 6.1. GENERALIDADES DEL MUNICIPIO DE COPACABANA

El Municipio de Copacabana es uno de los cuatro municipios ubicados al norte del Valle de Aburrá que cuenta con una extensión de 70 km<sup>2</sup>. Está constituida por 15 veredas y 23 barrios en el casco urbano, donde se encuentra asentada la mayor parte de la población. Según información del DANE, para el 2011 el municipio contaba con una población de 66.665 mil habitantes, siendo ésta, la sexta aglomeración urbana del Área Metropolitana del Valle de Aburrá; de los cuales el 86,3% se encuentra en el área urbana y el resto en el área rural. Así mismo, el 48.1% de la población son hombres y el 51.9% mujeres.

Gráfico N°2: Población según Sexo



Fuente: Encuesta de calidad de vida 2011 expandida, municipio de Copacabana

Así mismo, la población que habita en Copacabana es joven dado que el 47,25%, son personas menores de 30 años, seguido de los adultos (personas entre los 30 a 59 años) que corresponden al 40,1% y finalmente el 11,24% son personas adultas mayores.

Por otra parte, en cuanto a las viviendas se tiene que el municipio cuenta con 20.685 de las cuales el 74% se encuentran ubicadas en el casco urbano y el 26% en el área rural. Esto muestra que si bien la población del Copacabana pertenece mayormente al área urbana, la estrategia APS ha sido dirigida para cubrir el área rural, dada las dificultades de acceso a la salud por su ubicación por fuera del casco urbano del municipio.

Cuadro N°3: Viviendas según estrato socioeconómico

ESTRATO DE LA VIVIENDA	URBANO	RURAL	TOTAL	%
Estrato 1	399	502	901	4,36
Estrato 2	8.646	3.556	12.202	58,99
Estrato 3	6.270	654	6.924	33,47
Estrato 4	12	328	340	1,64
Estrato 5	2	176	178	0,86
Estrato 6	0	140	140	0,68
<b>Total viviendas</b>	<b>15.329</b>	<b>5.356</b>	<b>20.685</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Encuesta de calidad de vida 2011 expandida, Municipio de Copacabana

Así mismo, en cuanto al estrato socioeconómico de las viviendas, se tiene que el mayor porcentaje de ellas se encuentran ubicadas en los estratos 2 y 3 y equivalen al 92,46% del total de las viviendas. El estrato 2 es el que posee mayor porcentaje de participación con casi el 60%.

Cuadro N°4: Índice de Calidad de Vida

AÑO	URBANO	RURAL	TOTAL	%
2005	60,9	52,7	56,8	
2007	73,0	71,0	72,8	15,98
2009	76,5	66,0	75,6	2,78
2011	65,8	63,7	65,3	-10,32

Fuente: Encuesta de calidad de vida 2011 expandida, Municipio de Copacabana

Igualmente en la Encuesta de Calidad de Vida 2011 expandida del municipio de Copacabana, informan que en cuanto al índice de calidad de vida del Copacabana se tiene que en los últimos 2 años (2.009 al 2.011) ha venido disminuyendo ubicándose en el año 2011 en 65,3. Lo anterior representa una disminución frente al año 2.009 en -10,32 puntos, que se ven reflejados en otros indicadores como la tasa de analfabetismo en la población mayor de 5 años de edad (la cual es de 7.6%);, al igual que el 11,16% de los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI (donde el 43,51% de las viviendas rurales no poseen conexión al alcantarillado, mientras que en el área urbana es el 3,94%).

Por otro lado, en cuanto a los indicadores y cifras que se relacionan con el tema de salud se tiene que el 84,18% se encuentra afiliado a cualquier régimen de salud, mientras que el 15,82% informaron que no se encuentran afiliados (que equivalen a 10.552 personas), donde en el área rural es el mayor porcentaje de personas sin ningún tipo de afiliación, pues el 19% no está afiliado a ningún régimen.

**Cuadro N°5.** Personas según afiliación al sistema de seguridad social en salud

<b>Afiliación al sistema de seguridad social</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Urbano</b>	<b>Rural</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
No sabe - no responde	265	104	324	45	370	0,55
No está afiliado y no está identificado en el SISBÉN	1.412	1.014	2.070	356	2.426	3,64
No está afiliado y está identificado en el SISBÉN	3.525	4.231	6.515	1.241	7.756	11,63
Es contributivo cotizante, tiene EPS	11.941	8.069	17.719	2.291	20.010	30,02
Beneficiario del régimen contributivo	7.182	12.909	17.566	2.524	20.091	30,14
Subsidiado. Tiene EPS-Subsidiada	6.263	6.830	10.915	2.178	13.093	19,64
Régimen especial (FFAA, Ecopetrol y magisterio)	232	118	317	32	349	0,52
Beneficiario del régimen especial	1.284	1.286	2.499	71	2.570	3,86
<b>Total vivienda</b>	<b>32.104</b>	<b>34.561</b>	<b>57.926</b>	<b>8.739</b>	<b>66.665</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Encuesta de calidad de vida 2011 expandida, Municipio de Copacabana

Teniendo en cuenta la información anterior, una estrategia como la APS que se desarrolla en el municipio permite el acceso a salud a aquellas personas que por diversos motivos no se encuentran afiliados a cualquiera de los regímenes existentes, en especial a la población vulnerable como las mujeres en edad fértil. Según datos del "Plan de Desarrollo Municipal - Copacabana es Tuyo y Mío" informan que el 16,3% no se encuentran afiliadas, mientras que el 2% de los niños menores de 5 años se encuentran en la misma situación.

Otro elemento a tener en cuenta en cómo se encuentra la salud en Copacabana, son la mortalidad de los menores de 1 año, cuya tasa es de 2,8 por cada mil niños. Por su parte, en los menores de 5 años esta tasa se incrementa al ser 6 por cada mil niños. Cabe resaltar la desnutrición aguda o bajo peso para la talla en menores de 5 años, la cual se sitúa en un 12,4% para el año 2011 y la cobertura de vacunación con Triple Viral en niños y niñas de un año se encuentra en un 83%.

**Cuadro N°6:** Principales causas de muerte en Copacabana

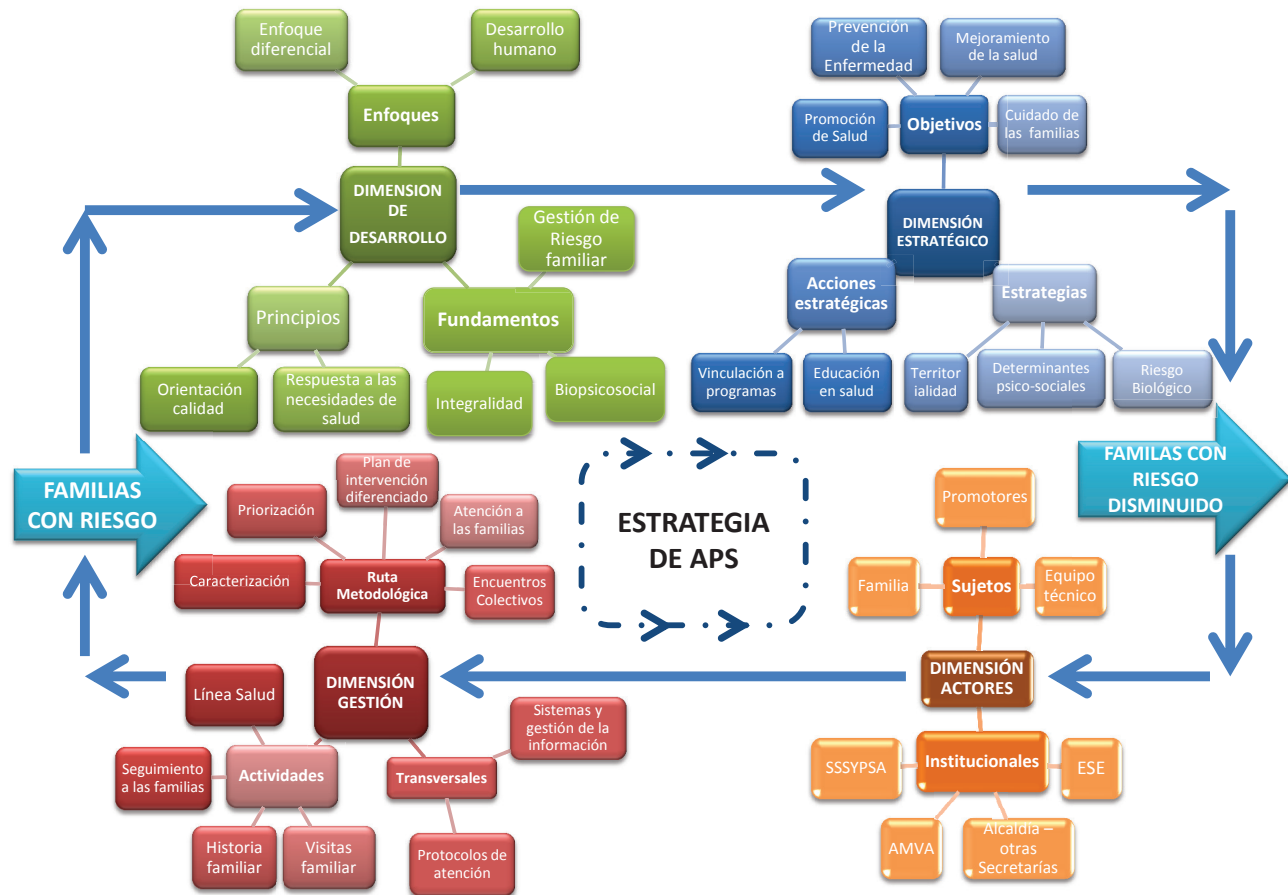
<b>PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN COPACABANA</b>	<b>N°</b>
Enfermedades del sistema circulatorio	92
Tumores [neoplasias]	78
Causas externas de morbilidad y mortalidad	43
Enfermedades del sistema respiratorio	33
Enfermedades del sistema digestivo	11
Enfermedades del sistema genitourinario	11
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	7
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	6
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	6
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	4
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	4
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	2
Enfermedades del sistema nervioso	1
<b>TOTAL</b>	<b>297</b>

**Fuente:** Elaboración propia con información del Anuario Estadístico de Antioquia -2012

Finalmente las principales causas de mortalidad en el municipio de Copacabana, se encuentra asociadas a enfermedades del sistema circulatorio, tumores, enfermedades del sistema respiratorio, digestivo u genitourinario. De ahí la importancia de como la Estrategia APS y muchos de sus programas están dirigidos a los temas en salud que más afectan a la población en general.

## 6.2. DESCRIPCIÓN MODELO PROPUESTO MUNICIPIO DE COPACABANA

El municipio de Copacabana es uno de los cuatro municipios ubicados al norte del Valle de Aburrá que cuenta con una extensión de 70 km<sup>2</sup>. Está constituida por 15 veredas y 23 barrios en el casco urbano, donde se encuentra asentada la mayor parte de la población. Según información del DANE, para el 2011 el municipio contaba con una población de 66.665 mil habitantes, siendo ésta, la sexta aglomeración urbana del Área Metropolitana del Valle de Aburrá; de los cuales el 86,3% se encuentra en el área urbana y el resto en el área rural. Así mismo, el 48.1% de la población son hombres y el 51.9% mujeres.



Fuente: Elaboración propia

### 6.2.1. DIMENSIÓN 1: MODELO DE DESARROLLO MUNICIPIO DE COPACABANA

La estrategia APS en el Municipio de Copacabana viene siendo ejecutado por la ESE Hospital de Santa Margarita en articulación de la Dirección Local de Salud y los demás entes gubernamentales locales, siendo ésta una apuesta del municipio para la disminución de los factores de riesgo de la población que permita la atención básica de servicios de salud y orientación a otros programas sociales que ofrece el municipio.

Teniendo en cuenta la información anterior sobre las condiciones de vida de los habitantes del municipio, (en el cual aparecen diversos factores de riesgo como son bajo cubrimiento de servicios de alcantarillado, alto nivel de analfabetismo), se muestra como el área rural es la que posee los más bajos niveles de cubrimiento en salud y es allí donde se hace importante la aplicación de la estrategia APS como elemento para acercar la salud a la población más vulnerable del municipio. (En especial la zona rural donde se ha cubierto con esta estrategia al 80% de la población). Así mismo, la estrategia se ha dirigido a las zonas del área urbana donde se permite el acceso a los servicios de salud.

A continuación se describen los elementos más importantes encontrados en la estrategia de APS en el Municipio de Copacabana en relación a lo que se ha denominado la Dimensión de Desarrollo a partir de los elementos de Enfoque, Fundamentos y Principios.

De esta forma, la estrategia APS en el municipio de Copacabana y que guía el trabajo emprendido por los equipos de trabajo, es el desarrollo de ésta a partir de un enfoque diferencial. La aplicación de la estrategia se viene desarrollando acorde a las necesidades propias de cada familia, para de esta forma poder brindar la atención adecuada y proteger los derechos de la población en materia de salud.

Figura N° 11: Dimensión 1: Desarrollo - Copacabana



Fuente: Elaboración propia

Así mismo, otro elemento tenido en cuenta en el desarrollo de la estrategia APS es la búsqueda del **desarrollo humano**. La aplicación de ésta se hace presente en aspectos socio demográficos y de accesibilidad a los servicios para contribuir al mejoramiento del nivel de salud, bienestar y calidad de vida de la población, para así poder hacer parte del proceso del alcance de satisfactores para el desarrollo humano.

Igualmente en la ejecución de la estrategia APS en Copacabana, **los principios** que la orientan son la **respuesta a las necesidades de salud** y la **orientación a la calidad**. En este sentido, se tiene que uno de sus enfoques está dirigido a ser un enfoque diferencial y este se orienta a dar **respuesta a las necesidades de salud**. Mediante la clasificación de las familias de riesgo que se realiza en el municipio para la atención de acuerdo con las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad, y dependiendo de la problemática que se observe, se remiten hacia los diferentes programas de la ESE. Lo anterior para realizar las ayudas diagnósticas necesarias para el diagnóstico de la patología, o para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Así mismo, se observa la **orientación a la calidad**, en el cual el diseño y aplicación de la estrategia se establece a partir de la planificación bajo un esquema de gestión institucional. Este busca garantizar que la prestación de los servicios se efectúe dentro de estándares crecientes de calidad. De esta manera, se procura que la atención prestada sea oportuna, periódica, orientada a la detección y control de la enfermedad, de forma que la inversión que se realice se eficiente y efectiva.

Por otro lado, los **fundamentos** que soportan la estrategia se encuentran enmarcados en tres pilares, que son la **gestión del riesgo familiar, lo biopsicosocial y la integralidad**. En este sentido se tiene que la disminución de los factores de riesgos biopsicosociales es uno de los fundamentos en los cuales se apoya la estrategia. Estos factores también permiten la clasificación de las familias y la atención de ellas acorde a ésta. Es por esto que la **gestión del riesgo familiar**, es la plataforma de entrada de los individuos a la estrategia APS, que dependiendo de los factores de riesgos biopsicosociales a los cuales estén expuestas las familias, van a recibir la atención requerida. Por esta razón, la atención de las familias se basa en la **integralidad** de los servicios, para así satisfacer las necesidades de salud y atención a lo largo del tiempo y en los diferentes niveles de atención de la salud.

## 6.2.2. DIMENSIÓN 2: MODELO DE ESTRATÉGICO MUNICIPIO DE COPACABANA

Figura N° 12: Dimensión 2: Estratégica - Copacabana



Fuente: Elaboración propia

En la segunda dimensión la estratégica para Copacabana se encontró tres categorías centrales que encierran nueve elementos de la estrategia, los cuales son los ejes para la toma de decisiones en la organización de la estrategia APS en el municipio. A continuación, se referirá a cada una de estas categorías y los elementos que la componen.

En este sentido, los objetivos propuestos para el desarrollo de la estrategia son cuatro (4). La promoción de salud y la prevención de la enfermedad, le permite al individuo, las familias y la comunidad, poder adquirir las bases necesarias para ejercer mayor control sobre su propia salud. Ellos con su autocuidado es el primer punto de partida de la estrategia y con ello abordar los principales determinantes sociales, así como una atención continua de la salud, en la medida que las personas sean conscientes de llevar estilo de vida saludable y con esto minimizar sus riesgos biopsicosociales.

Así mismo, otros dos objetivos de la estrategia APS en el municipio es el mejoramiento de la salud de la población que se encuentre expuesta o presente alguno de los factores de riesgo que afecten la salud, donde en la ejecución de la estrategia se concentra en tres elementos fundamentales: el riesgo biológico, los determinantes psicosociales y lo territorial. Las dos primeras constituyen la base de la estrategia porque es donde se enfoca. En cuanto a lo territorial la estrategia se dirige principalmente a la ruralidad, pero también tiene en cuenta los sectores de los municipios donde existen mayores riesgos biopsicosociales.

Por lo anterior, se propone varias acciones que propendan para alcanzar este objetivo. El cuidado de las familias es uno de los principales de la estrategia APS en el municipio.

Es así como las acciones estratégicas para el cuidado de la familia se establecen en dos vías: en primer lugar la educación en salud por medio de la cual se educa a las familias para que ellas tengan los conocimientos necesarios para realizar actividades de autocuidado. De este modo, a través de la estrategia y del sistema de salud, se hace responsable al individuo en la disminución o control de los factores de riesgo para la conservación de su salud.

Conjuntamente con lo anterior como acción estratégica de la APS en Copacabana, es la vinculación a programas etapas donde se encuentra las estrategias de intervención familiar en salud, las cuales recogen al usuario en su complejidad, en su contexto familiar, social económico y cultural. Esto mediante líneas estratégicas acorde a la clasificación del riesgo de las personas y con el fin de atenderlos según sus necesidades para priorizar su atención.

Así mismo, se hace la vinculación a programas institucionales de cultura, recreación y deporte, para de esta forma minimizar el riesgo en salud.

### 6.2.3. DIMENSIÓN 3: GESTIÓN MUNICIPIO COPACABANA

Figura N° 13: Dimensión 3: Gestión – Copacabana



Fuente: Elaboración propia

En una tercera esfera se encuentra **la dimensión de gestión**, en la cual en Copacabana se establece bajo tres preceptos que son: **los procesos, la ruta metodológica y las actividades**. Estas muestran el día a día de la aplicación de la estrategia APS en el territorio.

En este punto, se tiene en primer lugar la **ruta metodológica**, la cual se establece para la gestión de la estrategia y determina el paso a paso que desarrolla el equipo interdisciplinario en el territorio. Lo primero que se realiza es una **caracterización** de la población de la zona a la cual va dirigida la estrategia APS, para de esta forma realizar la **priorización** de las familias según el riesgo familiar y así establecer el **Plan de intervención diferenciado** según la clasificación hecha (si las familias se encuentran en bajo, medio, alto o muy alto riesgo, o si por el contrario son familias saludables). Acorde a esta clasificación se realiza la **atención a las familias** al igual que la vinculación de la población a los **encuentros colectivos** realizados por otras entidades municipales (otras secretarías) como son las actividades de cultura, deporte y recreación.

Cabe señalar que las **actividades** de la estrategia APS se refiere a las acciones puntuales que desarrolla la estrategia en el territorio y por tanto son de mayor recordación entre los beneficiarios de ella. Es así como el primer acercamiento de la estrategia a las familias es el diligenciamiento de la **historia familiar**, la cual permite la recolección de información para la

realización de la caracterización de estas y posteriormente las clasifica según los factores de riesgo biopsicosociales, para así realizar la atención en salud acorde a las necesidades.

Igualmente, el equipo técnico de la estrategia realiza como mínimo una vez al año la **visita familiar**, donde las actividades realizadas por el equipo técnico van a depender de la clasificación del riesgo en el que se encuentre las familias. Cabe señalar que esta visita siempre va estar acompañada de un auxiliar de salud, donde la interacción de otros profesionales va a responder a las necesidades específicas de las familias y con ello a la disminución de los factores de riesgo de ellas.

Otra actividad a que se realiza permanente en Copacabana es el **Seguimiento a las familias**, la cual se hace de forma permanente utilizando los sistemas y gestión de la información, para analizar de la situación encontrada y la toma de decisiones con el sector salud y demás actores que intervienen en la estrategia (como el equipo técnico, la alcaldía y con la participación de las comunidades).

Del mismo modo, otra actividad que se realiza es la utilización de una **línea salud**, la cual tiene por objeto que las familias tengan contacto permanente con los profesionales de la salud, para resolver inquietudes, solicitar ayuda y recomendaciones para la atención en temas o situaciones puntuales de atención en salud.

Por último, para el soporte de la estrategia APS en el territorio se establece lo **transversal**, con una serie de **protocolos de atención**. Según la clasificación de los factores de riesgo que posea o esté expuesto la familia y el individuo, depende la focalización de los recursos de las necesidades específicas de las personas. Igualmente esta la existencia de protocolos de atención que permiten que la puesta en marcha de la estrategia para que se encuentre por encima de los individuos que la ejecutan y se institucionalice sobre cómo debe ser la atención familiar.

Junto a lo anterior la existencia del **sistema y gestión de la información** permiten tener información veraz y oportuna que sirve para la toma de decisiones sobre la aplicación de la estrategia. Se desea una realización de planes de mejoramiento y con ello propender por la mejora continua y la atención con calidad.

## 6.2.4. DIMENSIÓN 4: ACTORES - COPACABANA

Figura N° 14: Dimensión 4: Actores – Municipio Copacabana



Fuente: Elaboración propia

**Los actores** juegan un papel fundamental en la puesta en marcha de la estrategia de APS en Copacabana, ya que estos son finalmente los que permiten que la estrategia se lleve a cabo o no y la manera como esta es aplicada dentro del territorio. Por supuesto son los que la dinamizan, los que mueven acciones, recursos e interés a favor o en contra de la misma. A continuación se nombrarán los actores más importantes.

Se diseñó una primera categoría en donde se ubican aquellos que se denominaron los **sujetos** de la estrategia, pues son ellos quienes representan el rostro humano de ésta, que es **la Familia**. Ella ocupa el primer lugar pues son a quienes se caracteriza, prioriza y se les establece la ruta de atención y la disminución o el control de los factores de riesgo biopsicosociales. Es tan importante es la familia que el nombre de la estrategia APS en el Municipio es “Modelo de atención primaria en salud, gestión del riesgo familiar y promoción y prevención”.

También se encuentra el **equipo técnico** quienes son los encargados de desarrollar la estrategia en el territorio. Cabe resaltar de este equipo técnico a los **promotores en salud**, que son personas que han sido seleccionados de las mismas veredas y han realizado un proceso de capacitación para acercar la estrategia APS a las familias. Ellos son el primer contacto que tienen las familias con la estrategia y además son encargados de diversas actividades como el diligenciamiento de la historia familiar, procesos de educación en salud, vacunación, seguimiento a las familias, entre otras actividades.

Con relación a los **actores institucionales** se hace énfasis en aquellos que lideran las apuestas para desarrollar la estrategia, tanto a nivel de planeación, operativo y entrega de recursos. Estos son los encargados de ejecutar la estrategia en el territorio: ESE Santa Margarita, la Dirección Local de Salud y la Alcaldía junto a sus otras secretarías.

## 7. ANÁLISIS DE BRECHAS

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

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

MODELO PROPUESTO	REFERENCIA	MODELO ACTUAL	BRECHAS
<b>DIMENSIÓN 1: DE DESARROLLO</b>			
<b>ENFOQUES</b>			
Vulnerabilidad	Alcaldías		<p>*Hay una apuesta clara en el municipio en el tratamiento de las familias acorde a las necesidades específicas de las familias en materia de salud y de esta forma proteger sus derechos.</p> <p>* El desarrollo humano es una apuesta que se hace desde la postura política del municipio, buscando que las acciones realizadas permitan el alcance de los satisfactores para el desarrollo humano.</p> <p>*Si bien el ciclo vital se tiene en cuenta para la realización de acciones puntuales dentro de la estrategia como la atención materna infantil, este tipo de enfoque se enmarca dentro del enfoque diferencial.</p> <p>*El 80% de las familias beneficiarias es población rural por la presencia de factores de riesgo que las hacen más vulnerables; el territorio no es el elemento clave que determine el accionar de la estrategia.</p>
Enfoque Diferencial	Gobernación de Antioquia - Minsalud - Ley 1438	Enfoque Diferencial	
Desarrollo humano	Gobernación de Antioquia	Desarrollo humano	
Ciclo Vital	Gobernación de Antioquia		
Enfoque de Derechos	OPS		
Territorial	Minsalud - Ley 1438		

<b>FUNDAMENTOS</b>			
Participación social	OPS - Minsalud - Ley 1438		<p>*La familia como eje central de la estrategia apunta al empoderamiento de los temas de salud en las familias que son beneficiarias de la estrategia, sin embargo, la participación social no es tan visible el trabajo de la estrategia APS con otros actores como las comunidades, los equipos de trabajo y otros actores.</p> <p>*Si bien el tema de sostenibilidad y recursos adecuados es uno de los pilares de la estrategia APS no hay una definición clara del tema en tanto la estrategia a lo largo de los años no se ha sostenido, ha cambiado de apuestas y responde a miradas de corto plazo; pese al apoyo político con que cuenta hoy la estrategia en el municipio.</p> <p>* La orientación biopsicosocial que posee el programa permite orientar la estrategia en forma integral para la disminución y control del riesgo de las familias beneficiadas, lo cual permite dar un primer paso a nivel local para la mejora de los determinantes sociales de salud, teniendo en cuenta que estos dependen también de políticas regionales, nacionales en otros aspectos que en la actualidad son difíciles de alcanzar.</p>
Sostenibilidad y Recursos Adecuados	OPS		
Orientación familiar y comunitaria	OPS		
Determinantes sociales de salud	Gobernación de Antioquia - Minsalud - Ley 1438, Plan Decenal de Salud Pública.		
Acceso y cobertura universal	OPS		
		Gestión de Riesgo familiar	
		Biopsicosocial	
		Integralidad	
<b>PRINCIPIOS</b>			
Equidad	OPS		<p>* Los elementos axiológicos en los cuales está sustentada en la respuesta a las necesidades de salud de las familias beneficiadas bajo esquemas de calidad, que implican en el corto y medio plazo la desaparición o control de los riesgos biopsicosociales que afectan a las familias.</p>
Interculturalidad	Minsalud - Ley 1438		
Justicia Social	OPS		
Solidaridad	OPS		

Orientación a la calidad	OPS	Orientación calidad	* Los otros elementos como la equidad, solidaridad y justicia social, hacen parte de la estrategia, estos no se configuran como los ejes fundamentales en los cuales se aborda la estrategia. Así mismo, en el tema de interculturalidad este no se tiene en cuenta al interior de la estrategia.
Primer contacto	OPS		
		Respuesta a las necesidades de salud de la población	
<b>DIMENSIÓN 2 DE ESTRATEGIA</b>			
<b>OBJETIVOS</b>			
Promoción y Prevención	OPS	Promoción de salud	*Los objetivos planteados en el modelo propuesto se articulan con el modelo en escena en donde los temas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad están en el centro de APS.
		Prevención de enfermedad	
Respuesta a necesidades de salud de la población	OPS		*En Copacabana se le ha dado una relevancia significativa los temas del mejoramiento de la salud y el cuidado de las familias como una apuesta para transformar hábitos, prácticas y maneras de relacionarse con la salud, los cuales son la apuesta del municipio convirtiéndose en los elementos diferenciadores del modelo propuesto.
		Mejoramiento de la salud	
		Cuidado de las familias	
<b>ESTRATEGIAS</b>			
Organización y gestión óptimas	OPS		* Atender los riesgos Biológicos y los determinantes psicosociales, es la estrategia en la cual se concentran los esfuerzos del municipio, principalmente en aquellos territorios donde existe mayor exposición a los riesgos biopsicosociales, los cuales en cierta medida se acerca a lo planteado al Plan Decenal de Salud Pública. * La atención integral e integrada se realiza a partir de los riesgos biopsicosociales en los que se encuentran las familias, aunque estos se enfocan especialmente en los temas relacionados con la atención de la salud; esto sin embargo, le ha permitido avanzar en la aplicación de la estrategia.
Atención integral e integrada	OPS		
Compromiso político (Responsabilidad y Rendición de cuentas)	OPS		
Educación para la salud	Minsalud - Ley 1438	Educación para la salud	

		Riesgo Biológico	* En cuanto al compromiso político, este depende del mandatario de turno y la importancia que le dé a la aplicación de la estrategia APS en su plan de desarrollo, el cual en la Alcaldía actual se le viene dando la importancia, pese a los períodos de cese de actividades por motivos de contratación, este es un elemento que se debe superar para de esta forma la APS se convierta en una Estrategia.
		Determinantes psicosociales	
		Territorialidad	
<b>ACCIONES ESTRATÉGICAS</b>			
Trabajo en red	Minsalud - Ley 1438		*La educación en salud en Copacabana no es una estrategia, sino hace parte de las acciones estratégicas para desarrollar la misma. * La vinculación a los diferentes programas que se ofrecen en la Alcaldía de la población beneficiaria, es la principal forma de cómo se realizan las acciones intersectoriales de la estrategia APS en el Municipio.
Interdisciplinariedad			
Comunicación para el desarrollo			
Medición y resolutivez			
Acciones intersectoriales	OPS	Vinculación a programas	
		Educación en salud	
<b>DIMENSIÓN 3: GESTIÓN</b>			
<b>RUTA METODOLÓGICA O PROCESOS</b>			
Aprestamientos	SSSYPSA - Minsalud	Caracterización	* En términos generales la ruta metodológica se ajusta a la propuesta por la SSSYPSA - Gobernación de Antioquia en donde se aborda una mirada de los pasos de cómo aplicar la estrategia en el territorio; con un trabajo inicial de aprestamiento terminando con la evaluación, sin embargo no son nombrados de la misma forma o no se le da tanta fuerza. *El único paso que no se viene desarrollando de manera clara es el momento de evaluación el cual se hace parcialmente y sin una ruta que permita hacer de esta información una herramienta para el seguimiento y análisis de la estrategia en el territorio.
Diagnóstico		Caracterización	
Priorización de las necesidades		Priorización	
Generación de acuerdos		Plan de intervención diferenciado	
Acercamiento de las ofertas de protección y salud		Atención a las familias	
Demanda inducida		Atención a las familias y Encuentros Colectivos.	
Prestación de los servicios		Atención a las familias	
Evaluación			

### ACCIONES ESTRATÉGICAS

Educación y prevención en salud	OMS- OPS - Minsalud - Gobernación		<p>* Los lineamientos dados por los referentes abordados en la construcción del modelo propuesto son poco claros en cuanto a las actividades a desarrollar en la estrategia, solo en los primeros documentos de APS y en algunos de la gobernación de Antioquia indica en general cuales serían esas actividades, lo que ha permitido utilizar ciertas prácticas usuales del sistema de salud para acercar a la comunidad como son las visitas familiares, el levantamiento de la historia familiar y el seguimiento a las familias para de esta forma garantizar el mejoramiento de la salud de ellas, dependiendo del nivel de riesgo que se encuentre.</p> <p>* Así mismo, el establecimiento de una Línea de Salud, permite de alguna forma acercar al total de la comunidad del municipio a la estrategia APS, sea o no sea beneficiario de ella, lo cual es otro de los elementos de innovación social con que cuenta la estrategia.</p>
Alimentación y nutrición adecuada	OMS - Gobernación de Antioquia SSSYPSA - Alcaldías-		
Agua potable y saneamiento básico	OMS		
Asistencia materno-infantil.	OMS - Gobernación de Antioquia SSSYPSA - Alcaldías-		
Planificación familiar	OMS - Gobernación de Antioquia SSSYPSA - Alcaldías-		
Inmunización	OMS - Gobernación de Antioquia SSSYPSA - Alcaldías-		
Prevención y lucha	OMS- OPS - Minsalud - Gobernación		
Tratamiento o cuidados apropiado	OPS		
Suministro de medicamentos esenciales	Minsalud		
		Visitas familiar	
		Historia familiar	
		Seguimiento a las familias	
		Línea Salud	

<b>TRANSVERSALES</b>			
Gestión de la información	Minsalud - Ley 1438	Sistemas y gestión de la información	* El sistema y la gestión de la información en el municipio es pieza clave en la estrategia APS, donde se constituye como una innovación social del proceso, dado que esta permite focalizar y tramitar las necesidades en salud de las familias.
Normas, guías y proceso	Minsalud - Ley 1438	Protocolos de atención	* Por otro lado, la clasificación de las familias en los diferentes tipos de riesgo, permiten establecer y practicar cuales son los protocolos adecuados para la generación de mayores niveles de salud en ellas.
<b>DIMENSIÓN 4 : ACTORES</b>			
<b>SUJETOS</b>			
Ciudadano	Minsalud		* La Familia es el eje fundamental y diferenciador de la estrategia APS en Copacabana, dado que es en ella en la que se concentra las acciones realizadas por el equipo técnico y donde los promotores son el enlace entre la comunidad y el equipo técnico que realiza la estrategia. Este último (equipo técnico) en Copacabana es amplio y multidisciplinario, lo cual permite que a las familias se les brinde una atención acorde a sus necesidades. * Aunque se realiza trabajo comunitario dentro de la estrategia APS, este no hace parte del grueso de la estrategia.
Familias	OPS/OMS/ MINSALUD/ SSSYPSA/ ALCALDIAS	Familia	
Comunidad	OPS/OMS/ MINSALUD/ SSSYPSA/ ALCALDIAS		
Trabajador	OPS		
Equipo de Trabajo	OPS	Equipo técnico	
		Promotores	
<b>INSTITUCIONES</b>			
OMS/OPS	OMS/OPS		* En relación a los actores institucionales si bien los organismos internacionales tienen una importancia en torno a ser los generadores de lineamientos de trabajo, enfoques y en general las apuestas de la estrategia APS * En la ejecución de la estrategia una relación más directa con instituciones locales fundamentales para el desarrollo de la misma como es la Alcaldía - otras Secretarías, la Dirección Local de Salud y la ESE, donde esta última es la que lidera el proceso.
Minsalud	Minsalud		
SSSYPSA	SSSYPSA	SSSYPSA	
Alcaldía	Alcaldía	Alcaldía	
ESE	Minsalud	ESE	
IPS	Minsalud	IPS	

## 8. HALLAZGOS GENERALES

### LA DISMINUCIÓN DEL RIESGO EN LAS FAMILIAS COMO OBJETIVO CENTRAL

La estrategia APS en el Municipio de Copacabana es desarrollada por la ESE Santa Margarita como un proceso de externalización de la Secretaria de Protección Social del Municipio, el cual se ha centrado en la atención de las familias municipio según su nivel de riesgo. En este escenario, APS se está convirtiendo como un referente de atención a los pobladores del municipio, en especial las familias que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad en el territorio.

La estrategia APS en el Municipio de Copacabana ha centrado su accionar en la disminución del riesgo en las familias en busca del máximo nivel de salud posible. Para lo anterior, se ha centrado la aplicación de la estrategia en la gestión del riesgo mediante la clasificación de las familias, 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.

En este sentido, las familias no solo son el centro de la atención de la estrategia, sino que se convierten en facilitadores de los servicios de salud en tanto que se vuelven parte integral de la estrategia mediante la educación para la salud y aplicación de los conocimientos adquiridos en su entorno.

Sin embargo, esta mirada desde los riesgos biopsicosociales puede llevar a que no se complemente con la mirada de acceso y cobertura universal, dado por aquellas enfermedades que no se encuentran dentro de estos factores de riesgos priorizados desde la estrategia APS en Copacabana, que no harían parte del seguimiento y tratamiento que se realiza dentro ésta.

### ATENCIÓN CON CALIDAD COMO UNA APUESTA DEL MUNICIPIO

Una segunda brecha que se encuentra en Copacabana es la atención con calidad como una apuesta del Municipio. Por esto, en uno de sus objetivos está el mejoramiento de la salud, donde la forma de aplicación de la estrategia combina dos elementos centrales: en primer lugar la importancia a los factores psicosociales como herramienta de clasificación y manejo del riesgo de las familias y en segundo lugar la educación para la salud que propende hacia el cuidado de las familias, permitiendo la generación de capacidades para el autocuidado.

Estos dos mecanismos en conjunto se ponen en marcha para así garantizar una atención continua y un aumento efectivo de la salud de los habitantes del municipio. En este sentido, la calidad de los servicios realizados en la estrategia APS es determinante para poder avanzar hacia el logro de máximo posible de la salud en el territorio, en especial a aquellas familias en estado de mayor vulnerabilidad.

## **EL EQUIPO HUMANO COMO MOTOR DE LA ESTRATEGIA**

En consecuencia, el municipio cuenta con equipo de trabajo amplio que integra diferentes saberes y que acompaña integralmente a las familias seleccionadas. Aquí el trabajo en equipo ha sido clave para la puesta en marcha de la estrategia, pues esto permite tratar los factores de riesgo desde varios frentes para una disminución efectiva de ellos. Lo que se quiere decir es que se plantea un trabajo interdisciplinario en conjunción de integralidad, donde a las familias no solo se les brinda la atención en salud, sino que se les vincula a otros programas ofrecidos por la Alcaldía, para que sea abordado de forma integral.

También se resalta el papel de los promotores en el desarrollo de la estrategia, los cuales han estado articulados al trabajo comunitario, lo que les permite la cercanía hacia las familias. El lenguaje común, el conocimiento del territorio y establecer de forma más cuales son los determinantes sociales de la salud, permiten mayor efectividad a la hora de acercar la estrategia a las familias.

Además se resalta que dentro del proceso de implementación de la estrategia, la formación se ha dado desde el hospital a los promotores, es decir, la formación de capital humano fue un elemento central para dotar a estas personas de habilidades y competencias para desarrollar la estrategia APS en el territorio.

## **LA INNOVACIÓN SOCIAL- FACTOR DIFERENCIADOR**

La innovación social es uno de los elementos que mayor se destaca de la estrategia APS en Copacabana. Ésta se viene dando a partir de tres componentes que son: la línea de la salud, la unidad móvil y el sistema de información. Cada uno de ellos juega un papel determinante en la apuesta de la estrategia pues permiten dar una permanente lectura del territorio y de esta forma establecer cuáles son los aspectos cambiantes de la salud y saber de manera más precisa las necesidades en salud de la población y en especial la de las familias.

Es así como la gestión de la información permite tener información veraz y oportuna que sirve para la toma de decisiones sobre la aplicación de la estrategia, la realización de planes de mejoramiento en la ejecución en terreno de la estrategia APS y para propender la mejora continua y la atención con calidad.

## EL COMPROMISO POLÍTICO

La apuesta política fuerte hacia la estrategia en esta administración sirve como garantía para la aplicación de la estrategia APS en el municipio. Lo anterior se viene reflejando desde la misma concepción del Plan de Desarrollo Municipal, en el cual ésta hace parte de las líneas del mismo plan, es decir, la estrategia APS se convierte en uno de los motores para alcanzar el desarrollo en el municipio en materia de salud.

Esto implica que la Alcaldía ha destinado importantes recursos para la contratación de un amplio equipo técnico interdisciplinario, sistemas de información y en especial, la continuidad de la estrategia a lo largo de tiempo. Esto pretende que esta estrategia sea sostenible en el tiempo y que garantice mayor efectividad y eficacia. No obstante, el compromiso político no debe depender de la administración de turno, sino que esta debe ser una apuesta a largo plazo, para no se pierda el acumulado tanto a nivel humano como técnico.

## LA ESTRATEGIA APS COMO UNA ESTRATEGIA PARA ALCANZAR LOS MÁXIMOS NIVELES DE SALUD

La estrategia APS es vista como un programa o proyecto que se desarrolla en el territorio. Esta tiene una mirada de corto plazo dado que no se desarrolla de forma continua dentro del municipio por la dinámica misma de contratación y apropiación de recursos. Igualmente, como estrategia ésta no es vista aún como uno de los ejes fundamentales para alcanzar los máximos niveles de salud. Aquí la estrategia APS es la puerta de entrada al sistema de salud, y el Municipio de Copacabana en este sentido ha venido avanzando. Sin embargo, falta mayor articulación con los otros componentes del sistema de salud.

En este sentido, para que sea más efectiva la estrategia, se hace importante que esta continúe dentro del proceso de integración de la Red Metropolitana de Salud, liderada por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá y la Institución Universitaria Esumer. En este escenario, la estrategia APS es vista como parte fundamental de la Red y en la medida que ésta se desarrolle, se fortalecerá y permitirá alcanzar los máximos niveles de salud posible en la población de Copacabana.

## GLOSARIO

**Accesibilidad:** Ausencia de barreras geográficas, financieras, organizacionales, socioculturales, de género y/ o estructurales para la participación en el sistema de salud y/o para la utilización de los servicios de salud y otros servicios sociales. Es fundamental que las personas puedan recibir servicios de salud acordes con sus necesidades.

**Atención Primaria de Salud (APS):** En 1978 la Declaración de Alma Ata definió la APS como “atención esencial en salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y a las familias en la comunidad, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir para mantenerla. La APS forma parte integral del sistema de salud de un país, así como del desarrollo económico y social de la comunidad acercando la atención en salud, tanto como sea posible, al lugar donde la gente vive y trabaja, constituyéndose en el primer elemento de un proceso continuo de atención de salud”.

**Intersectorialidad:** La medida en que la APS se integra a los esfuerzos dirigidos a la intervención de los determinantes de salud externos al sector salud, tales como agua y saneamiento, vivienda, educación y coordinación del desarrollo y puesta en marcha de un amplio rango de políticas públicas y programas que afectan y comprometen sectores externos a los servicios de salud. La intersectorialidad requiere de una articulación estrecha entre las áreas pública, privada y no gubernamental, tales como empleo, educación, vivienda, producción de alimentos, agua y saneamiento y atención social, tanto en el interior de los servicios de salud tradicionales, como fuera de ellos y que tienen un efecto sobre el estado de salud y el acceso a la atención en salud. Los enfoques intersectoriales movilizan los recursos de la sociedad desde los sectores que afectan la salud.

**Participación:** grado en el que una persona participa y comparte la toma de decisiones con relación a su propia atención. El “autocuidado” es un concepto similar, así como el suministro de información a los miembros de una comunidad para permitirles tomar medidas para cuidarse a sí mismos y saber cuándo necesitan buscar ayuda profesional. La participación social es el derecho y la capacidad de la población para participar de forma efectiva y responsable en las decisiones sobre la atención en salud y su implementación. La participación social en salud es una faceta de la participación civil, una condición inherente al ejercicio de la libertad, la democracia, el control social sobre la acción pública y la equidad.

**Prevención:** la prevención se concibe tradicionalmente en tres niveles: la prevención primaria, dirigida al manejo de la enfermedad antes de que ésta se presente; la prevención secundaria, una vez la enfermedad aparece; y la prevención terciaria, cuando la enfermedad sigue su curso.

A esta tipología se ha adicionado la noción de “prevención primordial” relacionada con la modificación de las condiciones subyacentes que conducen en primer lugar a la exposición.

**Promoción de la salud:** proceso donde se faculta a los individuos para el aumento del control sobre los determinantes de salud y, de esta forma, se mejora su salud. Involucra a la población como un todo en el contexto de su vida cotidiana y está dirigido a la acción sobre los determinantes y causas de salud, más que en el enfoque de riesgos de las personas frente a enfermedades específicas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, J. Sistematización de experiencias Proyecto: "Asociación de Medios de Comunicación Ciudadanos y Comunitarios de Medellín - la REDECOM". FAONG. Medellín. 2008.
- ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRÁ. Plan Integral de Desarrollo Metropolitano –PIDM– 2008-2020 Hacia la integración regional sostenible. Medellín. 2007.
- ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRÁ. Plan de Gestión 2012- 2015 – Pura Vida. Medellín, Agosto de 2012.
- CEP Alforja. La sistematización de experiencias, práctica y teoría para otros mundos posibles. CEAL- Itermon Oxfam, San José, Mayo 2012.
- Departamento Administrativo de Planeación Departamental. Anuario Estadístico de Antioquia -2012.
- Gustavo, A. Modelo de Atención Primaria en Salud, Gestión del Riesgo Familiar y Promoción y Prevención. Copacabana. 2014.
- INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ESUMER. propuesta técnica y económica para apoyar la conformación e implementación de la Red Metropolitana de Salud del Valle de Aburrá periodo 2013 – 2015.
- Dirección Seccional y Protección Social de Antioquia. Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia. 1° ed. Antioquia: Universidad de Antioquia; 2010.
- Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado en: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/) Febrero 2014.

- OMS/UNICEF. Atención Primaria de Salud. Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6-12. septiembre, 1978, Organización Mundial de la Salud: Ginebra, 1978.
- Organización Panamericana de la Salud. 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: OPS. 2007.
- Pardo, A. Ángel, M. Análisis de datos con SPSS 13 Base. McGraw Hill. Madrid. 2005.
- Perfil Total Copacabana. Encuesta Calidad de Vida – ECV. Área Metropolitana del Valle de Aburrá. 2011.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. ¿Qué es el Desarrollo Humano?. Recuperado en: <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=i1-----Gs=aGm=aGe=AGc=02008#.U1CE6PI5M1Y>. Marzo 2014.
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española [Dictionary of the Spanish Language] (22nd ed.). Madrid, Spain: Author.
- Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Ley 1438 de 2011 Congreso de Colombia. 2011.
- SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. Ley 100 de 1993. Diario Oficial No. 41.148, de 23 de diciembre de 1993.
- Tejada, G. Planeación del Desarrollo Local, una experiencia de participación ciudadana en la Comuna 6 Doce de Octubre. Institución Universitaria Esumer y Alcaldía de Medellín. Medellín. 2011.
- Schoute, T. Documento informativo de alianzas de aprendizaje N°6: Documentación de procesos. IRC Centro Internacional de Agua Potable y Saneamiento. Polonia. 2007.
- Torres, A. La Sistematización de Experiencias Educativas: Reflexiones sobre una práctica reciente. Universidad Pedagógica Nacional. Bogotá. 1998.

- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Servicios De Salud Amigables Para Jóvenes Y Adolescentes. Disponible en [http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public\\_htmlfile/PDF/modelosamigables2.pdf](http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/PDF/modelosamigables2.pdf)
- RED JUNTOS. Salud Reproductiva Disponible en <http://www.slideshare.net/Vioceci/programa-sm-presentation>
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Cuadros De Procedimiento Atención Integrada A Las Enfermedades Prevalentes De La Infancia AIEPI Disponible en <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Programas%20y%20Proyectos/Documentos/2012/AIEPI/Anexos/Modelo%20de%20Atenci%C3%B3n%20a%20la%20Primera%20Infancia%20AIEPI.pdf>
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de atención de la diabetes mellitus Disponible en <http://www.pos.gov.co/Paginas/Gu%C3%ADas-de-promoci%C3%B3n-de-la-salud-y-prevenci%C3%B3n-de-la-enfermedad-.aspx>
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de Hipertensión Arterial Disponible en <http://www.pos.gov.co/Paginas/Gu%C3%ADas-de-promoci%C3%B3n-de-la-salud-y-prevenci%C3%B3n-de-la-enfermedad-.aspx>
- JUNTA DE ANDALUCÍA. Manual De La Gestión De Casos En Andalucía. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. España 2 Ed. 2007
- VÍCTOR ALVARADO. Modelo de Gestión Municipal de Salud. Quillota Disponible en <http://www.innovacionlocal.org/files/Modelo%20de%20gestion%20municipal%20de%20salud.pdf>
- GOBIERNO DE CHILE, MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN. Cuando Copiar es Bueno, Catálogo de Iniciativas Replicables Disponible en [http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca\\_old/iniciativas-replicables-cuando-copiar-es-bueno/](http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca_old/iniciativas-replicables-cuando-copiar-es-bueno/)
- ALBERTO MUELA MOLINERO. Actualización de guías en la EPOC GOLD 2011 y GESEPOC. Disponible en <http://mleon.files.wordpress.com/2012/06/charla-socalmi-actualizaci3b3n-guc3adas-en-epoc-e-indacaterol.pdf>
- ANA MARTÍNEZ-PAMPLIEGA. Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scale. Disponible en [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-180.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-180.pdf)

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud Declaración De Rio De Janeiro Disponible en [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf)
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Guía Técnica “Buenas Practicas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>
- ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS) Disponible en [http://www3.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/material/aps\\_speranza.pdf](http://www3.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/material/aps_speranza.pdf)
- Iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia Disponible en <http://www.unicef.org/colombia/pdf/IAMI-1.pdf>
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino. Disponible en <http://www.sguruguay.org/documentos/guias-msp/msp-programa-prevencion-cancer-cuello-uterino-estrategia-manual-procedimientos.pdf>
- PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER CERVICOUTERINO. Disponible en <http://www.iohp.org/IOHP.php?m=8>
- NORMA TÉCNICA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE CÉRVIX. Disponible en [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/norma/Norma\\_preven\\_cancer\\_cervix.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/norma/Norma_preven_cancer_cervix.pdf)
- RENOVACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTRATEGIAS%20PARA%20EL%20DSARROLLO%20DE%20LOS%20EQUIPOS%20DE%20SALUD%20APS.pdf>
- GUIDO GIRARDI Y PEDRO ASTUDILLO. Estudio Factores de riesgo asociados a mortalidad infantil por Neumonía. Santiago de Chile, 1987.
- PINEDA, ALVARADO Y CANALES. Metodología de la investigación, 2ª Edición. 1994.
- ASESORES COMUNALES, Ilustre Municipalidad de Copiapó. Infecciones respiratorias Agudas, 2002.

Carrera 53 N° 40A - 31  
Conmutador 385 60 00 - Fax 263 32 01  
Medellín - Colombia



**PURA VIDA**

 [www.metropol.gov.co](http://www.metropol.gov.co)