

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano.

INFORME FINAL.

14 de septiembre de 2012

Documento elaborado por:

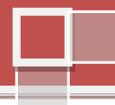
- Elsa Patricia Muñoz, M.D. Epidemióloga
- Carlos Augusto Hernández, M.D Mag. Salud Pública
- Olga L. Aguilar, Fonoaudióloga, Mag. Salud Pública
- Luz Myriam Claros, M.D. Mag. Epidemiología.
- Luz Nelly Girón, Enf. Mag. Salud Pública
- Alfonso Rojas, Ing. Sanitario – Mag. Salud Pública

Convenio 145-2012, suscrito entre Universidad del Valle, a través del CEDETES y el Ministerio de Salud y Protección Social.

CEDETES
Centro para el Desarrollo y Evaluación de
Políticas y Tecnología en Salud Pública
Escuela de Salud Pública - Facultad de Salud



Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia



Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

Tabla de contenido

I. Contexto.....	4
1. Marco político y legal del país.....	4
2. Estado del arte.....	14
II. Lineamientos para la implementación de la Estrategia de Atención Primaria en los Entes Territoriales	26
1. Modelo propuesto para implementar la Atención Primaria como estrategia para el desarrollo territorial.	26
2. Lineamientos para la implementación del componente de participación social, comunitaria y ciudadana en el sector salud	32
2.1 Marco contextual.....	32
2.2 Fases para la implementación de la participación social, comunitaria y ciudadana en salud	40
2.3 Herramientas y métodos participativos.....	45
2.4 Mecanismos de coordinación.....	48
2.5 Indicadores de cumplimiento del componente de participación social, comunitaria y ciudadana.....	51
2.5.1 Proceso	52
2.5.2 Resultado	52
3. Lineamientos para la implementación del componente intersectorialidad/ transectorialidad en el sector salud.	52
3.1 Marco contextual.....	52
3.2 Fases para la implementación de la intersectorialidad/ transectorialidad en salud	58
3.3 Herramientas y metodologías.....	62
3.4 Mecanismos de coordinación.....	62
3.5 Indicadores de cumplimiento del componente intersectorial/ transectorial ...	63
3.5.1 Estructura	63
3.5.2 Proceso	64
3.5.3 Resultado	64
4. Lineamientos para la implementación del componente desarrollo tecnológico en el sector salud.....	64
4.1 Redes de servicios integradas e integrales.....	65

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

4.2	Sistema unificado de información	76
4.3	Gestión del conocimiento y de tecnologías	79
5.	Lineamientos para la implementación del componente desarrollo administrativo en el sector salud	82
5.1	Proceso de Planeación	83
5.2	Proceso de organización	86
5.3	Proceso de Dirección	88
5.4	Proceso de Evaluación	88
5.4.1	Proceso	89
5.4.2	Resultado	89
6.	Desafíos y retos en el corto plazo para la implementación de la estrategia de atención primaria en salud	89
III.	Bibliografía	90

I. Contexto

1. Marco político y legal del país

En Colombia posterior a la promulgación de la Constitución Política de 1991 se implementó el Sistema de Seguridad Social Integral a través de la Ley 100 de 1993, normatividad que incluye el sistema de pensiones, de salud y riesgos profesionales.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se enmarca en los principios de universalidad, solidaridad, eficiencia, unidad, descentralización y participación. La Seguridad Social es un servicio público prestado por entidades privadas y públicas bajo la dirección, coordinación y control del Estado acorde con lo explicitado en el Artículo 48 Constitución Política.

La política de salud en el país hasta la fecha ha promovido la búsqueda de la calidad y la eficiencia del sistema de atención en salud, fundamentado en la competencia regulada entre las Empresas Promotoras de Salud (EPS – aseguradores) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS y ESE), a través del desarrollo de modelos biomédicos de asistencia básica de carácter individual, familiar, o domiciliaria, determinados por los aseguradores y prestadores de servicios bajo el criterio de costo-beneficio y costo-efectividad, como estrategias de control de costos y de competencia en el mercado de la salud.

Este esquema normativo desconoció el importante papel de la Salud Pública (salud colectiva) como *elemento sustantivo* del sistema de salud, asimilando el concepto del sistema de salud colombiano al de seguridad social y aseguramiento. De esa manera se delegaron las funciones de *salud pública* al aseguramiento, sin dimensionar que este último no tenía la capacidad para resolver la integralidad y los problemas propios del sistema.

De igual manera, se plantea una diferenciación entre las intervenciones individuales, concebidas como bienes privados, de las acciones colectivas con altas externalidades positivas para la salud, concebidas como bienes públicos (Banco Mundial, 1993), lo que se expresa en el modelo colombiano, dejando mayoritariamente bajo responsabilidad del sector privado el aseguramiento y la prestación del paquete de servicios de tratamiento de atención médica individual y

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

los procedimientos contenidos del Plan Obligatorio de Salud (POS), y bajo responsabilidad del Estado la prestación de intervenciones *colectivas* de salud pública bajo la denominación de Plan de Atención Básica (PAB), cuyo contenido y operación se ajustaría a las particularidades de cada entidad territorial con acciones integradas en torno a problemáticas locales que incluirían acción intersectorial y participación social (Resolución 4288 de 1996).

El PAB incluyó lineamientos para intervenciones en promoción y fomento de la salud, prevención y control de las enfermedades de interés en salud pública (malaria, dengue, tuberculosis), vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo.

La implementación del SGSSS propició la participación de una variedad de aseguradoras de muy distinto origen, y se crearon instituciones prestadoras de servicios de salud en su mayoría privadas, para la tramitación de la prestación del servicio para las aseguradoras del régimen contributivo; mientras se delegó la atención de la población sin aseguramiento a las Empresas Sociales del Estado, así como la contratación con las aseguradoras del régimen subsidiado y las Empresas Solidarias de Salud para prestar el paquete de servicios del POS-S que incluía menos servicios que el POS del régimen contributivo, planes de beneficio que se igualaron en julio de 2012. El crecimiento no planificado de IPS generó duplicación de servicios y de infraestructura concentrando prestadores en las ciudades grandes y medianas.

La segmentación del SGSSS se podría explicar por el fraccionamiento de la contratación de las aseguradoras; a algunas IPS se les asigna la atención básica, a otras la de mediana y alta complejidad. Adicionalmente la descentralización administrativa divide competencias, responsabilidades y recursos entre municipios y departamentos (ley 715 de 2001), cuando en realidad lo que se esperaría es que la población sea atendida, ojalá en su lugar de residencia o de trabajo, para prevenir y controlar factores de riesgo y potencializar elementos protectores.

A lo anterior, se suma la baja coordinación entre los actores del sistema, la incomunicación entre los niveles de atención, y la falta de co-gestión del riesgo entre aseguradores, prestadores, entes territoriales, sector público y/o privado. La operación del SGSSS ha evidenciado la discordancia entre las necesidades y expectativas de la población frente a los servicios que le prestan, lo que se agrava con la carencia de diseño de una oferta sanitaria que responda a necesidades reales y vitales, perspectiva que no dimensiona en toda su extensión y complejidad el proceso salud enfermedad, y visualiza la salud de la población

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

desde una perspectiva exclusivamente biomédica centrada en la atención clínica individual.

La ley 715 de 2001 definió las competencias de los entes territoriales y el sistema general de participación para los sectores de educación y salud: En el título tres se definen las competencias del nivel nacional, departamental y municipal, dentro de las cuales se incluye adelantar el análisis situacional de salud del territorio, hallazgos sobre los cuales se adelantaría la planificación del PAB con participación activa de los diferentes sectores sociales, y se concertarían los programas de manera intersectorial, preceptos que consideraron la heterogeneidad del país, los diferentes niveles de desarrollo de los territorios, y las expectativas y necesidades de la población en temas de salud.

El Consejo Territorial de Seguridad Social tenía como función asesorar, acompañar, monitorear y evaluar el PAB que adelantarían las direcciones departamentales y municipales de salud. Sin embargo, la falta de claridad en la coordinación operativa, la imprecisión normativa, la carencia de un sistema de información, la integración vertical del sistema de las aseguradoras que asumieron la norma con independencia en la ejecución de programas sin que se articularan en un plan unificado de manera territorial, la complementariedad del departamento que no respondió a las necesidades de los municipios como resultado de la influencia de interés políticos particulares, la delegación de la responsabilidad del PAB a las unidades descentralizadas, y la falta de acompañamiento técnico del nivel nacional y departamental a los municipios que en su mayoría no tenían capacidad técnica para la planeación y ejecución de proyectos estratégicos en salud pública, condujo a que las direcciones departamentales y municipales de salud, adelantaran un plan desarticulado y fragmentado que partió de diagnósticos de salud parcializados a partir de la información disponible que generalmente provenía de manera exclusiva del sector público, que en general se reflejaron en la inversión municipal de recursos en múltiples proyectos desarticulados que no fueron coherentes con las problemáticas locales.

Otro lineamiento de la Ley 715 de 2001 que merece especial atención se relaciona con la organización a nivel territorial de la prestación del servicio mediante la integración de redes que permite la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, buscando la optimización en la utilización de la infraestructura instalada, organizando la oferta por niveles de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia, con la intención de prestar servicios de salud eficientes y oportunos en correspondencia con las necesidades de la población (Artículo 54). Este propósito aún no se ha concretado en el país porque no se dispone todavía de la reglamentación que dirija la operación de las redes de servicios de salud.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

Con el propósito de mejorar la prestación de los servicios médicos a los usuarios, en el año 2007 el SGSSS fue modificado mediante la Ley 1122. En esta norma se plantearon reformas en los aspectos de: dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, fortalecimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control, el funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud y fortaleciendo los programas de salud pública. Así mismo, se planteó la contratación de un reaseguro por parte de las aseguradoras para dar respuesta a la atención de las enfermedades de alto costo, con el propósito de minimizar el gasto de bolsillo de parte de la población asegurada (Artículo 19); posteriormente se inició el reporte obligatorio y el seguimiento de estos eventos.

En el Artículo 32 de la Ley definió la salud pública “... *está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad*”. La norma modifica el Plan de Atención Básica al plantear en el Artículo 33 el Plan Nacional de Salud Pública (PNSS), que sería definido por el Gobierno Nacional y se incluiría en el Plan Nacional de Desarrollo. Este plan al igual que el PAB, incluyó la definición de prioridades en salud pública para la definición de intervención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables. Sin embargo, la diferencia con los planteamientos previos en PNSS articularía todos los actores del SGSSS, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar bajo lineamientos nacionales con metas definidas e indicadores para el seguimiento, pero con independencia para el sector público y privado para la asignación y el manejo de recursos.

En el literal i de este articulado de ley se hizo explícita la Atención Primaria como uno de los modelos de atención que podían ser implementado en el Plan Nacional de Salud Pública. Sin embargo, la Atención Primaria (AP) no fue considerada en las normas reglamentarias del PNSS, el Decreto 3039 del 2007 y la Resolución 425 de 2008, en los cuales la AP fue enunciada sólo como el modelo para la operación de la política de salud mental.

Igualmente, la Ley 1122 de 2007 plantea en el parágrafo del Artículo 15 que el servicio de salud se prestaría mediante la integración de redes a nivel territorial,

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

para lo cual las aseguradoras garantizarían la inclusión del sector público en sus redes de prestación de servicios de salud, lineamiento contenido en el artículo 57 de la Ley 715 que no se reglamentó por parte del Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social. Probablemente la falta de lineamientos claros y explícitos condujo a reforzar la integración vertical y las modalidades de contratación por capitación, delegando la responsabilidad del “cuidado de la salud” a las IPS y las ESE, omitiendo la responsabilidad de los aseguradores sobre la población a su cargo. Como resultante de esta situación se propició un mayor fraccionamiento de la red de prestación de servicios de salud en el país que se expresó en barreras de acceso y falta de oportunidad en la atención para la población (Díaz C y col, 2011; Rodríguez S, 2010; Vargas y col, 2010; Arrivillaga, 2010; Velásquez LC y col, 2009, Mejía A y col, 2007; García JC y col, 2008; Defensoría del Pueblo 2003 y 2005).

La continua insatisfacción de la población colombiana, las numerosas demandas mediante tutelas que abogan por la protección del derecho a la salud motivadas por negación de servicios contenidos en el plan obligatorio de salud POS, la multiplicidad de barreras de acceso a los servicios de salud y la solicitud de servicios de atención no incluidos dentro del POS, motivaron a la Corte Constitucional a adelantar un juicioso análisis de la situación del sector, que condujo a promulgar la salud como derecho fundamental mediante la Sentencia T760 de julio de 2008, pronunciamiento que entró a dirimir y clarificar los preceptos de la Constitución Política de 1991, en su artículo 11 que consagró la vida como un derecho fundamental e inviolable.

De acuerdo con el estudio de la Defensoría del Pueblo, la tutela continúa siendo un mecanismo utilizado por los colombianos para hacer valer sus derechos; en el periodo 1992-2011 se interpusieron en el país 3.321.457 acciones. El 26.1% de la tutelas presentadas invocan el derecho a la salud.

En 1992 se presentaron tres acciones por cada 10.000 habitantes, aumentado a 88 acciones por 10.000 habitantes para el 2011. La sentencia T-760 de 2008 sólo tuvo efecto durante los dos primeros años: en el país actualmente se interponen 23 tutelas en salud por cada 10.000 habitantes. Un hallazgo posterior a la sentencia T-760 de 2008, es que los ciudadanos reconocen la salud como un derecho fundamental autónomo, y por ello la tutela en menor proporción invoca el derecho a la salud en relación con otros derechos fundamentales.

Tres de cada cuatro tutelas en salud se dirigen contra las EPS que administran los regímenes contributivo y subsidiado, la restante comprenden las direccionadas a los entes territoriales, el INPEC y las administradoras de riesgos profesionales.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

Las solicitudes más frecuentes en las tutelas son, en su orden: tratamientos, medicamentos, cirugías y citas médicas especializadas. La unificación del POS de los regímenes contributivo y subsidiado no es garantía de la disminución de las tutelas por servicios POS. El 67,8% de las solicitudes en las tutelas en salud se encuentra incluido dentro del POS (Defensoría del Pueblo, 2012).

El derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible; esas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos.

El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano. Este derecho está consagrado en numerosos tratados internacionales y regionales. La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, estableció en el Artículo 2 que *“Toda persona tiene los derechos y libertades , sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.....”*; y en el artículo 25 explicita *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.....”*.

A diferencia de los tratados internacionales, en Colombia la Constitución Política de 1991 estableció *“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud....”* enunciado que circunscribe el derecho a la salud a la prestación de servicios (artículo 49). La carta constitucional consideró la salud como derecho fundamental solo para los niños (artículo 44), enunciado que se complementa con el derecho a la atención gratuita en las instituciones de salud del Estado para el niño menor de un año que no tenga cobertura de seguridad social (artículo 50).

El Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (1966), plantea entre las medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, las relacionadas con la reducción de la mortalidad infantil, el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente; la prevención, control y el tratamiento de las enfermedades endemoepidémicas y las

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

de origen profesional; así como la creación de condiciones que aseguren el acceso universal a la atención en salud.

El derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como acceso al agua potable, condiciones sanitarias adecuadas, nutrición adecuada, vivienda digna, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud. Lo anterior, se podría ir logrando a partir de un plan nacional de salud pública elaborado y concertado con los diferentes sectores sociales, el cual debe ser periódicamente revisado sobre la base de un proceso participativo y transparente fundamentado en metas e indicadores que permitan monitorear los progresos realizados y con base en los desarrollos, hacer los ajustes pertinentes.

Lograr la cobertura universal del aseguramiento y la prestación de servicios de salud para el año 2000 fue uno de las intenciones planteadas para el SGSSS. Las evidencias han mostrado un aumento progresivo en la cobertura en el aseguramiento de la población, que para 1989 era del 15.7% según el Estudio Sectorial de Salud (Yepes, 1990), y que pasó del 23,7% durante 1993 al 57,2%, en 1997 (Céspedes JE y col, 2002), y del 93.4% para el 2009 (Agudelo CA y col, 2011). Sin desconocer el aumento en la cobertura en aseguramiento, el país no dispone de estadísticas sobre acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud de la población asegurada. Una evidencia indirecta de que el aumento de cobertura no se ha traducido en mejoría en el acceso a los servicios para la población es que el 67,8% de las tutelas en salud corresponden a servicios que están incluido en los planes de beneficio (Defensoría del Pueblo, 2012).

Si bien es aceptado que los sistemas de salud benefician la salud de la población, es motivo de discusión debido a las múltiples determinaciones de esta última. La situación de salud del país valorada a través de los indicadores básicos, no evidencian una mejoría en la equidad (Cardona, 2005).

Para el año 2003, la cobertura promedio nacional de las vacunas del PAI fue de 84,1% de la población infantil, con una gran variabilidad entre los diversos municipios. Un total de 603 (54%) de los 1.116 municipios evaluados presentaron niveles inferiores al ámbito nacional. Los municipios que presentaron coberturas de vacunación inferiores a la nacional tenían las siguientes características: gran extensión territorial, alto porcentaje de población rural, y pertenecientes a una menor categoría de tamaño funcional (Acosta N, 2010).

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

En Colombia para el 2005, la carga global de enfermedad se estimó en 280 AVISAS totales por cada mil personas, 207 atribuibles a AVISAS de discapacidad y 73 por mil personas a AVISAS de mortalidad (Cendex, 2005). Siendo el hallazgo en el país el doble que lo reportado en Australia en el 2003 (132 AVISAS totales por cada mil personas).

Para el 2005 en la carga global, el 74% lo representaron los AVISAS con discapacidad (AVD) y el 26% los AVISA perdidos por mortalidad prematura (APMP). El estudio evidenció que según sexo, entre las mujeres la diferencia es aún más marcada pues el 79% de los AVISAS totales corresponden a AVD, mientras que en hombres esta proporción desciende hasta 70%. La mayoría de la carga de enfermedad según AVISAS corresponde a enfermedades crónicas, no transmisibles (76%), 81% en mujeres y 72% en hombres.

El grupo constituido por las condiciones transmisibles, maternas, perinatales y de la nutrición presentó un peso del 15% en la carga global, y las lesiones fueron responsables del 9% de la carga de enfermedad.

La cardiopatía hipertensiva se presenta como la principal causa de años saludables perdidos con 54 AVISAS Totales perdidos por cada mil personas (19% del total de años saludables perdidos por cada mil personas), en comparación con las lesiones, representadas por las agresiones (15 AVISAS Totales), los accidentes de tránsito (4 AVISAS Totales) y otras lesiones no intencionales (2 AVISAS Totales). De acuerdo con los hallazgos del estudio, al nacimiento la población femenina colombiana espera vivir en promedio 76,1 años, y la población masculina 70,6 años, de los cuales 18,2 años y 17,8 años, respectivamente, se constituyen en años de vida con discapacidad (Cendex, 2005).

En los últimos años se han reportado cambios en la razón de mortalidad materna (RMM) que varían entre 87 por 100000 NV en 1990, 100 por 100000 NV en 1998 y 78.7 por 100000 NV para el 2007. Un fenómeno similar se ha presentado con relación a la mortalidad infantil (TMI) con tasas 21 por 1000 NV en 1990 con disminución a 16 por 1000 NV para el 2008 (Agudelo CA y col, 2011). A pesar de esa tendencia decreciente de la TMI en Colombia ésta continúa siendo tres veces mayor que la de Canadá (5,3 por 1000 nacidos vivos) (OPS, 2006). Además la RMM y la TMI corresponden al indicador agregado y no refleja el comportamiento de muchos de los municipios del país.

Estas dos décadas han puesto de manifiesto que el aseguramiento con sus modelos biomédicos no han sido un modelo suficiente y eficiente para el logro de la universalización de la cobertura, integralidad e integración de los servicios de

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

salud, así como su implementación en el territorio nacional no se ha materializado en el mejoramiento de la efectividad y equidad de los resultados en salud. Los resultados alcanzados en salud y bienestar en la población colombiana a pesar de la gran disponibilidad de recursos económicos para el sector, han suscitado en los últimos años muchos debates desde diferentes sectores y cuestionamientos al modelo de aseguramiento vigente.

En el 2011 a través de la Ley 1438 se plantea la segunda reforma al SGSSS con el objeto de fortalecer el sistema a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. La reforma incluye la unificación del Plan de Beneficios, la universalidad del aseguramiento y la garantía de la prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

En el artículo 12 se define la Atención Primaria en Salud como una *“estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema...”*.

La Atención Primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud.

La Estrategia de Atención Primaria en Salud está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial / transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana; y se regirá por los principios de universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.

La Estrategia de Atención Primaria será materializada en el desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública, el cual será concebido dentro de un amplio proceso de participación social y se materializará con el concurso de todos los sectores

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

gubernamentales en la búsqueda del bienestar de la población en todo el territorio nacional.

Es pertinente señalar que en sus diferentes apartes la Ley 1438 plantea indistintamente la Atención Primaria como estrategia, modelo y sistema, conceptos que implican diferentes connotaciones y alcances. De igual manera, la normatividad no consideró el ambiente como responsable de la producción de enfermedad, discapacidad y muerte prematura, a pesar de las evidencias científicas que relacionan los riesgos ambientales con la ocurrencia de enfermedades respiratorias, trastornos del desarrollo neurológico, cáncer, y alteraciones endocrinas entre otros eventos.

Las evidencias científicas acumuladas a partir de la promulgación de Alma Ata en 1978, han demostrado que la Atención Primaria ayuda a prevenir la enfermedad y la muerte prematura, promover la salud, lograr una distribución más equitativa de la salud y propiciar una asignación más eficiente de los recursos en el sistema de salud (Starfield, 2001; Starfield, Shi y Macinko, 2005). Por ello, la implementación de la Ley 1438 de 2011 impone un gran reto al país en la búsqueda de nuevos derroteros y profundas modificaciones en la transformación y adecuación del modelo de aseguramiento, aunado a un cambio en la operación del Estado bajo el propósito de mejorar la salud de la población.

Lo anterior implica garantizar a todos los ciudadanos colombianos en el territorio nacional, el disfrute efectivo del derecho a la salud mediante la universalidad de la cobertura y el acceso, la integralidad de las respuestas del sistema y de los servicios de salud, la equidad en la utilización de los servicios según necesidad, la integración de las acciones de atención individuales y colectivas, la coordinación de las intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, y sobre el papel de los sistemas de salud y de la Atención Primaria en la acción intersectorial y la movilización social para el desarrollo de políticas públicas saludables, redistributivas, incluyentes e interculturales. Al igual, es una oportunidad el poder avanzar en la integración en el territorio de los servicios de salud en redes integradas e integrales para mejorar la calidad de la atención, la oportunidad, la eficiencia, además de evolucionar hacia otra forma de atender y entender la salud, propósitos que se deben evidenciar, no sólo en términos de los indicadores agregados de salud sino en función de la reducción de las inequidades sociales.

La implementación de la Ley 1438 de 2011 se encuentra circunscrita dentro de la ejecución del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2010-2014 “Prosperidad Democrática”, el cual está direccionado para abordar y resolver las necesidades apremiantes de la Nación, a través de la generación de un entorno de igualdad de

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

oportunidades para toda la población y para las futuras generaciones, reducir las brechas sociales y regionales existentes, logrando empleo de calidad y menor pobreza. El Plan se centra en tres ejes estratégicos: 1) el buen gobierno para la prosperidad democrática; 2) el desarrollo social integral y la igualdad de oportunidades para la población; y 3) el crecimiento económico sostenible. La confluencia de las estrategias de estos tres ejes se traducirá en mayor generación de riqueza, más empleo y menor pobreza.

El Plan reconoce que en el país existen grandes disparidades regionales en términos sociales, económicos, geográficos y culturales, y en concordancia, el PND definió una zonificación basada en mediciones de las capacidades de desarrollo de los municipios, identificando seis regiones, cada una como agregación de municipios con capacidades de desarrollo endógeno similares, para promover una focalización de las políticas y del gasto público en función de las necesidades, vocaciones y capacidades de cada región: Zona Central, Zona Caribe, Zona Nororiental, Zona Sur, Zona Amazorinoquia, y Zona Pacífico.

La implementación de los planteamientos de la Ley 1438 requieren un gran consenso político nacional y el decidido liderazgo del Ministerio de Salud y la Protección Social para materializar las reformas que concreten la reorganización de los servicios de salud en función de las necesidades y expectativas de la población, aplicación de políticas públicas saludables en todos los sectores y una real participación social. En este proceso de transición se requerirá la revisión y ajuste de las competencias de la Nación, los Departamento, los Distritos y Municipios, en relación al sector salud definidas en la Ley 715 de 2001, así como los contenidos de Ley 10 de 1990 de descentralización del sector normatividad que no se aplicó por la promulgación de la Ley 100 de 1993, la reglamentación clara y precisa sobre Atención Primaria, los lineamientos para la planificación unificada concertada por todos los actores del SGSSS para ley ejecutoria del Plan Decenal de Salud Pública, y los lineamientos para la implementación de las redes integradas e integrales de servicios de salud.

2. Estado del arte

La Atención Primaria en Salud (APS) promulgada por la Declaración de Alma Ata en 1978 como estrategia para alcanzar Salud para Todos hizo énfasis en una serie de valores, principios, nociones conceptuales y metodológicas que constituyen un enfoque amplio de la salud, una racionalidad de política de salud, y una serie de instrumentos eficaces para promover la creación e implementación de sistemas de salud de cobertura y acceso universal, organizar y operar servicios

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

de atención en salud integrales y centrados en la persona, la familia y la población, la formulación participativa e intersectorial de políticas públicas, y la promoción de liderazgos sociales y gubernamentales que sirvan al objetivo principal de contribuir al logro del nivel de salud más alto posible haciendo énfasis en el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad social (OPS/OMS, 2003; PAHO/WHO, 2007; OMS, 2008).

En la Declaración de Alma-Ata de 1978 la APS fue definida como: *“El cuidado sanitario esencial basado en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación”* (OMS, 1978). Igualmente, la Declaración señaló que la Atención Primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, como del desarrollo social y económico de la comunidad; y representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, llevando la atención de salud lo más cercano del lugar de residencia y trabajo de la población.

El contenido de la Declaración aprobada en la Conferencia Internacional sobre APS, realizada en Alma-Ata, fue el siguiente:

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en el día de hoy, doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

- i. La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.*
- ii. La grave desigualdad existente en el estado de salud da la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.*
- iii. El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden económico internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable*

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

- iv. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.*
- v. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios, debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La Atención Primaria de Salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.*
- vi. La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.*
- vii. La Atención Primaria de Salud:*
 - 1. Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;*
 - 2. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;*
 - 3. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;*

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

4. *Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores, y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;*
5. *Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la Atención Primaria de Salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales, y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;*
6. *Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;*
7. *Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.*
- viii. *Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la Atención Primaria de Salud como parte de un Sistema Nacional de Salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.*
- ix. *Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la Atención Primaria de Salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre Atención Primaria de Salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la Atención Primaria de Salud en todo el mundo.*
- x. *Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos, y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la Atención Primaria de Salud en tanto que es elemento esencial de dicho desarrollo.*

De acuerdo con los valores proclamados en Alma-Ata la salud es un derecho humano fundamental de todos los pueblos cuya realización exige la intervención

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

del Estado y el aporte de otros sectores sociales y económicos, además del sector salud. La equidad es una noción amplia de justicia social, y plantea que las desigualdades evitables y sistemáticas de los grupos sociales en desventaja en relación con el estado de salud, el acceso a los servicios de salud y a otros medios que la benefician son injustas e inaceptables política, social y económicamente tanto entre países como dentro de cada país, por lo cual debe ser de preocupación común de todas las personas y países del mundo. La solidaridad es la ayuda y compromiso entre las personas y las naciones, necesaria para garantizar la Atención Primaria de Salud a los pueblos y alcanzar la Salud para Todos.

De esos valores se desprenden principios que permiten comprender que la salud está determinada socioeconómica, política y culturalmente, y no sólo por la biología; que la asistencia sanitaria no debe reducirse a la atención de enfermedades. Al centrarse en la persona y en la población, y al responder a los desafíos de las inequidades en salud, los sistemas y servicios de salud deben actuar teniendo en cuenta el contexto sociocultural de las personas y de la población y coadyuvar a la transformación de los determinantes sociales y ambientales de las inequidades en salud. Como fundamento de los sistemas de salud la Atención Primaria es elemento esencial de éstos para incidir en el desarrollo social, económico y cultural de los pueblos y una estrategia eficaz para alcanzar niveles óptimos de salud, mejorar la equidad en el estado de salud y en el acceso a los servicios de salud, y para asignar y utilizar en forma más eficiente los recursos mundiales, de cada país y del sector salud en función de la salud.

Por lo anterior, la definición de salud contenida en la Atención Primaria tiene una connotación holística y positiva de bienestar, calidad de vida y equidad, y no se refiere sólo a la ausencia de enfermedad. Por lo tanto, la Atención Primaria debe ser entendida más como un proceso social, económico y cultural *que brinde iguales oportunidades a las personas para desarrollar su proyecto de vida* y no simplemente como un conjunto de intervenciones médicas costo-efectivas, de prevención y tratamiento de enfermedades específicas prevalentes (Rifkin & Walt, 1986).

En coherencia con una concepción de salud y de equidad en salud fruto de las características del proceso de desarrollo social, económico y cultural, la Estrategia de Atención Primaria, EAP, contiene elementos operativos que le permiten actuar frente a los determinantes de las inequidades en salud y dar respuesta integral a las demandas y expectativas de salud más comunes de las personas y las comunidades. Entre los elementos que se interrelacionan destacan la acción

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

intersectorial, la participación comunitaria, el acceso a los servicios de salud y la integralidad, e integración de redes sociales.

Así mismo, la noción de la reorganización de la prestación de los servicios con fundamento en criterios como la integralidad de la atención, entendida como la respuesta a las necesidades de salud individuales y colectivas a través de la integración de las actividades y servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; la coordinación y continuidad de la atención, y la regularidad y permanencia de la relación entre el equipo de Atención Primaria y la población a cargo. La precisión de que el primer contacto entre los individuos y las comunidades con los servicios de salud debe entenderse en función de la equidad en la accesibilidad y utilización de los servicios según necesidad, elementos que requieren de cambios en el sistema de salud.

De la Declaración de Alma – Ata también se desprende que el cuidado de la salud es una obligación de los gobiernos y responsabilidad de los propios pueblos. El recurso humano requerido para el desarrollo de este enfoque de la Atención Primaria debe ser apropiado en cantidad, pertinencia y calidad de su formación, y la estrategia debe adecuarse a las condiciones socioeconómicas, culturales, políticas y tecnológicas de la población y del país.

La Declaración incluyó ocho elementos esenciales para la operación de la estrategia que han venido siendo actualizados en función de los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales, estos son:

- Educación sobre los problemas de salud prevalentes y sobre los métodos de prevención y control.
- Promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada.
- Abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico.
- Asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia.
- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- Prevención y control de las enfermedades endémicas locales.
- Tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes.
- Suministro de medicamentos esenciales.

Entre las décadas 50 y 60 se desarrollaron en el país algunas experiencias en Atención Primaria en Salud bajo el liderazgo de la Universidad de Antioquia en Santo Domingo, la Universidad Javeriana en Cáqueza, la Universidad de Caldas

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

en Villamaría y la Universidad del Valle en Candelaria, Siloé y el Guabal. Estas experiencias procuraban aumentar cobertura, delegar funciones médicas hacia Promotoras de Salud y Auxiliares de Enfermería y promover el apoyo de las comunidades a través del trabajo voluntario en salud (Henao, 1996; Llanos, 2006).

En el Valle del Cauca, a partir de la experiencia de Candelaria, que propuso un sistema simplificado de servicios de salud para obtener mayores coberturas dentro del Sistema de Regionalización e integración de los organismos públicos y privados de salud con participación activa de las comunidades en cabeza del personal voluntario o semivoluntario; incrementando la eficiencia del personal profesional con asignación de responsabilidades de supervisión que pudiesen ser reproducibles en otros escenarios y de evaluación periódica. Como consecuencia de esta experiencia, entre las décadas del 70 y 90, se desarrollaron muchas otras tales como PIMAR, PRIMOPS, Dagua, Vijes, barrio el Diamante en Cali, los sistemas locales de salud de Cali y otras más; todas ellas con la finalidad de fortalecer el proceso de descentralización en salud, la integración de las actividades promocionales, preventivas y reparativas, son una alta participación ciudadana (Cruz, 1990, Restrepo E, 2002).

En Colombia bajo la operación del Sistema Nacional de Salud la estrategia de Atención Primaria fue implementada en los planes de salud como una de las estrategias para solucionar los problemas de salud en los grupos prioritarios de la población en los inicios de los años 80 del siglo XX. En las diferentes áreas del país en las cuales se materializó la EAP, esta fue concebida de múltiples maneras y prestada desde una amplia modalidad: desde la atención básica prestada por promotoras de salud, líderes comunitarios hasta una concepción más estructurada brindada bajo el contexto de participación comunitaria con el apoyo de equipos multiprofesionales. En el país no se dispone de evaluación de la EAP, los documentos disponibles se circunscriben a la sistematización de las experiencias con reseñas aisladas y puntuales de orden operativo, algunas de ellas de mayor impacto y permanencia pero sin que se lograra la continuidad de los procesos posterior a la implementación del SGSSS (Fundación FES, 1989; Restrepo, 2002; Chicaiza, 2008; Suarez R, 2012).

Desde la reforma del sistema en el país algunas aseguradoras como Coomeva EPS, Salud Total, SOS, Comfenalco Valle, Coosalud, Mutual Ser y Salud Total e IPS como Javesalud, han utilizados la Atención Primaria Selectiva como elementos de contención de costos y como puerta de entrada a servicios de atención de predominio biomédico y curativo, estrategias para la inducción de la demanda que generan expectativas en la población y brindan bajas respuestas a

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

la problemática en salud aunado a bajos índices de resolutivez, generando aun mayor insatisfacción en los usuarios (Defensoría del Pueblo 2003 y 2005). Esos resultados son la consecuencia del querer afrontar la problemática de salud de las comunidades desde la visión biologicista y fragmentada desde el sector salud bajo la visión del aseguramiento, desconociendo los factores sociales determinantes de la inequidad en salud, la participación social y el trabajo intersectorial.

Para el Banco Mundial y la UNICEF, la APS integral no era alcanzable por su amplitud, alto costo y cantidad de personal entrenado requerido, por ello, como alternativa se propuso un conjunto limitado de intervenciones médicas de primer nivel de atención para los pobres, orientado solamente a un número limitado de servicios de alto impacto para afrontar algunas de las enfermedades prevalentes de los países en desarrollo. El enfoque selectivo de control de las enfermedades endémicas en los países en desarrollo es potencialmente la intervención médica más costo-efectiva (Walsh y Warren 1979). Con base en una alta mortalidad y morbilidad, y la factibilidad de controlarla, se escoge un número limitado de enfermedades en una población definida para su intervención. Los principales programas que incluyó este tipo de servicios, que se extendió por gran parte de los países en desarrollo, incluido Colombia, fue conocido por su sigla en inglés GOBI, que incluía: control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización. El modelo para selección de intervenciones médicas costo-efectivas fue empleado posteriormente por el Banco Mundial en su enfoque de intervenciones clínicas esenciales, y bajo esos lineamientos se diseñaron los planes de beneficios del SGSSS (Banco Mundial, 1993).

En Colombia hasta la promulgación de la Ley 1438 de 2011 el SGSSS desconoció las bondades de la Atención Primaria, mientras en la Agenda de Salud para las Américas 2008 – 2017 la estrategia de Atención Primaria fue considerada como elemento primordial para el logro en el mediano plazo del acceso universal y equitativo de la atención de salud.

Luego de tres décadas de la promulgación de la Atención Primaria en Alma Ata, se ha generado una nueva proclama de parte de organismos internacionales sobre la relevancia, vigencia e importancia de la AP como un componente de las políticas de salud, tanto en los países desarrollados como en los en vías de desarrollo, como una estrategia para alcanzar el derecho a la salud y la equidad en salud. En los debates se ha señalado que para que los sistemas de salud sean efectivos, se requiere integrar las acciones de salud poblacional con las de atención individual, que garanticen no sólo el primer contacto como puerta de entrada al sistema de prestación de servicios, sino la atención integral, continua y coordinada, la participación comunitaria y la acción intersectorial por la salud. Ello

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

necesita de sistemas de salud fundamentados en los valores y principios de la estrategia AP, es decir, con garantía de accesibilidad universal y uso equitativo de los servicios, integración en red entre los servicios de Atención Primaria y los de atención especializada y hospitalaria, además de fortalecimiento de sus capacidades para promover las acciones intersectoriales y actores de la sociedad (OMS, 2008).

En los años recientes se ha venido expandiendo en América Latina la experiencia de reformas de sistemas de salud que están mostrando su efectividad y potencial para ayudar a reducir las disparidades en salud, hacer eficiente el gasto en salud y para introducir importantes innovaciones en los modelos de atención y gestión en salud, tales como los de Cuba con su Medicina General Integral; Costa Rica y sus Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS); Brasil con el Sistema Único de Salud (SUS) y los Programas de Salud Familiar (PSF); Chile con su APS municipalizada y sus Centros de Salud Familiar (CESFAM); Venezuela con los Programas de Barrio Adentro; Argentina con los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), y más recientemente la propuesta de transformación con enfoque de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) del Sistema de Salud de Bolivia.

De acuerdo con los lineamientos de la OPS un sistema de salud basado en AP requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad (OPS 2007, APS renovada)

En el 2005 la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud definieron los Sistema de Salud basado en la Atención Primaria como un enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud, que hacen del derecho al logro del nivel de salud más alto posible su principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad. Un sistema de tal naturaleza es guiado por principios propios de la APS como son el dar respuesta a las necesidades de salud de la población; orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos; justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad. Un Sistema de Salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

apropiada a lo largo del tiempo, hace énfasis en la prevención y en la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción. Un Sistema de Salud basado en la APS requiere de un marco legal, institucional y organizacional, así como de recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles para Atención Primaria Integral de Salud alcanzar la calidad, la eficiencia y la efectividad, y desarrolla mecanismos activos para maximizar la participación individual y colectiva en salud. Un Sistema de Salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y de la equidad en salud (OPS - OMS, 2005).

Por otra parte la Red de Conocimientos de los Sistemas de Salud (KNHS, 2007) ha hecho énfasis en que un sistema de salud pro-equidad es aquel que confronta adecuadamente los determinantes sociales de la salud y de las inequidades en salud y en sí mismo es un determinante social de la salud. Los sistemas de salud pro-equidad se fundamentan en dos valores centrales: la salud como un derecho social fundamental de todos los ciudadanos, y la equidad social en salud.

Para que los sistemas de salud promuevan la equidad en salud deben ser fortalecidos en la dirección de lograr que trabajen con un enfoque no convencional de la salud pública, trascendiendo el énfasis individual y centrado en la enfermedad del enfoque biomédico tradicional. Trabajar con un enfoque no convencional de salud pública significa enfrentar las inequidades en salud entre grupos de la población y entre regiones, atacando los mecanismos que explican tales inequidades, es decir, los determinantes sociales de las inequidades en salud (OMS - CDSS, 2008).

Bajo los anteriores preceptos, la implementación de la EAP en Colombia, tiene gran complejidad e implica superar varios retos debido a las características actuales del sistema de aseguramiento; en primer lugar los aseguradores y prestadores no responden por un territorio determinado ni por toda la población residente en un área determinada, además los niveles de atención I, II y III se encuentran separados y los servicios de atención están fragmentados por la inclusión en los paquetes de servicios, aunado a las restricciones en normas como la Ley 715 de 2001.

En conclusión para que un sistema de salud genere equidad en salud y reduzca las desigualdades sociales, debe centrar su actuar en intervenciones con efectos sobre los determinantes sociales estructurales y/o los intermediarios de la salud. Sobre los primeros, a través de la acción intersectorial por la salud, el

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

empoderamiento y la movilización social; y mediante acciones que promuevan el papel redistributivo del gasto público del sistema de atención de salud, la Atención Primaria, la protección financiera de los hogares y el trato respetuoso y digno de los usuarios, se actuará sobre los factores intermediarios.

El sistema de atención en salud, que se diferencia de la noción más amplia de sistema de salud, es redistributivo cuando cumple con las siguientes características clave:

- Cobertura y acceso universal.
- Financiamiento público, principalmente con impuestos generales progresivos y subsidios cruzados.
- Ninguna carga para los pobres por la utilización de los servicios.
- Beneficios y servicios integrales, atención integrada y de buena calidad, que garanticen acceso y protección financiera de los pobres.
- Fortalecimiento de la provisión pública de servicios, porque es la más redistributiva.
- Poner los valores y principios de la AP como fundamento organizador de la acción del sistema y de la prestación de los servicios.

Vale la pena destacar que todas las formas de acción sobre los determinantes sociales de las inequidades en salud, que ahora se definen como necesarias para la constitución de sistemas de salud pro-equidad, fueron justamente las que constituyeron los principios y elementos centrales de la Declaración de Alma-Ata de 1978, que dio origen a la estrategia de APS para lograr salud para todos.

Las evidencias científicas fundamentadas por la Red de Conocimientos de los Sistemas de Salud e investigaciones como Starfield, Shi & Macinko, 2005; HSKN, 2007; PAHO/WHO 2007; Beaglehole et ál., 2008; OMS, 2008, sugieren la Atención Primaria como elemento fundamental para la transformación de los sistemas de salud pro-equidad por las siguientes razones:

- ✓ Promueve y facilita la acción intersectorial por la salud a nivel local y comunitario.
- ✓ Potencia el empoderamiento y la acción social.
- ✓ Sirve como vehículo para conocer las necesidades de la población y establecer prioridades de intervención con participación comunitaria.
- ✓ Posibilita la inclusión de los sistemas de salud de las comunidades de pertenencia étnica.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

- ✓ Propicia el mejoramiento de la inversión y asignación equitativa de recursos, la descentralización del poder y la participación comunitaria a nivel de sistemas locales y distritales de salud.
- ✓ Articula la atención clínica individual con la acción colectiva y sirve de orientadora y coordinadora del acceso a los demás niveles de atención en salud y a otros servicios sociales.
- ✓ Ayuda a la integración de los servicios de promoción de la salud, prevención y curación de las enfermedades y la rehabilitación.
- ✓ Mejora la prevención y manejo de todas las enfermedades, particularmente de las enfermedades crónicas, las consecuencias de los cambios climáticos y ayuda a la seguridad alimentaria y nutricional.
- ✓ Mejora la equidad en el acceso y la utilización de los servicios sociales y de salud.

En el mismo sentido la Organización Mundial de la Salud en el Informe sobre la Salud en el mundo (2008), propone la transformación de los sistemas de salud bajo un enfoque de la AP con base en cuatro procesos que garanticen: “que los sistemas de salud contribuyan a lograr la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión, dando prioridad sobre todo al acceso universal y la protección social en salud: reformas en pro de la cobertura universal; reformas que reorganicen los servicios de salud en forma de atención primaria, esto es, en torno a las necesidades y expectativas de las personas, para que sean más pertinentes socialmente y se ajusten mejor a un mundo en evolución, al tiempo que permitan obtener mejores resultados: reformas de la prestación de servicios; reformas que mejoren la salud de las comunidades, mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria y el establecimiento de políticas públicas; reformas que sustituyan la exagerada dependencia de los sistemas de mando y control, por un lado, y la inhibición y laissez-faire del Estado, por otro, por un liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud: reformas del liderazgo”.

Para que las anteriores argumentaciones se materialicen y hagan de la APS un instrumento crucial para los sistemas de salud pro-equidad, se requiere de un enfoque de **APS Integral**, explícitamente fundamentado en los valores y principios de equidad en salud, derecho a la salud, acción sobre los determinantes sociales de la salud, orientación hacia las personas, las familias, las comunidades y el ambiente, y que desarrolle un conjunto de estrategias que permitan proveer atención médica integrada a los individuos, generar autocuidado y educación en salud, organización y desarrollo comunitario, movilización y empoderamiento social, acción intersectorial para mejorar la salud, abogacía y construcción de coaliciones y redes sociales por la salud.

II. Lineamientos para la implementación de la Estrategia de Atención Primaria en los Entes Territoriales

1. Modelo propuesto para implementar la Atención Primaria como estrategia para el desarrollo territorial.

La Ley 1438 de 2011 en el capítulo III y el artículo 12 adopta la Estrategia de Atención Primaria en Salud (EAPS) la cual está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.

La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad.

Este planteamiento normativo promulgado por el gobierno nacional, está orientado al cuidado de la salud; es decir, no se propone con claridad el alcance de la aplicación de la Atención Primaria como estrategia fundamental para la intervención sobre los determinantes estructurales del desarrollo territorial y por ende, del mejoramiento de los niveles y condiciones de salud de la comunidad.

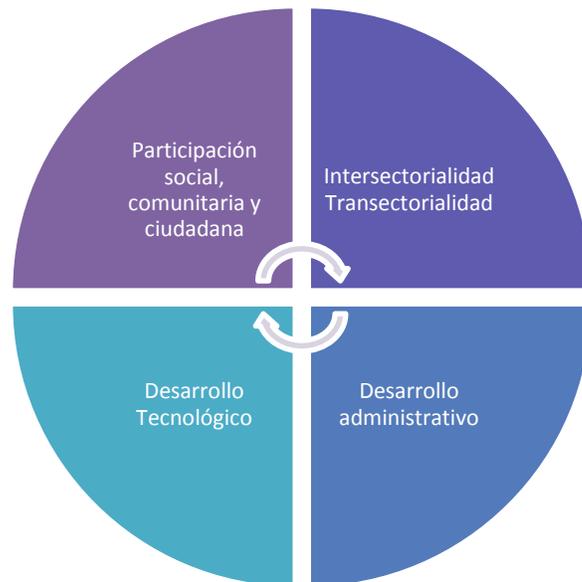
El enfoque de la salud actualmente está asociado o condicionado por factores que se han denominado determinantes sociales de la salud, lo que nos obliga a revisar tanto el concepto como el planteamiento de la Atención Primaria (AP) hacia un enfoque más integral y amplio en relación con las intervenciones que deben realizar otros sectores, instituciones, organizaciones sociales y comunitarias que son pilares del desarrollo territorial.

Retomando los postulados de la Declaración de Alma-Ata en 1978, se propone ajustar la mirada de la Atención Primaria en cuatro componentes: 1) La

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

Participación Social, Comunitaria y Ciudadana. 2) La acción Intersectorial y Transectorial. 3) El Desarrollo Tecnológico. 4) El Desarrollo Administrativo (Figura 1); siendo los dos primeros los **componentes verticales** que actúan como pilares y soportes fundamentales para alcanzar el desarrollo territorial y los dos últimos, los **componentes transversales** que proporcionan todo el soporte de infraestructura de servicios y bienes, donde la unidad de implementación es el ente territorial en su totalidad, orientado al desarrollo integral del mismo.

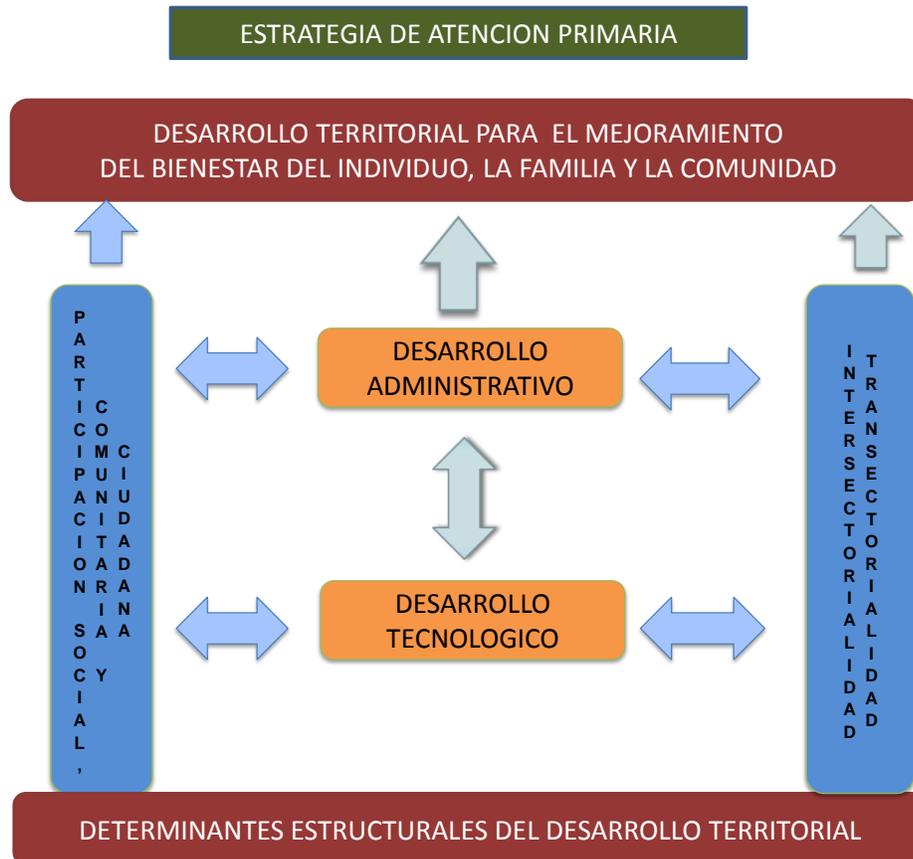
Figura 1. Componentes de la estrategia de Atención Primaria



El desarrollo integral del territorio se construye sobre la base o los cimientos de los determinantes estructurales del mismo; la participación social, comunitaria y ciudadana y la acción intersectorial y transectorial son las columnas sobre las cuales se soporta el bienestar de los individuos, las familias y la comunidad en general; el desarrollo tecnológico y el desarrollo administrativo son las vigas que amarran y le dan firmeza a las columnas y la estructura general del desarrollo territorial. (Figura 2).

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

Figura 2.



La aplicación e implementación de los cuatro componentes de la estrategia permite que las instituciones y organizaciones de los sectores sociales, económicos, ambientales, políticos, culturales y comunitarios se interrelacionen e interactúen sobre el ente territorial con los programas y proyectos priorizados y concertados en el Plan de Desarrollo Territorial.

El desarrollo territorial es posible alcanzarlo si se tiene una participación permanente, continua, consciente y decisoria de las organizaciones sociales y comunitarias; si se tiene una coordinación efectiva de las instituciones y sectores; si se tienen unas redes integradas de servicios, con un sistema de información unificado, con producción de conocimiento y avance tecnológico, con el recurso humano necesario y capacitado; y si se tienen finalmente, unos procesos

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

institucionales y comunitarios que permitan una planeación, ejecución y evaluación de los planes, programas y proyectos concertados.

El ente territorial es el espacio para la aplicación e implementación de la Atención Primaria como estrategia del desarrollo para alcanzar un mayor bienestar social y la reducción de las inequidades sociales. Su implementación se realizará a través de la estructura y de las condiciones propias de los entes territoriales, fortaleciendo, ordenando y concretando la participación y roles de los diferentes actores. En este orden de ideas, la participación y dirección de los alcaldes y/o gobernadores con sus equipos de gobierno (Consejo de Gobierno y Secretarías Sectoriales) y la participación de los diferentes sectores sociales, económicos, culturales, ambientales- ecológicos, de la sociedad civil, así como; de las organizaciones sociales y comunitarias son esenciales e indispensables para la elaboración y estructuración del Plan de Desarrollo Territorial formulado bajo la concepción de atención primaria. Corresponde al **Consejo Territorial de Planeación** promover, deliberar y concertar el proceso participativo de formulación del Plan de Desarrollo Territorial, de acuerdo con lo establecido en el artículo 340 de la Constitución Política y la Ley 152 de 1994.

Las funciones de los Consejos Territoriales de Planeación están establecidas en el artículo 35 de la Ley 152 de 1994, aclaradas por la sentencia C-524/03 de la Corte Constitucional donde explícitamente enuncia que *“la realización del principio de participación consagrado en la Carta Política exige que la actuación del Consejo Nacional de Planeación y de los Consejos Territoriales, como instancias para la discusión del Plan de Desarrollo, se garantice no sólo en la fase de aprobación sino también frente a las modificaciones del Plan, lo que le otorga a dichos consejos permanencia institucional para el cumplimiento de su función consultiva”*. En consecuencia, la función consultiva de los Consejos de Planeación no se agota en la fase de discusión del Plan, sino que se extiende a las etapas subsiguientes relacionadas con su modificación.

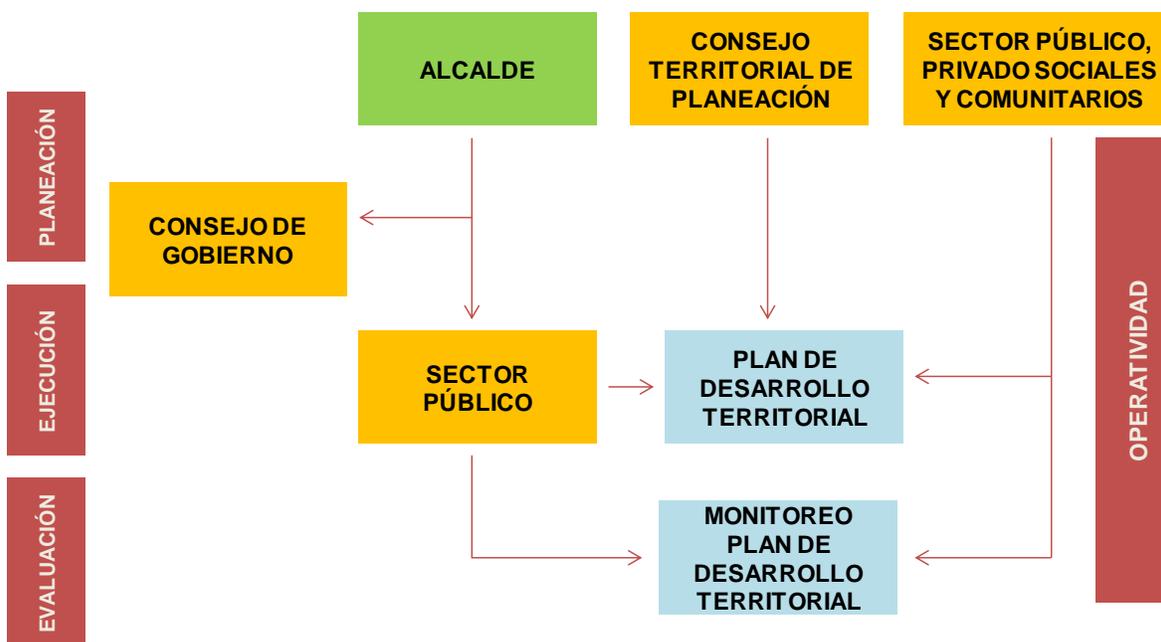
Es importante resaltar la importancia que ha ido tomando la participación de este Consejo en el seguimiento y evaluación de los Planes de Desarrollo Territorial y en el cumplimiento de los compromisos adquiridos con el mismo, por los diferentes actores que intervienen en los determinantes del desarrollo local. Estos avances deben quedar claramente definidos en el marco normativo que debe ser adecuado para tal fin.

Una vez aprobado el Plan de Desarrollo Territorial, por el legislativo territorial (Consejo Municipal o Asamblea Departamental), las diferentes instituciones del ente territorial, los sectores tanto público como privado y las organizaciones

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

sociales y comunitarias son las encargadas de ejecutar y evaluar el plan de desarrollo territorial de acuerdo con los compromisos adquiridos por cada una de ellas. (Figura3)

Figura 3. Gobernanza del proceso de Atención Primaria



La Atención Primaria como estrategia para el desarrollo territorial requiere la implementación de cada uno de los cuatro (4) componentes mencionados, los cuales deberán ejecutarse particularmente bajo los siguientes lineamientos:

Los componentes de **Participación Social, Comunitaria y Ciudadana** y de **Acción Intersectorial y Transectorial** requieren de cuatro fases para su implementación: una primera fase o fase previa - de iniciativa; una segunda fase o de movilización; una tercera fase o fase de participación; y una cuarta fase o fase de efectos y resultados; así mismo, para su operación es necesario utilizar metodologías y herramientas participativas; establecer un mecanismo de coordinación, que para el ente territorial debe ser el Consejo Territorial de Planeación como se ha mencionado anteriormente; y proponer unos indicadores de seguimiento y evaluación de cada componente.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

El componente de **Desarrollo Tecnológico** debe ejecutarse a través de tres elementos constitutivos: Las redes de servicios integradas e integrales, el sistema unificado de información, y la gestión del conocimiento y tecnologías.

El componente de **Desarrollo Administrativo** debe fortalecer las instituciones, los sectores sociales y las organizaciones comunitarias para la ejecución de los procesos de planeación, organización, dirección y evaluación aplicados a la formulación del Plan de Desarrollo Territorial, y de los Planes Sectoriales, incluido el Plan Decenal de Salud.

Para el sector salud, los planes decenales de salud pública deben recoger la realidad social, económica, epidemiológica, ambiental y cultural de la población de los entes territoriales; por lo tanto deben consultar y tener como referente los planes de desarrollo territoriales en sus políticas, estrategias, objetivos, metas y resultados. En este sentido los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud juegan un papel determinante en la coordinación intersectorial para la formulación de dicho plan decenal. (Parágrafo 2, artículo 7 de ley 1438 de 2011).

La implementación de la Atención Primaria (AP) como estrategia para el desarrollo territorial requiere de un **periodo de transición** en virtud de la existencia de factores limitantes que dificultan su aplicación en el corto plazo en el país, entre ellos: a) Plan Nacional de Desarrollo "Prosperidad para todos", Ley 1450 de 2011, con más de un año de ejecución. b) Planes de Desarrollo territoriales 2011- 2014 aprobados y en ejecución, con una metodología y filosofía ajenos a la Atención Primaria. c) La Atención Primaria no existe como política pública nacional para el desarrollo territorial, solamente existe para el sector salud (Ley 1438 de 2011). d) Existencia de un Plan Nacional Salud Pública que no incorpora la AP y el avance del actual proceso de formulación del Plan Decenal de Salud e) Ausencia de liderazgos institucionales para la implementación de la Atención Primaria; y f) Falta de cultura sectorial, institucional, social y comunitaria para la aplicación de la AP.

El período de transición tendrá un tiempo variable que dependerá del nivel de empoderamiento de la estrategia por parte del gobierno central, de los gobiernos territoriales, de la sociedad civil y de las organizaciones sociales y comunitarias.

Para este periodo de transición el sector salud, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, debe liderar la implementación de la Atención Primaria en el país, dados los antecedentes de aplicación de la estrategia en el sector. Los aspectos sobre los cuales deben establecerse reglamentos, metodologías y parámetros durante este período de transición son: a) **Definir y establecer metodologías para la aplicación de la Atención Primaria** como estrategia del

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

desarrollo territorial, y en particular del sector salud. b) **Generar cultura en todos los actores** del ente territorial para que la Atención Primaria sea la columna vertebral de los planes de desarrollo territorial y de los planes decenales de salud. c) **Definir metodología e instrumento de evaluación** de la Atención Primaria. d) **Establecer la línea de base** del grado de desarrollo de los cuatro (4) componentes de la Atención Primaria en el país e) **Establecer como política pública la Atención Primaria** como estrategia del desarrollo territorial para los sectores sociales.

La propuesta presentada como modelo para implementar la Atención Primaria como estrategia del desarrollo territorial y en particular, la Atención Primaria en Salud como estrategia para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable para la población del país, se enmarca dentro de los ocho pilares del Plan de Desarrollo Nacional 2011-2014, especialmente en los relacionados con la convergencia y desarrollo regional, igualdad de oportunidades, consolidación de la paz, sostenibilidad ambiental, y Buen Gobierno; en donde el Estado es quien despeja el camino, fija las reglas de juego y dirime los conflictos, y el sector privado y la sociedad en general lo construyen y recorren.

2. Lineamientos para la implementación del componente de participación social, comunitaria y ciudadana en el sector salud

2.1 Marco contextual

La noción de participación ciudadana hace referencia a una forma de institucionalización de las relaciones políticas que se basa en una mayor implicación de los ciudadanos y sus asociaciones cívicas tanto en la formulación como en la ejecución y el control de las políticas públicas. Por lo general, este enfoque busca dar respuesta a una creciente demanda de transparencia en la gestión pública por parte de una ciudadanía que desea, cada vez más, ser informada, ser consultada e incluso “ser parte” de aquellas decisiones que más le afectan. Desde la perspectiva de los gobernantes, la implicación de los ciudadanos en los procesos de gobernanza favorece que, especialmente en el ámbito local, se puedan tomar decisiones mejores y más informadas, y que se desarrollen políticas públicas que podrán contar, de cara a su implementación, con la intervención y la colaboración de los propios colectivos ciudadanos. Se espera, asimismo, que la participación ciudadana contribuya a generar una mayor

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

confianza en el gobierno y en las instituciones políticas y democráticas en general (Brugué et al. 2003).

La participación ciudadana incluye todas las actividades que los ciudadanos realizan voluntariamente y autónomamente –ya sea a modo individual o a través de sus colectivos y asociaciones– con la intención de influir directa o indirectamente en las políticas públicas y en las decisiones de los distintos niveles del sistema político y administrativo (Font et al. 2006; Kaase 1992).

Las formas de participación más importantes, agrupadas según los criterios establecidos por Pedro Prieto Martín en el Módulo II Participación Ciudadana del siglo XX del Curso sobre Participación Ciudadana y Medios Digitales realizado por la Organización Universitaria Interamericana, el Colegio de las Américas y la Red Interamericana de formación en gobierno electrónico, establecen una diferencia fundamental entre la *participación administrativa* (o auspiciada) y la *participación autónoma* (o informal). La primera comprende aquellos casos en los que son los poderes públicos quienes permiten o incluso propician que los ciudadanos y sus colectivos influyan en el diseño y la ejecución de las políticas públicas. Es ésta una participación promovida “desde arriba”, pues acontece casi siempre por iniciativa de las instituciones de gobierno, y dentro de los márgenes y procedimientos que dichas instituciones establecen por medio de leyes y de reglamentos. Es por ello que la mayor limitación de este tipo de participación proviene precisamente de su habitual subordinación a los intereses electorales, políticos y gremiales de los dirigentes políticos y administrativos, que sin esfuerzo pueden suspender o volver inoperantes los mecanismos de participación administrativa (Prieto-Martín, P. 2010)

Por el contrario, la *participación autónoma* se refiere, en cambio, a una participación que surge “desde abajo”: es la ciudadanía la que, ya sea a título personal o a través de sus asociaciones, y sin que medie una convocatoria o autorización desde las instituciones públicas, plantea a las autoridades sus demandas y propuestas. El mayor problema de este tipo de participación proviene de su carácter informal y de la escasez de recursos financieros y humanos que caracterizan a sus impulsores y que la hacen poco sustentable: se activa normalmente como reacción ante un problema grave y raras veces consigue mantenerse activa hasta su resolución.

La participación administrativa presenta un **carácter orgánico** cuando los participantes han de integrarse en organismos públicos especiales, como consejos o comisiones. Estos organismos participativos tienen la función de orientar las políticas públicas y poseen atribuciones de tipo *decisorio*, *consultivo* o *de control*.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

La participación administrativa tiene, por contra, un **carácter procedimental** cuando lo que se habilita son mecanismos y procedimientos que permiten a los ciudadanos elevar sus opiniones y que éstas sean consideradas de cara a alguna decisión, sin que sea precisa su integración en un organismo público (Prieto-Martín, P. 2010).

Los denominados **procesos participativos especiales** se caracterizan por combinar elementos orgánicos y procedimentales. Son convocados por el gobierno, con carácter excepcional, y tanto su objeto como su nivel de complejidad varían enormemente, pudiendo abarcar desde una modesta consulta ciudadana para la reforma de una plaza, a espacios complejos y altamente institucionalizados como las asambleas deliberativas de unos presupuestos participativos (Prieto-Martín, P. 2010). Este tipo de participación se dio en Colombia dentro del proceso inicial de descentralización del sector salud, mediante la Ley 10 de 1990, en la dinámica que se definió y requirió el aval de los representantes comunitarios para la definición y aprobación de la ejecución presupuestal de las instituciones de salud como una corresponsabilidad de los líderes bajo la operación de los comités de participación comunitaria.

Los antecedentes de la institucionalización de la participación comunitaria en salud en Colombia se remontan a la creación del Sistema Nacional de Salud con la expedición de los Decretos 056 y 350 del año 1975 y en los que se contempló la creación de Comités Comunitarios de Salud, para participar en la toma de decisiones relacionadas con programas de control epidemiológico y problemas locales de salud (plantas físicas y dotación).

Con la promulgación de la Estrategia de Atención Primaria a finales de la década de los setenta y comienzos de la década del ochenta, los Comités Comunitarios de Salud amplían su participación hacia los procesos de planeación y ejecución de las acciones de atención primaria de barrio y vereda; lo cual permitió establecer vínculos entre los equipos de salud y la comunidad obteniéndose logros reconocidos en los procesos de promoción del auto cuidado de la salud y aumento en las coberturas de vacunación.

La capacidad de gestión de la Estrategia de Atención Primaria en sus cuatro componentes (participación comunitaria, intersectorialidad, desarrollo tecnológico y desarrollo administrativo), se evaluó en 10 ciudades de Colombia (Claros y Grigoriu, 1993) y en los 42 municipios del Valle del Cauca (Toro, et al. 1996) donde se observó diferentes grados de desarrollo en las comunidades, cuyos hallazgos se presentan en la siguiente tabla:

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

Cuadro 1. Capacidad de gestión de la Estrategia de Atención Primaria. Valle y Colombia.

Componente EAP	Valle	Colombia
Participación comunitaria	48.47 (42.5-58.0)	65.7 (57.5-76.6)
Intersectorialidad	56.6 (40.4-65.0)	33.3 (25.0-75.6)
Desarrollo tecnológico	44.5 (39.7-56.2)	45.9 (53.0-42.0)
Desarrollo administrativo	65.0 (53.9-73.3)	31.7 (24.1-42.9)
TOTAL	52.69 (44.47-60.4)	52.9 (37.0-67.3)

De acuerdo con los resultados a nivel de país la gestión de la Estrategia Atención Primaria fue de 52.9% con hallazgo similar para el Valle del Cauca. Se observaron diferencias entre los componentes de la estrategia, encontrando como fortaleza en el desarrollo de la participación comunitaria en el país con un 65.7% (IC 95% 57.7,76.6), y debilidades en el desarrollo administrativo que alcanzó un 31.7% (IC 95% 24.1,42.9), en contraste con el Valle del Cauca donde este componente fue la mayor fortaleza con 65% (IC 95% 53.9,73.3), mientras el componente con menor gestión lo constituyó el desarrollo tecnológico con un 44.5% (IC 95% 39.7,56.2). La variable que mostró asociación con las condiciones de eficiencia de la Estrategia de Atención Primaria en las diez ciudades evaluadas fue el tiempo de aplicación de EAP mayor a tres años. (Claros y Grigoriu,1993)

El Decreto 1216 de 1989 creó los Comités de Participación Comunitaria (Copacos o CPC), ampliando la esfera de participación como un actor más del Sistema, dando a la comunidad el espacio para participar en las juntas directivas de los organismos de salud conformados como establecimientos públicos.

El Decreto 1416 de 1990 incorporó en la conformación de los COPACOS de los organismos o entidades de prestación de servicios de salud, de niveles primero y segundo de atención en salud, a las Direcciones Territoriales de Salud, jefe de la dirección de salud municipal o departamental; a los Concejos Municipales y Asambleas Departamentales, a las Juntas Administradoras Locales, al sector educativo y a otros sectores, entre otros.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud establecido por la Ley 100 de 1993, promulgó estimular la participación de las personas usuarias en la organización y control de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del sistema en su conjunto.

El Decreto 1757 de 1994, estableció y definió las formas de participación en salud: *“Las personas naturales y jurídicas participarán a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud....”*

1. La participación social, es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria, así:

a. **La participación ciudadana**, es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

b. **La participación comunitaria**, es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

2. La participación en las instituciones del sistema general de seguridad social en salud, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud.”

María Parra Valenzuela en el documento Intersectorialidad y Participación Social en Promoción de la Salud, del Ministerio de Salud de Chile, define la **Participación Social** como un “Proceso social inherente a la salud y desarrollo, a través del cual los grupos comunitarios, organizaciones, instituciones, sectores y actores sociales de todos los niveles, intervienen en la identificación de necesidades o problemas de salud y se unen para diseñar y poner en práctica las soluciones o acciones a seguir”.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

Igualmente el Decreto 1757 de 1994 establece como formas organizativas de participación ciudadana, comunitaria y social en Salud las siguientes:

Participación Ciudadana.

1. *Servicios de Atención a los Usuarios.* Las Empresas Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben establecer un servicio de atención a los afiliados y vinculados al sistema.
2. *Servicios de Atención a la Comunidad.* Los niveles de Dirección territorial del Sistema General de Seguridad Social en Salud organizarán un servicio de atención a la comunidad.
3. *Sistema de Atención e Información de Usuarios.* Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben tener un sistema de información y atención de usuarios como atención personalizada.

Participación Comunitaria.

1. **Los Comités de Participación Comunitaria. COPACOS.** En todos los municipios se conformarán los Comités de Participación Comunitaria en Salud como espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado.
2. **Las Asociaciones o Alianzas de Usuarios.** Es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, que velara por la calidad del servicio y la defensa del usuario ante las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud y ante las Empresas Promotoras de Salud.
3. **Los Comités de Ética Hospitalaria.** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán conformar los Comités de Ética Hospitalaria en los cuales deben tener representación la Asociaciones o Alianzas de Usuarios y los Comités de Participación Comunitaria

Participación Social.

1. **Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.** Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud contarán con la participación de la Asociaciones o Alianzas de Usuarios.
2. **Veedurías en Salud.** El control social podrá ser realizado a través de la veeduría en salud, que deberá ser ejercida a nivel ciudadano, institucional y comunitario, a fin de vigilar la gestión pública, los resultados de la misma, la prestación de los servicios y la gestión financiera de las entidades e instituciones que hacen parte del sistema.

La **Constitución Política de Colombia de 1991**, en el ARTÍCULO 103 establece los mecanismos de participación del pueblo en ejercicio de su soberanía: el voto,

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

el plebiscito, el referendo, la consulta popular, el cabildo abierto, la iniciativa legislativa y la revocatoria del mandato. Para lograrlo, el Estado contribuirá a la organización, promoción y capacitación de las asociaciones profesionales, cívicas, sindicales, comunitarias, juveniles, benéficas o de utilidad común no gubernamentales, sin detrimento de su autonomía, con el objeto de que constituyan mecanismos democráticos de representación en las diferentes instancias de participación, concertación, control y vigilancia de la gestión pública que se establezcan.

Obstáculos y facilitadores de la participación social en salud

Dentro de los factores obstaculizadores y facilitadores de la participación social en salud, el estudio realizado por María E. Delgado-Gallego y Luisa Vázquez-Navarrete “Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales” documenta las respuestas de los informantes del mismo en dos grandes categorías de factores: los atribuidos a los usuarios o población en general y los atribuidos a lo institucional.

Obstáculos para la participación atribuidos a la población. La gran mayoría de actores comunitarios atribuyen la escasa participación a factores que se ubican en ellos mismos y que se relacionan con los conocimientos, las actitudes y su grado de organización y cohesión. Así refieren, por ejemplo, el limitado conocimiento de la legislación y de los mecanismos de participación existentes.

Muchos usuarios de estratos medios y bajos, perciben como obstáculo, el temor a represalias por parte de las instituciones de salud: “Por miedo a represalias, uno no dice lo que verdaderamente está fallando”. Además, los usuarios del régimen contributivo y en edades económicamente productivas perciben la falta de tiempo como un obstáculo. Otro factor considerado con mucha frecuencia como obstáculo para la participación, es la falta de cohesión de la población, la carencia de organizaciones propias y de líderes que los orienten.

También la mayoría de los líderes de ambos municipios (Tuluá, Palmira), refiere la falta de cohesión social y sentido de pertenencia, como obstáculos. Además algunos líderes atribuyen la falta de participación a la politización que de esa actividad hacen algunas personas.

Obstáculos para la participación atribuidos a las instituciones. Los Usuarios y líderes también atribuyen su falta de participación a factores institucionales, refiriéndose principalmente a la falta de credibilidad de los procedimientos y

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

mecanismos institucionales porque no perciben ni claridad, ni respuestas oportunas y satisfactorias.

Otros atribuyen la falta de participación a las actitudes del personal médico y administrativo: *“...las actitudes de los médicos y de los funcionarios de las instituciones porque ponen una barrera al paciente, el médico ve al paciente como una cosa chiquita...”*

La falta de claridad en los procesos participativos, también aparece en las respuestas de los líderes, quienes además identifican una carencia de espacios para la participación en salud de la comunidad. Algunos mencionan la falta de voluntad y cultura de las instituciones para promover ese comportamiento en los usuarios. Además, también se refirieron a la falta de comunicación con los usuarios y las actitudes del personal de salud y administrativo como barreras para la participación social. Algunos funcionarios de instituciones públicas atribuyeron la falta de participación a la dificultad en implementación de la normatividad, por su complejidad, o la escasez de recursos.

Los formuladores de políticas entrevistados atribuyen la falta de participación, sobre todo, a factores relacionados con las instituciones, como son: el temor del personal, tanto público como privado, a responder a las críticas de la comunidad; la limitada capacitación e información que las instituciones proporcionan a los usuarios; y la ausencia de voluntad para abrir espacios participativos, especialmente, en la toma de decisiones.

Factores facilitadores de la participación atribuidos a la población. Los usuarios y líderes, hacen referencia a la presencia de mayor y mejor conocimiento e información para participar consciente y eficazmente. *“...es que el nivel de participación va de acuerdo al nivel de conocimiento que tiene la gente, de los derechos que tiene, yo participo en la medida en que conozco, si yo no conozco, especulo y digo una cantidad de bobadas, no lo importante”*. También consideran que constituir sus asociaciones y colaborar en las actividades relacionadas con salud, serían factores facilitadores. Por su parte, los formuladores de políticas consideran que lo deseable sería que la población se mantenga informada para defender sus derechos.

Factores facilitadores de la participación atribuidos a las instituciones. Los usuarios y líderes consideran la necesidad de recibir de las instituciones la capacitación e información pertinente para participar: *“que las mismas entidades, saquen información y promuevan la capacitación”*. También consideran que facilitaría la participación el recibir respuestas oportunas a las quejas. Algunos

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

mencionan como factor facilitador, la existencia de mecanismos de participación en las empresas donde están afiliados o los servicios de salud; mientras otros señalan el acceso directo al personal de salud.

El personal de salud considera como factores facilitadores, la existencia de una legislación y de los mecanismos para la participación; así como, sus propias acciones de comunicación directa con los usuarios, el capital humano de sus instituciones y las relaciones cordiales con la comunidad.

Los formuladores de políticas, atribuyen el peso principal a factores institucionales. Señalan que primero sería el compromiso de parte de los entes estatales y de las empresas a prestar cada día un servicio mejor y más humanizado. Por otra parte consideran que es necesario que las instituciones concienticen a la comunidad, los capacite y establezcan mejores formas de comunicación.

Una de las limitaciones que se ha reconocido para una efectiva participación en salud, es que los comités sectoriales interinstitucionales y los comités de participación no pueden dedicar el tiempo necesario a las tareas de la salud; los líderes formales e informales tienen tantas ocupaciones con el sector que representan que, en muchas ocasiones, se ven obligados a abandonar o no asumirla actividad para la cual se organizan. (*Gustavo Arango T et al*, Política de descentralización en salud y respuesta social. El caso de una región colombiana, 2004).

2.2 Fases para la implementación de la participación social, comunitaria y ciudadana en salud

Un proceso participativo evoluciona a lo largo de diferentes fases, en las que se hace necesario prestar atención a distintos criterios para garantizar su éxito.

Primera fase, fase previa o de iniciativa. En esta fase se toma la decisión de impulsar el proceso participativo, se acuerda y planifica su estructura general y su modelo de coordinación. Es un momento crítico en el que se necesita reunir el máximo de apoyos para el proceso, que garanticen su éxito posterior. Para ello, se hace necesario alcanzar un amplio acuerdo sobre el proyecto con todos los colectivos que de alguna forma participarán en su desarrollo, implicándolos en la definición y estructuración del proceso (Prieto-Martín, P. 2010).

Este acuerdo entre los agentes participantes ha de darse en distintos niveles: en primer lugar, a **nivel político**, entre los diferentes partidos con representación en

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

el municipio, de forma que se promueva una cierta continuidad de la iniciativa aún en el caso de que el gobierno municipal cambie de manos. En segundo lugar, el acuerdo ha de establecerse a **nivel administrativo**, garantizando así un **enfoque transversal** e integrado dentro del sistema participativo municipal, que implique y aúne los esfuerzos de todas las áreas involucradas del ayuntamiento y así reduzca las resistencias de cara a la implementación de los resultados. Finalmente, será también preciso el acuerdo a **nivel social**, de manera que todos los grupos sociales concernidos en el proceso tomen parte activa en él desde su planteamiento. En conjunto, deberá garantizarse la debida **planificación** del proceso así como los **recursos** necesarios para su desarrollo. Por desgracia, esta fase de iniciativa es la que más suele descuidarse en los procesos participativos reales, quedando así desde un inicio comprometidas todas las fases subsiguientes del proceso (Prieto-Martín, P. 2010).

En todo lo dicho hasta ahora queda de manifiesto la importancia de dos criterios claves que deberán caracterizar el proceso a lo largo de todas sus fases: en primer lugar, la **neutralidad organizativa y apertura**, que puede promoverse mediante la creación de una comisión de seguimiento en que estén representados los distintos intereses y cuyo objetivo sea garantizar la credibilidad del proceso participativo. En segundo lugar, la **visibilidad y transparencia** que permitan al conjunto de la ciudadanía –y especialmente a aquellos que no participan– saber en todo momento qué es lo que está aconteciendo: cuáles son los objetivos del proceso y los temas que se tratan, quién participa, cuáles son los mecanismos que se utilizarán, de qué forma podrían participar si quisieran hacerlo, quiénes son los responsables y cuál es la capacidad de decisión atribuida al proceso (Prieto-Martín, P. 2010).

Así mismo es importante que desde el comienzo se comuniquen con extrema **claridad y realismo los objetivos del proceso y sus limitaciones**, para facilitar la tarea tanto de los gestores del proceso como de los participantes y para evitar que se creen expectativas desmesuradas que más adelante causen frustración en la ciudadanía, algo que repercutiría negativamente en el proceso y, consecuentemente, en la percepción pública del funcionamiento de la participación ciudadana en general (Prieto-Martín, P. 2010).

Esta primera fase debe considerar la realización dinámica y continúa de dos (2) momentos: La sensibilización y el alistamiento.

La **sensibilización** es el momento para generar el conocimiento de los actores en el escenario local, sobre el estado de cada uno de los determinantes sociales relacionados con el desarrollo del territorio, tener claridad frente al quehacer de

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

cada uno de los actores y adquirir los compromisos que permitan la participación en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos para el desarrollo territorial, el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS).

El **alistamiento** es el momento para la disposición de los recursos para la implementación de la APS, identificación y caracterización de la comunidad y los diferentes grupos y organizaciones comunitarias y sociales; así como los procesos sociales y culturales que permiten crear capital y cohesión social y sentido de pertenencia.

Segunda fase: movilización. En ella se informa y convoca a los ciudadanos para que participen en el proceso, utilizando los diversos canales de comunicación formales e informales a disposición tanto del ente territorial, como del resto de asociaciones y colectivos implicados: desde el envío de invitaciones por correo o la publicidad en medios locales, hasta la organización de eventos lúdico-culturales que den una mayor visibilidad al proceso, con el objetivo de **extender la participación** al conjunto deseado de ciudadanos, cuya extensión variará en función del tipo de proceso participativo del que se trate. En esta fase es muy importante que se atienda a las nociones de pluralismo y representatividad. Tendremos **pluralismo** en la medida en que en el proceso quede representada toda la diversidad de colectivos, intereses y opiniones relevantes para la temática que se discute; se tendrá **representatividad** en la medida en que los participantes, en función de sus perfiles sociológicos, constituyan una muestra fiel de la ciudad y el territorio, que permita saber qué es lo que el conjunto de la ciudadanía quiere (Font *et al.* 2006: p. 36). Resulta importante que en la fase de movilización se transmita y a los participantes ese **propósito colaborativo compartido** que se desea que caracterice el proceso, predisponiendo así a todos los implicados a trabajar juntos unos con otros, en pro de una visión compartida del bien común (Prieto-Martín, P. 2010).

La segunda fase debe considerar la realización dinámica y continúa de dos momentos: La inducción y la formación.

La **inducción** es el momento en el cual se brinda a los diferentes actores, autoridades locales, e institucionales la información relacionada con la estructura general del modelo de intervención en cada uno de los determinantes de la salud y del desarrollo territorial; se proponen los mecanismos de coordinación; se brinda información acerca de la planificación de los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos para el desarrollo territorial, el

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, en el marco de la Atención Primaria; se trabaja en la construcción de conceptos y en la distribución de los recursos para la implementación del proceso.

La **formación** es el momento en el cual se brindan los conocimientos sobre las herramientas y metodologías que permiten la implementación de la Atención Primaria para la intervención de los determinantes estructurales de la salud y se logra que la comunidad cuente con todos los elementos necesarios para desarrollar todas sus condiciones y potencialidades para alcanzar un nivel de bienestar social más equitativo.

La tercera fase: Participación. Es aquella en la que se desarrollan las actividades participativas que forman el núcleo del proceso: asambleas, grupos de discusión, votaciones, etc. En la mayoría de los casos, tales actividades tienen un carácter presencial, por lo que demandarán considerable tiempo y esfuerzos de todos los participantes. En esta fase hay tres criterios especialmente importantes. El primero, que los participantes dispongan de toda la **información** necesaria para poderse pronunciar con conocimiento de causa sobre los temas que se les plantean. Para ello, las informaciones disponibles habrán de ser claras, relevantes y suficientemente plurales. El segundo criterio es el de la **deliberación**, que implica que el debate se realice en unas condiciones agradables, estimulantes y lo suficientemente flexibles para poderse adaptar a las capacidades y necesidades de los diferentes colectivos participantes. Finalmente, el tercer criterio se refiere a la **influencia efectiva**: los participantes deben poder influir realmente en el resultado final del proceso. No tiene sentido realizar procesos participativos cuando las autoridades tienen la decisión ya tomada o sobre temas para los que no se dispone de capacidad de intervención; muy al contrario, procesos como estos tienden a dañar la credibilidad de sus promotores y desincentivan la participación futura de los ciudadanos que, inútilmente, invirtieron en ellos su tiempo y energías (Prieto-Martín, P. 2010).

La tercera fase debe considerar la realización dinámica y continua de tres momentos: *La caracterización, la ejecución y la sistematización.*

La **caracterización** es el momento en el cual se describen los aspectos y variables que identifican las condiciones de los individuos, las familias, las comunidades, los entornos urbanos y rurales en los que desarrollan sus actividades, la prestación de servicios y las potencialidades para construir sus propios procesos y ejercer así su derecho a la ciudadanía.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

La **ejecución** es el momento en el cual se implementan los planes operativos concertados con las comunidades, las instituciones y sectores que intervienen los determinantes estructurales de la salud y del desarrollo territorial y en los cuales la participación social juega un papel preponderante en la autogestión y auto provisión de servicios

La **sistematización** es el momento en el cual se documenta, organiza y procesa la información, los documentos, los registros de entrevistas, los registros fotográficos, las filmaciones y los videos sobre las actividades de los programas y proyectos ejecutados por cada uno de los actores sociales, las instituciones y sectores intervinientes sobre los determinantes estructurales de la salud y del desarrollo local.

La cuarta fase, **fase de efectos y resultados** del proceso participativo. El más importante de todos ellos es el que le dio origen: el deseo de **influir en las políticas públicas**. Puesto que normalmente estos mecanismos no poseen carácter vinculante, sus conclusiones y propuestas deberán pasar por el “filtro” de los mecanismos de decisión representativos. En la medida en que el proceso haya partido de un acuerdo político, social y administrativo alrededor de unos objetivos realistas y claros, y que sus procedimientos hayan sido transparentes, neutrales, plurales y con debates de calidad, será más fácil que sus propuestas y resultados sean contemplados en las políticas públicas municipales y que, efectivamente, lleguen a ser implementados. La constitución de una comisión de seguimiento durante el proceso participativo, que evalúe y controle la aplicación del plan, puede asimismo contribuir a que todo el esfuerzo de las fases anteriores no se quede en papel mojado (Prieto-Martín, P. 2010).

Un segundo efecto importante del proceso participativo es su potencial para promover una mayor **coherencia institucional** dentro de la administración municipal. Lo normal es que los procesos participativos abarquen temas que afectan a diversas áreas del ayuntamiento, y por tanto supone un estímulo y una presión para que los distintos departamentos trabajen más coordinada y transversalmente (Prieto-Martín, P. 2004).

Esta fase tiene especial importancia por cuanto se requiere que la comunidad interiorice la cultura de la participación, la toma de conciencia sobre la importancia de la acción coordinada de los diferentes actores, instituciones y sectores y la conformación de redes sociales que incrementen el capital social de la localidad y posibiliten una participación social con calidad y de carácter continuo.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

La cuarta fase debe considerar la realización dinámica y continúa de un (1) momento: El monitoreo, evaluación y control.

El **monitoreo, evaluación y control** es el momento en el cual se realiza el seguimiento a las acciones ejecutadas; se evalúa el cumplimiento de las metas del plan operativo acordado en la mesa de concertación utilizando los indicadores de gestión predeterminados, confrontándolos con la línea de base; y finalmente estableciendo los controles y ajustes que se requieran. En este momento juegan un papel determinante las veedurías ciudadanas y la rendición de cuentas a la comunidad sobre el resultado de la gestión realizada y los logros obtenidos.

2.3 Herramientas y métodos participativos

Como consecuencia del interés generado alrededor de las políticas participativas, en las últimas décadas del siglo XX se multiplicaron por todo el mundo las experiencias de participación municipal. Así, se han ido progresivamente incorporando a los ordenamientos municipales nuevos instrumentos participativos de carácter tanto procedimental como orgánico. Por el lado de la *participación procedimental*, se reforzaron instrumentos como las audiencias públicas, las peticiones, las iniciativas vecinales y otros mecanismos de democracia semi-directa. De manera similar, por el lado de la *participación orgánica*, se instituyeron y afianzaron organismos participativos que facilitan el diálogo entre las administraciones públicas y la sociedad civil, extendiéndose su uso a nuevos ámbitos tanto desde una perspectiva territorial –el caso de los consejos de barrio y las juntas de distrito– como temática –consejos de salud o de juventud–. Adicionalmente, las administraciones públicas vienen haciendo un uso creciente de métodos y herramientas, en muchos casos inspirados desde el ámbito de la mercadotecnia, que les permiten conocer la opinión de sus ciudadanos sobre un asunto específico, e incluso trabajar junto a ellos para el diseño y mejora de las políticas públicas (Prieto-Martín, P. 2010). Rowe et al. (2005) identifican más de cien de estos métodos en su intento de elaboración de una tipología de mecanismos de participación pública. El cuadro 2 da cuenta de algunos de estos mecanismos.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

Cuadro 2. Mecanismos de participación y mercadotécnica.

Encuesta de opinión	Se plantea a una muestra representativa de ciudadanos una serie de preguntas, ya sea en entrevistas personales, telefónicas o por vía postal. Preguntas deben ser simples y directas y por ello la información obtenida puede ser superficial. Permite evaluar el cambio en las preferencias a lo largo del tiempo, si se mantienen las mismas preguntas.
Grupo focal	Un asunto es estudiado en profundidad durante 1 o 2 horas por un grupo de entre 8 y 10 personas, representativas de un cierto sector social, mediante una discusión informal y estructurada para permitir un diálogo abierto entre los participantes, con la ayuda de un facilitador.
Jurado ciudadano	Un grupo representativo de ciudadanos examina cuidadosamente a lo largo de varios días un asunto de significación pública. Reciben informaciones diversas sobre la cuestión y escuchan la evidencia proporcionada por testigos y expertos. El jurado proporciona una recomendación al gobierno, que no obstante tomará la decisión final.
Panel ciudadano	Un panel grande y demográficamente representativo de ciudadanos que es consultado con periodicidad, normalmente por correo o teléfono, para valorar las opiniones y preferencias públicas. Permite hacer análisis detallados de las preferencias ciudadanas en función variables como género, área geográfica, nivel socio-económico, educativo, etc., así como analizar su evolución temporal.
Encuesta deliberativa	Se observa la evolución de las opiniones de un grupo de ciudadanos a medida que aprenden y reflexionan sobre un tema, con ayuda de expertos. Se busca obtener “opiniones informadas”, sin forzar que el alcance de consensos entre los participantes. Así, se mide qué es lo que el público pensaría sobre el tema si tuviera una oportunidad adecuada para reflexionar sobre sus aspectos fundamentales.
Conferencia de Consenso	Un grupo de ciudadanos con distintos perfiles discute sobre temas de carácter científico o técnico. Se estructura en dos fases. En la primera se llevan a cabo encuentros con expertos, discusiones y trabajo en pequeños grupos para la obtención de consensos. En la segunda fase se presentan las principales conclusiones a los medios de comunicación y al público en general.
Notificación sobre planes y solicitud de comentarios	Es la forma más simple de consulta. Incluye el envío o disponibilidad de informes sobre políticas públicas o planes gubernamentales. Cuestionable su efectividad para alcanzar a ciertos sectores sociales y riesgo de que sea dominado por los colectivos mejor organizados. No permite ningún tipo de diálogo o negociación.

Fuentes: *The Community Engagement Network (2005)* y *Abelson et al. (2001)*

Otras metodologías y herramientas de investigación participativa aplicadas en el ámbito social permiten que las prácticas, las actitudes y necesidades de la población, entre otras, sean obtenidas a través de la aplicación de diferentes

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

instrumentos que reconocen las iniciativas comunitarias y el saber popular como una de las fuentes importantes de información para obtener los diagnósticos participativos, la priorización de problemas y necesidades y la formulación de planes de acción con presupuestos participativos. Unas de estas metodologías de investigación corresponden a la Investigación - Acción Participativa (IAP) y la cartografía social, de las cuales se presentan algunos de sus instrumentos y técnicas utilizados.

La IAP comprende la observación de la realidad para generar la reflexión sobre la práctica, la planificación y desarrollo de acciones para su mejora y la sistematización de las experiencias para la producción de conocimientos en el ámbito social.

Cuadro 3. Herramientas para la Investigación-Acción Participativa.

HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN
Mapas parlantes	Permiten acceder a información clave sobre los principales problemas y necesidades de la comunidad, sobre los recursos que se están utilizando y la forma de aplicación de los mismos. Es construido grupalmente explorando el conocimiento de cada integrante del equipo del contexto social, político, geográfico, cultural y ambiental de su entorno.
Foto biografía	Trabaja sobre las biografías de las vidas de los actores comunitarios y sociales recuperando vivencias y creencias individuales, colectivas o institucionales a través de las fotografías.
Historias de vida participativas	Reencuentro de una o varias personas de la comunidad por medio de entrevistas, acerca de sus vidas y sus experiencias en el entorno local.
Registros de audio y video	Documentación del proceso y evidencia histórica de la secuencia de las diferentes sesiones, reuniones, actos realizados.
Cartografía Social	Permite la elaboración del diagnóstico participativo del entorno territorial, comunitario y social como herramienta de la planeación del desarrollo local.

Fuente: Fals B. Orlando, Investigación – Acción - Participativa, 1976; Construyendo Salud desde lo Local, Arias L. et al, 2006

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

2.4 Mecanismos de coordinación

La planificación de las acciones orientadas a mejorar las condiciones de vida y salud de las comunidades debe partir del reconocimiento de sus condiciones geográficas, sociales y económicas, como elemento fundamental en el diseño de estrategias de intervención; de esta manera la posibilidad de incidir en solucionar los problemas será mayor (*Gustavo Arango T et al*, Política de descentralización en salud y respuesta social. El caso de una región colombiana, 2004)

Entre los mecanismos que posibilitan la participación están: el establecimiento de estructuras administrativas locales apropiadas, la cooperación intersectorial local y el apoyo de las organizaciones no gubernamentales. Para que cada uno de estos mecanismos de apoyo tenga éxito deben concurrir los siguientes criterios: adhesión política a la participación comunitaria; reorientación de la burocracia en apoyo de la participación comunitaria, cambios en los procedimientos y modos de actuación, lo cual implica una actitud favorable a la vinculación de la comunidad a los programas y posibilite el diálogo entre el Estado y los particulares; un incremento de la capacidad de gestión y la existencia de una estructura sanitaria básica con cobertura mínima (*Gustavo Arango T. et al*, Política de descentralización en salud y respuesta social. El caso de una región colombiana, 2004).

A nivel territorial, la instancia apropiada para lograr esta coordinación en el sector salud corresponde al **Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud**, en cuyo seno debe ser promovido, deliberado y concertado el proceso participativo de formulación del Plan Decenal de Salud (parágrafo 2, artículo 7, ley 1438 de 2011).

Es importante resaltar la importancia que debe tener la participación de este Consejo en el seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud en el cumplimiento de los compromisos adquiridos con el mismo, por los diferentes actores que intervienen en los determinantes de la salud y del desarrollo territorial. Estos avances deben quedar claramente definidos en el marco normativo que debe ser adecuado para tal fin.

El esfuerzo realizado en cada una de las fases del proceso, para la formulación y la posterior ejecución del Plan Decenal de salud, no puede verse disminuido o perderse por la falta de seguimiento a la gestión realizada por cada uno de los actores, instituciones y sectores comprometidos en la intervención de los determinantes de la salud y del desarrollo territorial. La constitución de una comisión de seguimiento durante el proceso participativo, que evalúe y controle la

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

aplicación del plan y sus componentes, debe contribuir al cumplimiento de estos propósitos.

El documento “Lineamientos Generales de Política de Salud Integral basada en la Estrategia de Atención Primaria con enfoque Familiar y Comunitario” elaborado por el grupo CEDETES de la Universidad del Valle, en convenio con la Secretaría Departamental de Salud del Valle, precisa las estrategias para la implementación del modelo de salud pública basado en Atención Primaria, las cuales se consideran aplicables a los procesos de participación social, comunitaria y ciudadana y en general a la implementación de la Atención Primaria como Estrategia para el desarrollo territorial y la intervención sobre los determinantes de la salud. Este aparte del documento se presenta a continuación:

Estrategias de viabilidad y factibilidad

Cinco estrategias serán combinadas en los procesos de ajuste, legitimación, implementación, control y evaluación del modelo, dirigidas a garantizar la aprobación social y política del mismo y los recursos y desarrollos tecnológicos necesarios. Para efectos metodológicos se presentan a continuación de manera separada:

1. El diálogo social

Serán privilegiados para dar a conocer esta propuesta, ajustarla a las características de la población, de los territorios, de las instituciones y de las organizaciones sociales, los consejos comunitarios, los escenarios y ámbitos de participación comunitaria y social existentes para acercar la toma de decisiones a la comunidad en respuesta a sus necesidades y para garantizar el control social y la veeduría sobre la gestión pública tanto departamental como municipal. La asistencia técnica y la formación en derechos y deberes ciudadanos y en el uso de los mecanismos y herramientas formales de participación comunitaria y social serán fundamentales para poner en práctica esta estrategia.

2. Las alianzas estratégicas

Se promoverán y facilitarán las parcerías institucionales, sociales y mixtas entre sectores gubernamentales, privados y las organizaciones sociales. Para esto será necesario identificar los intereses aglutinadores centrados en los bienes y servicios colectivos y las ganancias sociales y políticas que para cada socio representa unirse con otros en procesos articuladores y sinérgicos en favor de la

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

salud pública. Igualmente la formulación de planes conjuntos y concretos que den cuenta de las responsabilidades y aportes de cada socio y la definición de mecanismos que soporten las alianzas. La formación en herramientas de negociación, concertación y consenso será fundamental para poner en práctica estas estrategias, así como la exposición de los actores y sectores a este ejercicio en un marco consciente de aprendizaje colectivo.

3. La comunicación

Esta estrategia estará dirigida a difundir y debatir sobre los derechos y deberes en salud y en participación comunitaria y social con el propósito de generar apropiación de los mismos tanto en los ámbitos institucionales como sociales: Igualmente, a poner en manos de diversos públicos y en diversos escenarios información relevante, confiable y oportuna para la toma de decisiones y la participación informada sobre la salud pública en sus componentes teórico, fenomenológico y como práctica social e institucional. El desarrollo de esta estrategia requiere la apropiación del concepto de comunicación más allá de los medios con fines políticos y de manera sostenida en donde los espacios cotidianos donde trabaja, vive, circula y se recrea la gente sean los escenarios para la comunicación. También, la estrategia debe incluir una permanente información a los diversos públicos involucrados en el desarrollo de esta propuesta sobre el proceso de implementación y la rendición de cuentas con relación a los resultados intermedios y finales obtenidos en las diferentes fases de implementación tanto sobre la generación de capacidad local como sobre los determinantes de la salud.

4. La cofinanciación

Esta estrategia estará muy articulada a la de alianzas estratégicas, materializará las voluntades que se logren movilizar en torno al desarrollo de programas y proyectos que permitan implementar la política en la concertación de recursos que se aportan desde cada socio bajo el lema de “todos ponen” y el principio de “equidad”. Los recursos podrán ser de dos tipos: monetarios o en especie. Estos últimos representados en tiempos de profesionales y técnicos, en trabajo voluntario, en infraestructura, etc. Principios como la complementariedad, la subsidiariedad y la solidaridad deberán orientar el desarrollo de esta estrategia.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

5. La descentralización y la desconcentración

Estrategias por excelencia dirigidas a acercar la toma de decisiones a las realidades locales y a fortalecer el municipio y fomentar el cogobierno entre el departamento y los municipios. Su aplicación esta formalizada en los marcos legislativos y normativos pero requiere de la generación y el desarrollo de capacidades de gestión a nivel de los territorios municipales. Dos elementos se deben fusionar en pro del desarrollo de estas:

El fortalecimiento sectorial de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en sus competencias y en el marco del cumplimiento de sus funciones de rectoría y de las funciones esenciales de salud pública. El desarrollo de habilidades para la abogacía en favor de la salud y para ceder el liderazgo a otros sectores sobre asuntos que afectan la calidad de vida, el bienestar y las condiciones de salud.

El fortalecimiento transectorial a favor de la salud, a partir de la identificación colectiva de los determinantes y las políticas que afectan la salud pública, del liderazgo de las autoridades políticas y gubernamentales y de la participación y la movilización comunitaria y social en torno a la toma de decisiones para atender las causas estructurales de los problemas de salud y a la gestión pública.

2.5 Indicadores de cumplimiento del componente de participación social, comunitaria y ciudadana.

La verificación del componente de participación social, comunitaria y ciudadana en el desarrollo de la Atención Primaria en salud se realizará con la aplicación de indicadores de estructura, proceso y resultado tal como se presentan a continuación para el nivel territorial:

Estructura

- Número de organizaciones comunitarias existentes activas a nivel Territorial / Número de organizaciones comunitarias existentes a nivel Territorial.
- Existencia de una estructura organizacional que coordina los grupos comunitarios.
- Existencia de metodología para identificar necesidades y priorizar.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

- Existencia de un centro de documentación y medio de comunicación que conecte los grupos comunitarios.
- Número de organizaciones comunitarias que disponen de condiciones para la gestión de recursos técnicos y financieros de cooperación nacional e internacional
- Existencia de registros para el monitoreo y la evaluación de las intervenciones ejecutadas
- Existencia de mecanismos de inclusión de los proyectos comunitarios en el Plan de Desarrollo Territorial

2.5.1 Proceso

- Grado de desarrollo del proceso de participación en las organizaciones comunitarias existentes a nivel territorial.
- Tipo de liderazgo predominante de los agentes comunitarios.
- Relación de la autoridad local con los procesos de participación.
- Número de líderes sociales y / o comunitarios capacitados en AP (cartografía social y salud familiar) / Numero de líderes censados.
- Número de mapas sociales realizados con pasado-presente y futuro de la salud en la comunidad.
- Número de organizaciones comunitarias sensibilizadas por equipos de nivel territorial.
- Número de diagnósticos comunitarios realizados a la población.
- Número de los proyectos comunitarios incluidos en el Plan de Desarrollo Territorial.
- Número de presupuestos participativos concertados y ejecutados

2.5.2 Resultado

- Número de planes de acción ejecutados y evaluados.
- Cumplimiento de los indicadores de evaluación y seguimiento a las acciones comunitarias.

3. Lineamientos para la implementación del componente intersectorialidad/ transectorialidad en el sector salud.

3.1 Marco contextual

La salud aparece como un producto social en la cual sus actores y las acciones, trascienden significativamente las fronteras del denominado “sector salud,” por lo

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

que se requiere de una respuesta social organizada, sin la cual el enfoque no sería sistémico y por tanto, el nivel de sinergia que se podría alcanzar sería muy bajo.

La intersectorialidad conceptualizada como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida, forma parte importante de esa respuesta social organizada. Consiste fundamentalmente en convertir la cooperación fortuita o casual en acciones que lideradas por el sector salud se orienten estratégicamente a aquellos problemas, donde las actividades de otros sectores pueden ser determinantes. Lo anterior queda plenamente demostrado cuando se estudian los elementos influyentes o determinantes de la salud y se interrelacionan con los sectores que pueden actuar positivamente en el problema de salud.

La intersectorialidad se compone de tres grupos de factores: determinantes, condicionantes y desencadenantes o facilitadores. El estudio de dichos factores es una condición básica para un enfoque inteligente de la intersectorialidad. La importancia de la intersectorialidad para los sistemas de salud es aceptada y defendida ampliamente, sin embargo está demostrado que falta mucho aún para pasar del discurso, a la acción y en consecuencia a los resultados (Pastor Castell Florit-Serrate.2004). El mismo autor en el documento " La intersectorialidad en la práctica social del sistema cubano de salud pública" define estos factores de la siguiente forma:

Factores determinantes de la intersectorialidad. Problemas de salud, bienestar y calidad de vida cuya naturaleza demanda una solución que va más allá de las posibilidades del sector salud, lo que implica la planeación y organización consciente de procesos de integración con otros sectores, para enfrentarlos.

Factores condicionantes de la intersectorialidad. Punto intermedio entre los problemas de salud, bienestar y calidad de vida (factores determinantes) y los procesos gerenciales que se aplican para resolverlos de forma intersectorial (factores desencadenantes). Se refiere a las premisas, políticas, aptitudes y actitudes cuya presencia crea el escenario adecuado para que la intersectorialidad se produzca.

Factores desencadenantes de la intersectorialidad. Enfoques, técnicas, habilidades, estilos, métodos de trabajo y tecnologías gerenciales, cuya utilización y presencia es fundamental para asegurar una acción adecuadamente coherente y

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

coordinada de los diferentes sectores de la sociedad ante los problemas de la salud, el bienestar y la calidad de vida.

Para María Parra Valenzuela, asesora del Ministerio de Salud de Chile, la intersectorialidad es el “trabajo coordinado y complementario de instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante interacciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población”.

Los resultados en la intersectorialidad son mayores en la medida que se logre descentralizar estos procesos y acercarlos, cada vez más, al ámbito local y comunitario; donde los sectores cuenten con el poder y libertad de acción suficiente para conjuntamente, enfrentar los problemas, cuyas soluciones permitan alcanzar sus propósitos. (Pastor Castell Florit-Serrate. 2004).

Nuria Cunill Grau en el documento “La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social”(2005), plantea que la noción de la intersectorialidad remite, en principio, a la integración de diversos sectores con vistas a la solución de problemas sociales. Sin embargo, el término tiene diversas connotaciones según las premisas que se adopten e, incluso, según qué se entienda por sector. Dos premisas se han detectado hasta ahora:

La primera premisa es que la integración entre sectores posibilita la búsqueda de soluciones integrales. Esta proposición le asigna un **fundamento expresamente político** a la intersectorialidad y se traduce en la asunción de que todas las políticas públicas que persigan estrategias globales de desarrollo, tales como la modificación de la calidad de vida de la población, deben ser planificadas y ejecutadas intersectorialmente.

Otra premisa que sustenta una parte del discurso sobre la intersectorialidad es que la integración entre sectores permite que las diferencias entre ellos puedan ser usadas productivamente para resolver problemas sociales. Esta premisa remite a un **fundamento técnico** de la intersectorialidad consistente con la idea de que crea mejores soluciones (que la sectorialidad) porque permite compartir los recursos que son propios de cada sector.

Una vez reconocidos estos dos posibles fundamentos de la intersectorialidad, hay que intentar desentrañar los elementos básicos que harían parte del concepto. En este sentido, el primer elemento que cabe destacar es el de la **integración**, presente en todas las definiciones de intersectorialidad. Este elemento ha sido incluso asimilado a la noción de intersectorialidad (Nuria Cunill Grau, 2005). Así,

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

por ejemplo, la UNESCO habla de políticas sociales integradas para referirse a la intersectorialidad (UNESCO, 1990: 95).

Un segundo elemento que puede ayudar a construir el concepto es el de **inclusividad** en el sentido de que la intersectorialidad afecta desde el diseño hasta la evaluación de las acciones (Nuria Cunill Grau, 2005). Al respecto, Rufián y Palma (1990) tempranamente llaman la atención acerca de que el concepto de intersectorialidad representa no sólo un cuestionamiento conceptual a las políticas sociales, sino una pauta de acción para su implementación. Bajo este marco, ya a principios de los 80, la Organización Panamericana de la Salud definía la intersectorialidad como el proceso en que los objetivos, las estrategias, las actividades y los recursos de cada sector se consideran según sus repercusiones y efectos en los objetivos, las estrategias, las actividades y los recursos de los demás sectores (OMS/OPS, 1982, citado por Rufián y Palma, 1990: 130).

Un tercer elemento que cabe incorporar al concepto es el de **mancomunidad**, dado que la intersectorialidad supone compartir recursos, responsabilidades y acciones (Méndes y Fernández, 2004: 121) y, por lo tanto, necesariamente interpela a la solidaridad o al poder.

Si se retiene sobre todo ese tercer elemento, se hace evidente que la intersectorialidad es un proceso **político** que como tal envuelve el enfrentamiento de contradicciones, restricciones y resistencias, más aun habida cuenta de que se erige como alternativa y, por ende, como crítica a lo sectorial. La intersectorialidad puede cuestionar, de hecho, a lo menos dos postulados de la gestión social (Rufián y Palma, 1990):

- La estructura de la administración pública caracterizada por los ministerios que atienden a una especialización sectorial.
- Los mecanismos de asignación de recursos según partidas sectoriales.

Factores que condicionan la intersectorialidad.

Para Pastor Castell Florit- Serrate, en el documento “La Intersectorialidad. Conceptualización. Panorama Internacional y de Cuba”, (2004), la intersectorialidad está subordinada a una serie de condiciones previas de las cuales depende la existencia de un escenario proclive a su materialización, estos condicionantes son:

Voluntad política. Disposición plena de los estados y gobiernos de los países en asumir este enfoque tecnológico de la intersectorialidad como un principio de actuación para convertir en realidad lo que tanto se preconiza en cuanto a la

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

salud, bienestar y calidad de vida de la población. Esta voluntad es la base del condicionamiento de lo que debe hacerse por los responsabilizados con esta acción.

Papel del Estado y Gobierno. Las posibilidades y acciones concretas de los estados y gobiernos, deberán estar enmarcadas en legislaciones y reglamentaciones donde los factores políticos, económicos y sociales se proyecten condicionadamente con este enfoque tecnológico.

Reformas adecuadas del sector sanitario. Las reformas como cambios o transformaciones en función de la salud deben contener entre sus objetivos el compartir responsabilidades entre instituciones, individuos y comunidad, así como lograr equilibrio entre sectores y complementación de esfuerzos.

Fortalecimiento de los Ministerios y Secretarías. Fortalecimiento del perfil de los ministerios o secretarías de salud con la capacidad necesaria, para ejercer la rectoría en salud, entendida como la conducción de la gestión de la política sanitaria pública, con un contexto caracterizado por las nuevas relaciones entre el Gobierno y la sociedad civil, donde los sectores de la sociedad y la economía tributen a las necesidades que, habida cuenta, la salud pública demande.

Funciones Esenciales de la Salud Pública. De las doce que se han definido, en seis de ellas se hace referencia a la intersectorialidad y participación. Se enmarca más claramente la competencia de las autoridades sanitarias y se redefine y fortalece su función rectora, y de las prácticas sociales en salud pública.

Descentralización en salud. La descentralización, entendida como el proceso de pasar a los niveles locales de salud, autoridad, responsabilidad y recursos, es otro de los factores condicionantes fundamentales. Sin ella, o con una versión recortada de ésta, el sector no tendría facultades suficientes para ejercer su liderazgo, negociar las acciones conjuntas y tomar decisiones.

Recursos humanos motivados. Es tanto un factor condicionante como desencadenante. En su carácter condicionante se refiere a la existencia de personas en el sector salud y en el resto de los sectores proclives al trabajo participativo, a la cooperación mutua y a una comprensión del carácter social de la producción en salud. Prepararlos para la intersectorialidad es un paso posterior, pero sin un compromiso psicológico mínimo la formación posterior no puede lograrse.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

Inversión tecnológica. En salud y otros sectores de la economía y la sociedad, las inversiones tecnológicas no sólo implican instalaciones físicas en función de la calidad de vida. Esas inversiones tecnológicas promueven un nivel de acceso superior al conocimiento.

Sociedad organizada. Los máximos responsables de la intersectorialidad, son aquellos que participan en ella, no sólo como objeto, sino también como sujeto de dirección del proceso, se refiere a su actor principal, la sociedad. No serían posibles los propósitos que se tracen si el nivel de organización de la sociedad no se corresponde con las necesidades que demanda esa acción. La intersectorialidad requiere voluntad y voluntariedad y hasta espontaneidad, pero conducida sistémicamente donde cada uno de sus componentes tenga bien definido sus objetivos, funciones y acciones que le corresponde desarrollar y eso no es posible sin organización.

Para Nuria Cunill Grau, (2005) “Cualquiera sea el ámbito de aplicación de la intersectorialidad, hay que considerar la **institucionalidad política dominante**, teniendo en cuenta que actúa como condicionante de la intersectorialidad tanto en el sentido positivo como negativo.

Factores facilitadores del desarrollo de la intersectorialidad.

Pastor Castell-Florit Serrate y Estela de los Ángeles Gispert Abreu en el artículo “La intersectorialidad y el desarrollo de la Salud Pública en Cuba”(2008) proponen como factores facilitadores de la intersectorialidad para el caso cubano los siguientes:

- La voluntad política.
- Sistema Nacional de Salud único.
- La comisión de salud del pueblo.
- Restructuración de los órganos de administración local.
- Descentralización del sector de la salud.
- El modelo de medicina en la comunidad.
- El movimiento de municipios por la salud.
- El programa de salud y calidad de vida.
- Los proyectos de desarrollo municipal y provincial.
- Base legal y programática.

El documento de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (WcSDH) realizado en Rio de Janeiro en octubre de 2011 por la Organización Mundial de la Salud presenta las bases del éxito del enfoque de “Salud en todas las Políticas” en Australia Meridional realizado con sólidas

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

relaciones intersectoriales, las cuales se identificaron como:

- Un sólido interés intergubernamental;
- El mandato y la coordinación de un gobierno central;
- Métodos flexibles y adaptables de investigación, usando el análisis desde el ángulo de la salud;
- Beneficios y colaboración mutuos;
- Recursos de salud dedicados para el proceso;
- Toma de decisiones y responsabilidades conjuntas.

3.2 Fases para la implementación de la intersectorialidad/ transectorialidad en salud

El proceso de acción intersectorial/transectorial evoluciona a lo largo de diferentes fases, en las que se hace necesario prestar atención a distintos criterios para garantizar su éxito. Las características de este proceso van de la mano de los procesos de participación social, comunitaria y ciudadana.

Primera fase, fase previa o de iniciativa. En esta fase se toma la decisión de impulsar el proceso de acción intersectorial, se acuerda y planifica la estructura general y el modelo de coordinación. Es un momento crítico en el que se necesita reunir el máximo de apoyos para el proceso, que garanticen su éxito posterior. Para ello, se hace necesario alcanzar un amplio acuerdo sobre el proyecto con todos los colectivos que de alguna forma participarán en su desarrollo, implicándolos en la definición y estructuración del proceso (Prieto-Martín, P. 2010).

Esta primera fase debe considerar la realización dinámica y continúa de dos momentos: La sensibilización y el alistamiento.

La **sensibilización** es el momento para generar el conocimiento de los actores de la acción intersectorial en el escenario local, sobre el estado de cada uno de los determinantes sociales de la salud; tener claridad frente al quehacer de cada una de las instituciones y de los sectores y adquirir los compromisos que permitan la participación en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos para el desarrollo territorial, el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable en el marco de la Atención Primaria en Salud.

El **alistamiento** es el momento para la disposición de los recursos para la implementación de la APS, identificación y caracterización de los sectores, la

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

comunidad y los diferentes grupos y organizaciones comunitarias y sociales; así como los procesos sociales y culturales que permiten crear capital y cohesión social y sentido de pertenencia.

En este momento deben tenerse en cuenta los pasos necesarios para que la implementación de la acción intersectorial sea exitosa planteados por la Agencia de Salud Pública de Canadá, año 2007:

1. Crear un marco de políticas y un enfoque hacia la salud que conduzcan a la acción intersectorial.
2. Hacer hincapié en valores, intereses y objetivos compartidos entre socios y socios potenciales.
3. Garantizar el respaldo político, basarse en factores positivos del entorno de políticas.
4. Hacer participar a socios clave desde el comienzo; ser inclusivos.
5. Asegurar una vinculación horizontal apropiada entre sectores, así como una vinculación vertical de los distintos niveles de los sectores.
6. Invertir en el proceso de construcción de alianzas trabajando en pos del consenso en la etapa de planificación.

Segunda fase- Movilización. En ella se informa y convoca a los sectores para que participen en el proceso, utilizando los diversos canales a disposición tanto del ente territorial, como de cada uno de los sectores implicados. Todo ello con el objetivo de **extender la participación** a los sectores responsables de intervenir en los determinantes estructurales de la salud. Resulta importante que en la fase de movilización se transmita a los participantes ese **propósito colaborativo compartido** que se desea que caracterice el proceso, predisponiendo así a todos los sectores implicados a trabajar juntos unos con otros, en pro de una visión compartida del bien común (Prieto-Martín, P. 2010).

La segunda fase debe considerar la realización dinámica y continúa de dos momentos: La inducción y la formación.

La **inducción** es el momento en el cual se brinda a los diferentes sectores, autoridades locales, e institucionales la información relacionada con la estructura general del modelo de intervención en cada uno de los determinantes estructurales de la salud; se proponen los mecanismos de coordinación; se brinda información acerca de la planificación de los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos para el desarrollo territorial, el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable en el

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

marco de la Atención Primaria; se trabaja en la construcción de conceptos y en la distribución de los recursos para la implementación del proceso.

La **formación** es el momento en el cual los sectores brindan los conocimientos sobre las herramientas y metodologías que permiten la implementación de la APS para la intervención de los determinantes estructurales de la salud.

La tercera fase- Participación. Es aquella en la que se realizan las actividades participativas de los sectores junto con las organizaciones sociales y la comunidad en general. En esta fase hay tres criterios especialmente importantes. El primero, que los participantes dispongan de toda la **información** necesaria para poderse pronunciar con conocimiento de causa sobre los temas que se le plantean. Para ello, las informaciones disponibles habrán de ser claras, relevantes y suficientemente plurales. El segundo criterio es el de la **deliberación**, que implica que el debate se realice en unas condiciones agradables, estimulantes y lo suficientemente flexibles para poderse adaptar a las capacidades y necesidades de los diferentes sectores y colectivos participantes. Finalmente, el tercer criterio se refiere a la **influencia efectiva**: los participantes (sectores, organizaciones sociales y comunidad) deben poder influir realmente en el resultado final del proceso. No tiene sentido realizar procesos participativos cuando las autoridades tienen la decisión ya tomada o sobre temas para los que no se dispone de capacidad de intervención; muy al contrario, procesos como estos tienden a dañar la credibilidad de sus promotores y desincentivan la participación futura de los ciudadanos que, inútilmente, invirtieron en ellos su tiempo y energías (Prieto-Martín, P. 2010).

La tercera fase debe considerar la realización dinámica y continua de tres momentos: La caracterización, la ejecución y la sistematización.

La **caracterización** es el momento en el cual se describen los aspectos y variables que identifican las condiciones de los sectores para desarrollar sus actividades, la prestación de servicios, sus potencialidades y los compromisos que están en capacidad de adquirir para realizar las intervenciones.

La **ejecución** es el momento en el cual se implementan los planes operativos concertados con las comunidades, las instituciones y sectores que intervienen los determinantes estructurales de la salud y del desarrollo territorial.

En este momento deben tenerse en cuenta los pasos necesarios para que la implementación de la acción intersectorial sea exitosa planteados por la Agencia de Salud Pública de Canadá, año 2007:

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

- Enfocarse en objetivos concretos y resultados visibles.
- Asegurar que el liderazgo, la responsabilidad y las recompensas sean compartidos entre los socios.
- Construir equipos estables de personas que trabajen bien en forma conjunta, con sistemas de respaldo apropiados.
- Desarrollar modelos prácticos, herramientas y mecanismos destinados a respaldar la implementación de la acción intersectorial.
- Garantizar la participación pública, educar al público y generar conciencia sobre los determinantes de la salud y la acción intersectorial.

La **sistematización** es el momento en el cual se documenta, organiza y procesa la información, los documentos, los registros de entrevistas, los registros fotográficos, las filmaciones y los videos sobre las actividades de los programas y proyectos ejecutados por cada uno de los actores sociales, las instituciones y sectores intervinientes sobre los determinantes estructurales de la salud y del desarrollo territorial.

La cuarta fase, **fase de efectos y resultados**. Es el más importante de todos por cuanto la intervención de los sectores genera unos efectos y unos resultados sobre los determinantes de la salud y del desarrollo territorial, los cuales deben ser cotejados frente a los objetivos y metas programadas en los Planes Operativos concertados.

Esta fase tiene especial importancia por cuanto se requiere que los diferentes sectores interioricen y asuman la cultura de la participación, la toma de conciencia sobre la importancia de la acción coordinada de los diferentes actores, instituciones y sectores y la conformación de redes sociales que incrementen el capital social de la localidad y posibiliten coordinación intersectorial y una participación social con calidad y de carácter continuo (Prieto-Martín, P. 2010).

La cuarta fase debe considerar la realización dinámica y continua de un momento: El monitoreo, evaluación y control.

El **monitoreo, evaluación y control** es el momento en el cual se realiza el seguimiento a las acciones ejecutadas; se evalúa el cumplimiento de las metas del plan operativo acordado en la mesa de concertación utilizando los indicadores de gestión predeterminados, confrontándolos con la línea de base; y finalmente estableciendo los controles y ajustes que se requieran. En este momento juegan

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

un papel determinante las veedurías ciudadanas y la rendición de cuentas a la comunidad sobre el resultado de la gestión realizada y los logros obtenidos.

3.3 Herramientas y metodologías.

Como herramientas y metodologías para la acción intersectorial son usuales: Las **reuniones de trabajo** con acuerdos por consenso para las intervenciones y la verificación de los logros alcanzados; las herramientas de la comunicación a través de **sistemas de información el línea** (información en tiempo real) para permitir el análisis de la información recopilada y el manejo de la información de riesgo; los **informes sectoriales** con los antecedentes y situación actual de cada uno de ellos y sus intervenciones sobre los determinantes de la salud y del desarrollo territorial; los **proyectos** como herramienta de trabajo y del desarrollo posibilitan que a partir del análisis conjunto de los diferentes actores vinculados al desarrollo territorial, se establezcan objetivos y metas que comprometan a cada sector con aquellos que son de su competencia, pero con el propósito de brindar salud, crear ambientes sanos y saludables, bienestar social y calidad del vida al conjunto de la sociedad; las **listas de chequeo** como herramienta para la evaluación de los compromisos intersectoriales adquiridos y el seguimiento y el control de los temas tratados en las reuniones de trabajo; la **capacitación y actualización**, a través de cursos, seminarios sobre políticas públicas, estrategias regionales y locales para el desarrollo, investigación, vigilancia y asistencia técnica para el mejoramiento de la salud y el desarrollo territorial; los **medios masivos de comunicación** como instrumentos de contacto permanente con la sociedad.

Los sectores a su vez, deben propiciar la aplicación y utilización de las herramientas y metodologías que garanticen la participación social, comunitaria y ciudadana para todo el proceso de diagnóstico, caracterización, priorización, toma de decisiones, programación, ejecución y evaluación de las intervenciones sectoriales sobre los determinantes de la salud y del desarrollo territorial en el marco de la Atención Primaria (AP).

3.4 Mecanismos de coordinación

La forma de abordar y llevar a la práctica como política la intersectorialidad, es diferente en los países, sin embargo, hay un punto de acercamiento como procedimiento y es que para el desarrollo de la política integral de salud, los ministerios de salud y desarrollo social, coordinan la participación de las instituciones del sector con aquellas instituciones y organizaciones cuyas actividades tienen efectos en la salud de la población incluyendo educación,

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

cultura, conectividad, ambiente, vivienda, economía, agricultura, comercio de alimentos, industria, defensa, y otras, creándose en los niveles nacional, departamental y municipal, los consejos intersectoriales de salud con la finalidad de garantizar la intersectorialidad del sistema público nacional.(Pastor Castell Florit-Serrate, 2004).

A nivel Territorial se propone que la instancia apropiada para lograr esta coordinación en el sector salud, sea el **Consejo Territorial de Seguridad social en salud**, en cuyo seno debe ser promovido, deliberado y concertado el proceso participativo de formulación del Plan Decenal de Salud (parágrafo 2, artículo 7, ley 1438 de 2011).

Es importante resaltar la importancia que debe tener la participación de este Consejo en el seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud en el cumplimiento de los compromisos adquiridos con el mismo, por los diferentes actores que intervienen en los determinantes de la salud y del Desarrollo territorial. Estos avances deben quedar claramente definidos en el marco normativo que debe ser adecuado para tal fin.

El esfuerzo realizado en cada una de las fases del proceso, para la formulación y la posterior ejecución del Plan Decenal de Salud y los correspondientes Programas y Proyectos Sectoriales Territoriales, no puede verse disminuido o perderse por la falta de seguimiento a la gestión realizada por cada uno de los actores, instituciones y sectores comprometidos en la intervención de los determinantes de la salud y del desarrollo territorial. La constitución de una comisión de seguimiento durante el proceso de acción intersectorial, que evalúe y controle la aplicación del plan y sus componentes, debe contribuir al cumplimiento de estos propósitos.

3.5 Indicadores de cumplimiento del componente intersectorial/ transectorial

La verificación del componente de Intersectorialidad en el desarrollo de la Atención Primaria en Salud se realizará con la aplicación de indicadores de estructura, proceso y resultado tal como se presentan a continuación para el nivel territorial:

3.5.1 Estructura

- Existencia de un Comité Intersectorial activo.
- Existencia de metodología para identificar necesidades y priorizar

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

- Existencia de mecanismos de articulación entre los planes de acción sectoriales y Plan de Desarrollo
- Existencia de mecanismos de inclusión de los proyectos intersectoriales en el Plan de Desarrollo Municipal
- Existencia en el Comité Intersectorial de condiciones para la gestión de recursos técnicos y financieros de cooperación nacional e internacional
- Existe una estructura organizacional responsable del seguimiento y evaluación.

3.5.2 Proceso

- Grado de desarrollo del proceso de participación de las instituciones que conforman el Comité Intersectorial a nivel Municipal
- Tipo de liderazgo predominante de los agentes institucionales.
- Relación de la autoridad local con el Comité Intersectorial.
- Numero de líderes institucionales capacitados en Atención Primaria (cartografía social y salud familiar) / Número de líderes censados.
- Número de diagnósticos institucionales realizados a la población.
- Número de los proyectos intersectoriales incluidos en el Plan de Desarrollo Municipal
- Número de presupuestos participativos concertados y ejecutados intersectorialmente.

3.5.3 Resultado

- Número de proyectos intersectoriales ejecutados y evaluados.
- Cumplimiento de los indicadores de evaluación y seguimiento a las acciones intersectoriales.

4. Lineamientos para la implementación del componente desarrollo tecnológico en el sector salud

Cuando una empresa o institución que produce un bien o servicio, usa un método o insumo que es nuevo para ella, se dice que hace un cambio técnico. Su acción es la que conocemos como innovación (Myers y Marquis, 1969). La motivación central de la innovación es el establecimiento de ventajas competitivas relativas a la diferenciación de productos o servicios, la ganancia y la producción. La decisión de lanzarse en innovaciones tecnológicas tiene también razones políticas, de mercado y tecnológicas y se enmarca en estrategias específicas diseñadas por cada una de las organizaciones (Flores Ernesto).

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

El desarrollo tecnológico es la transformación productiva a través de la incorporación de valor en el desarrollo de procesos, bienes, productos y servicios, generados a partir del uso y la aplicación del conocimiento en la solución y mejoramiento del quehacer empresarial y el fortalecimiento del capital humano entre los diferentes actores (Colciencias, 2012).

La nueva línea de razonamiento popular conocida como movimiento tecnológico social plantea como objetivo de estas tecnologías responder a las problemáticas de desarrollo, comunicación, generación de servicios y alternativas tecnológicas productivas en escenarios socio económicos caracterizados por situaciones de extrema pobreza en países de África, Asia y en menor medida en América Latina. Son ejemplos arquetípicos de estas tecnologías los reactores de biomasa, algunos sistemas energéticos de bajo costo (basado en energía solar eólica, técnicas constructivas para viviendas sociales y sistemas de cultivo agroecológico (Nitzia Acosta, et al, 2010).

Bajo el marco conceptual anterior se puede concebir el Desarrollo Tecnológico como la necesaria instrumentación e innovación de tecnologías para responder a los problemas de desarrollo territorial en escenarios socio económicos caracterizados por inequidad, pobreza, exclusión, las cuales deben permitir la ampliación de coberturas en los programas sociales, con oportunidad, continuidad y calidad, tomando en cuenta los principios científicos, la realidad económica y la aceptación comunitaria.

El componente de Desarrollo Tecnológico propuesto se concibe a través de tres elementos constitutivos que son: 1) Las redes de servicios integradas e integrales, 2) Sistema unificado de información y, 3) La gestión del conocimiento y de tecnologías.

4.1 Redes de servicios integradas e integrales

La Ley 1438 de 2011 en el artículo 60 definió las redes integradas de servicios de salud como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda.

Igualmente, en el artículo 61 se establece que *“la prestación de servicios de salud dentro del sistema general de seguridad social en salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional*

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

determinado. Las redes de atención que se organicen dispensarán con la suficiencia técnica, administrativa y financiera, los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación que demande el cumplimiento eficaz de los planes de beneficios. Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar, y ofrecer los servicios a sus afiliados de manera integral, continua, coordinada y eficiente, con portabilidad, calidad y oportunidad, a través de las redes.”

Beneficios de las Redes:

Las redes de prestación de servicios de las entidades, instituciones, organizaciones que intervienen en los diferentes determinantes sociales de la salud y del desarrollo territorial tienen los siguientes beneficios, entre otros:

- Diversos estudios sugieren que las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) pudieran mejorar la accesibilidad a los sistemas de prestación de servicios, reducir la fragmentación en la prestación de los mismos; mejorar la eficiencia global de los sistemas; evitar la duplicación de infraestructura y servicios; disminuir los costos de producción; y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas (Dowling WL, 1999; WAN, T.T.H. et al. 2002; LEE, S.D, et al., 2003; ALETRAS, V, et al, 1997; SOLER, J.L.P, 2003).
- La continuidad en la prestación de los servicios se asociaría a mejoras en la efectividad de la intervención, en la capacidad de respuesta de los servicios, en la aceptabilidad de los servicios, y en la eficiencia de los sistemas de prestación de servicios.
- Desde la perspectiva del usuario, las RISS facilitarían el acceso oportuno a servicios en cualquier nivel de la cadena de prestación de servicios; evitaría la duplicación/repetición innecesaria de datos y registros, de procedimientos y trámites burocráticos; mejorarían los procesos de decisión compartida entre el prestador y el usuario; y facilitarían la implementación de estrategias de auto-gestión y seguimiento de las intervenciones.
- Las RIS desarrollan vínculos más profundos con los individuos, las familias y la comunidad, y con el resto de los sectores sociales, facilitando así la participación social y la acción intersectorial.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

- Las RISS pueden incorporar los enfoques interculturales y de género en la prestación de los servicios. Implica el grado de conocimiento que el personal de la red tiene sobre la persona; que haya empatía, respeto y confianza entre los actores.
- Las RISS pueden brindar una atención centrada en la persona, la familia y la comunidad/territorio. El enfoque familiar y comunitario significa que la atención aborda los problemas del individuo en el contexto de sus circunstancias familiares, de sus redes sociales y culturales, y de las circunstancias en las cuales las personas viven y trabajan. Este enfoque vincula también al enfoque centrado en los derechos (y en ocasiones deberes) de las personas.

Atributos de las Redes

Las redes deben tener los siguientes atributos esenciales para un funcionamiento adecuado:

1) Población y territorio a cargo definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud:

Las RISS deben ser capaces de identificar claramente las poblaciones y las áreas geográficas bajo su responsabilidad. El conocimiento de la población y el territorio a cargo permite elaborar perfiles de la situación de salud de la población, en particular de los grupos más vulnerables, y de su entorno medioambiental. La meta es generar una base de datos sobre la comunidad capaz de ser actualizada, facilitando así la planificación actual y futura de los servicios de salud. Implica también la capacidad de elaborar proyecciones sobre las necesidades, demandas y oferta futura de servicios de salud que incluyen el número, composición y distribución del personal de salud; recursos físicos; y programas de salud necesarios para cubrir las necesidades de salud de la población bajo su responsabilidad.

2) Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública (OPS 2007).

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

Las RISS se preocupan por atender tamaños poblacionales óptimos para facilitar el acceso a los servicios en oferta; garantizar estándares de calidad en aquellos servicios de especialidad cuyo nivel de calidad depende del volumen de entrega (por ejemplo cirugía cardíaca o trasplante); y maximizar las economías de escala para la operación de la red.

Las RISS disponen de todos los niveles de atención, proveen servicios electivos y de urgencia, y proporcionan cuidados agudos, de largo plazo y paliativos. Dado que su enfoque principal es mantener a la población sana, las RISS se preocupan de enfatizar la entrega de servicios de salud pública y de promoción de la salud. Las RISS procuran asegurar una distribución equitativa de sus unidades operativas y la proximidad geográfica a la población servida.

Las RISS se preocupan de integrar entre sí los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas; los servicios de salud personales; y los servicios de salud pública. En situaciones donde los gestores de servicios de salud no cuentan con todos los niveles de atención ni con todos los servicios necesarios, la materialización de este atributo se puede lograr mediante la integración virtual con proveedores de distinta naturaleza.

Las RISS son integradoras y coordinan las intervenciones en la prestación de servicios para satisfacer las necesidades de la población.

Las RISS facilitan el flujo de información a través de toda la red de servicios, sin importar donde se ubica el sitio de atención.

3) Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.

En una RISS, el primer nivel de atención juega un papel clave en el funcionamiento adecuado de la red como un todo. El primer nivel de atención funciona como puerta de entrada al sistema y garantiza el acceso equitativo a servicios esenciales a toda la población. Este nivel provee cuidado integral capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a largo del tiempo y durante todo el curso de vida. Es el componente de la red que desarrolla los vínculos más profundos con los individuos, las familias y la comunidad, y con el resto de los sectores sociales, facilitando así la participación social y la acción intersectorial.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

El primer nivel de atención desempeña además un papel muy importante en la coordinación del continuo de servicios y del flujo de información a través de toda la red de servicios, sin importar donde se ubica el sitio de atención. También es el nivel más crítico para lograr la integración operativa de los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones.

4) Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios.: las RISS deben propiciar procesos de reingeniería de sus hospitales que involucran, por una parte, la adopción de esquemas de cirugía ambulatoria y hospital de día, el desarrollo de cuidados en el hogar y la creación de centros ambulatorios de especialidad, y por otra parte, la focalización del cuidado intrahospitalario en el manejo de pacientes que requieren cuidado agudo intensivo.

5) Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud. Uno de los retos de las RISS es gestionar enfermedades crónicas múltiples y complejas que “cruzan” el continuo de servicios y que requieren de diferentes sitios de tratamiento y rehabilitación. Al respecto, no existe una combinación ideal de mecanismos de coordinación, sino que éstos dependerán de cada situación en particular y, en concreto, del grado de incertidumbre, especialización e interdependencia de las tareas. En términos generales, las situaciones que requieren de mayores niveles de coordinación asistencial se observan en problemas de salud complejos que presentan un elevado nivel de incertidumbre e interdependencias, y por lo tanto requieren de modelos de co-provisión de servicios. La coordinación del trabajo mediante mecanismos de coordinación orgánicos que favorecen la comunicación entre profesionales que intervienen en un mismo proceso asistencial, es más eficaz para coordinar la atención de problemas de salud complejos que presentan un elevado nivel de incertidumbre e interdependencias. Ejemplos de esta última forma de coordinación son los grupos de trabajo interdisciplinarios, los diseños organizacionales matriciales y la gestión de casos (Vázquez ML, Vargas L. 2007)

6) Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población: las RISS se caracterizan por brindar una atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad/territorio. El cuidado centrado en la persona significa que este se enfoca en la “persona como un todo”, es decir, el cuidado considera las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de la persona a lo largo de todo su curso de vida. Lo anterior significa también que los servicios de salud incorporan los enfoques interculturales y de género en el

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

cuidado de la salud. Implica el grado de conocimiento que el personal de salud tiene sobre la persona; que el cuidado se adapte a las necesidades específicas de la persona; que haya empatía, respeto y confianza; y que el proceso de decisión clínica sea compartido entre el proveedor y la persona (Leopold N, 1996) Significa facultar a las personas para que gestionen mejor su salud mediante estrategias tales como la educación para la salud, el autocuidado y la autogestión de la enfermedad. El cuidado centrado en la persona se vincula también al enfoque centrado en los derechos (y en ocasiones deberes) de las personas o pacientes con respecto a la atención sanitaria.

Por otra parte, el enfoque familiar y comunitario significa que el cuidado aborda los problemas del individuo en el contexto de sus circunstancias familiares, de sus redes sociales y culturales, y de las circunstancias en las cuales las personas viven y trabajan.

Por último, significa también que las familias y las comunidades son, en sí mismas, receptoras en ocasiones prestadoras de servicios de salud (ej. cuidados en el hogar), respetando las diversidades de género, culturales, étnicas y de otro tipo que pudieran existir dentro de la comunidad.

7) Un sistema de gobernanza (Sinclair D, 2005) único para toda la red. Las dimensiones de la gobernanza son el control, la estructura o la composición y el funcionamiento. El control se refiere al grado de centralización del gobierno, que puede variar desde un órgano de gobierno único hasta múltiples órganos descentralizados que desempeñan distintas funciones y tienen distintas responsabilidades.

Las RISS tienen como responsabilidad formular los fines de la organización; coordinar a los diferentes entidades que componen la red; asegurar que los objetivos y estrategias sean consistentes a través de toda la red; asegurar que la red alcance un nivel de desempeño óptimo a través del monitoreo y evaluación de los resultados, el desempeño y los procesos de la red; normalizar las funciones técnicas y administrativas de la red; asegurar una financiación adecuada para la red; y asumir la efectividad del desempeño propio de la red. En la composición del órgano de control de las redes pueden incluir representantes de las comunidades y de las unidades operativas que integran la red. La complejidad de las RISS requerirá la presencia de miembros con gran dedicación y una preparación específica, y asumir la efectividad del desempeño propio como órgano de control (Vázquez, Vargas I (2007). El Estado debe legislar para garantizar que el **Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud** sea el ente articulador y coordinador de las redes.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

8) Participación social amplia. Las RISS desarrollan las capacidades de las comunidades para convertirse en socios activos en la gobernanza y la evaluación del desempeño de la red.

9) Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico. Los arreglos de gestión de la red dependerán de su tamaño (población cubierta, área geográfica cubierta, fuerza de trabajo empleada, etc.) y nivel de complejidad (tipo de establecimientos de salud, existencia de centros de referencia nacionales o regionales, existencia de funciones docentes o de investigación, etc.). Las RISS de gran tamaño y mayor complejidad requieren diseños organizacionales más refinados que buscan la delegación del poder de decisión y la coordinación organizacional.

Las RISS desarrollan además sistemas de garantía/mejoramiento continuo de la calidad de la atención con el objetivo de promover una cultura de excelencia clínica a través de toda la red.

Las RISS buscan centralizar e integrar las funciones de apoyo clínico (por ejemplo, servicios de laboratorio clínico y radiología) y de compra, almacenamiento y entrega de medicamentos e insumos médicos para promover la eficiencia global de la red, al mismo tiempo que implementan mecanismos de gestión y evaluación de tecnologías médicas para racionalizar la incorporación de éstas. También las RISS buscan compartir los sistemas de apoyo logístico.

10) Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la Red: Los recursos humanos son el capital más importante que posee una RISS. El número, distribución y competencias de estos recursos humanos se traducen directamente en la disponibilidad de servicios apropiados para cubrir las necesidades de la población y el territorio. En este sentido la definición de la composición de los equipos básicos de salud con relación a la cobertura geográfica asignada es indispensable y es el referente base para la planificación y dotación del recurso humano de la red.

Las RISS examinan el papel del personal de la salud desde la perspectiva de la salud pública y la respuesta clínica, así como desde una perspectiva de estructura y gestión organizacional.

Las RISS requieren un conjunto de habilidades y líneas de responsabilidades distintas a las requeridas por los servicios de salud tradicionales, también requieren la elaboración de un plan de desarrollo organizacional para lograr las

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

transformaciones deseadas y de procesos sistemáticos de educación permanente para ajustar las competencias de los equipos de trabajo. En un sentido más amplio, las RISS requieren de políticas nacionales de formación y gestión de recursos humanos que sean compatibles con las necesidades del trabajo en red.

Como ya se menciona los recursos humanos “son el componente esencial de los sistemas de salud, pero están inadecuadamente preparados para trabajar en contextos basados en APS. Los complejos problemas que se observan en cuanto al personal de salud deben ser abordados a través de políticas de largo plazo, sostenibles e integrales, orientados no solamente a la superación de los tradicionales desajustes entre educación y servicios, sino también a resolver problemas de la migración, el pluriempleo/desempleo, de la carrera funcionaria y del logro de la competencia laboral”. (Mirta Roses, 2007)

Es por esto que es necesario la definición de las competencias de los equipos de salud, que permitiera orientar a los países en la preparación del personal de salud que requieren los sistemas de salud basados en la APS, considerando que:

- La cobertura universal requerirá un volumen adecuado de profesionales capacitados en atención primaria.
- Los recursos humanos deben planificarse de acuerdo a las necesidades de la población.
- La capacitación de los recursos humanos debe responder a las necesidades de salud y hacerse de forma permanente.
- Deben caracterizarse las capacidades del personal (perfil y competencias) que permitan su ajuste a una labor específica.
 - a. Además los grandes desafíos (OPS/OMS, 2007) que en materia de recursos humanos de salud tiene el país hace que se debe elaborar una propuesta donde se formulen planes de acción a largo plazo (una década):
 - b. Definir políticas y planes para la adecuación de la fuerza de trabajo a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
 - c. Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

- d. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.
 - e. Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.
 - f. Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población.
- 11) Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
- 12) Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la Red. Las RISS deben implementar un sistema de incentivos y rendición de cuentas que busque promover la integración de la red como un todo, el tratamiento de los problemas de salud en el lugar más apropiado del continuo asistencial, y la promoción y preservación de la salud de las personas y del medioambiente.
- El sistema de asignación de recursos debe permitir responsabilizar a cada unidad operativa, tales como hospitales y equipos del primer nivel de atención, tanto de los costos directos, como de los costos que genera sobre el resto de la red. Las RISS deben incorporar **mecanismos de asignación de recursos e incentivos financieros** que busquen fomentar la coordinación entre los proveedores de servicios y el abordaje del problema de salud en el lugar más apropiado dentro del continuo asistencial (Ortún-Rubio, V.; López-Casasnovas 2002).
- 13) Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud. Las RISS desarrollan vínculos con otros sectores para abordar los determinantes más “distales” de la salud y la equidad en salud. La acción intersectorial puede incluir la colaboración con el sector público, con el sector privado y con organizaciones civiles tales como las organizaciones comunitarias,

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

las organizaciones no-gubernamentales y las organizaciones de carácter religioso. La acción intersectorial puede incluir la colaboración con los sectores de educación, trabajo, vivienda, alimentos, ambiente, agua y saneamiento y protección social, entre otros. Para ser exitosos en la colaboración intersectorial se requieren niveles crecientes de competencias técnicas, habilidades gerenciales y valores compartidos entre los sectores que se desean integrar.

14) Gestión basada en resultados. La Gestión Basada en Resultados (GBR) corresponde a una estrategia o enfoque por el cual una organización asegura que sus procesos, productos y servicios contribuyen al logro de resultados claramente definidos. La GBR provee un marco coherente para la planificación y la gestión estratégica a través de mejoras en las oportunidades de aprendizaje y rendición de cuentas de todos los actores que conforman las RISS tales como prestadores, gestores, aseguradoras y decisores de política.

El monitoreo y la evaluación del desempeño de las RISS presenta grandes desafíos técnicos, como son la necesidad de un enfoque sistémico de evaluación, dificultades metodológicas inherentes al enfoque sistémico y la escasa disponibilidad y comparabilidad de datos.

Es importante que las RISS realicen investigaciones operativas con fines diversos tales como perfeccionar el diagnóstico de la situación de salud o contribuir a las evaluaciones de desempeño y resultados de la red. Para realizar lo anterior, las RISS pueden desarrollar capacidades propias y/o gestionar la presencia de entidades especializadas en investigación.

El logro de resultados como su orientación central, al definir resultados esperados realistas, monitoreando y evaluando el progreso hacia el logro de los resultados esperados, integrando las lecciones aprendidas dentro de las decisiones de gestión y reportando el desempeño (Internacional Trade Center UNCTAD/WTO, 2010)

Servicios integrales e integrados de salud. La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a 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 es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. Para que sea integrada, la APS requiere de la coordinación de todos los niveles de atención del sistema de salud.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

Usualmente los problemas de las personas no son como los describen los libros de texto, ni siguen un patrón definido o un síndrome característico. Los proveedores deben utilizar diversos enfoques preventivos o de diagnóstico, de tratamiento curativo o de atención domiciliaria a corto o largo plazo, rehabilitación y en ocasiones movilizar la atención de los servicios sociales. El poseer todos estos servicios integrados cercanos al paciente, reducen la dependencia de los servicios altamente especializados (Vilaça M, 2009).

La *continuidad en la atención* es un elemento distintivo de la atención primaria. Implica continuidad a través del tiempo, lo que ofrece un conocimiento acumulado de su paciente, sus preferencias, sus dificultades, permite una negociación en los manejos clínicos y un seguimiento concertado que se ajuste a las necesidades del paciente y oferta de servicios del centro, lo que redundará en una disminución en las rehospitalizaciones. Esta estrategia exige continuidad en la información clínica, mientras el paciente transita por otros servicios derivados o por hospitalizaciones agudas y continuidad en la información clínica mientras él envejece (OMS 2000).

Otro elemento distintivo es mantener en lo posible a un *médico permanente y de confianza como punto de acceso* que permitan el acceso libre a la población sin limitaciones y con cobertura universal, donde se pueda ingresar a servicios integrados preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y paliativos. Para ello se deben acercar los servicios de salud a la población.

Otra característica en los servicios de atención primaria consiste en *asignar una población determinada*, que puede ser por comuna y así ofrecerle servicios preventivos, programas de apoyo, de atención integral y de servicios paliativos, evitando demanda espontánea de los servicios que congestionan los servicios logrando que se atiendan a los más necesitados.

Se deben de fomentar los servicios extramurales, que facilitan las actividades sobre problemas específicos con otros sectores para llegar a la población marginal.

Finalmente, la última estrategia se orienta a la *coordinación de los servicios de su población*, apoyados por equipos especializados, cambiar la tradicional pirámide fundada en el hospital de alto nivel de complejidad por una red integrada de servicios locales, logrando una red de cooperación y coordinación y evitando un sistema de derivación con jerarquía vertical.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

Integración de las Redes de servicios.

Las redes de servicios de salud pueden integrarse según la tipología de la siguiente forma:

Integración horizontal: La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en la misma fase del proceso de producción de servicios. Se opera en los planes de desarrollo con la definición de ejes temáticos y líneas de intervención (Alistamiento).(Shortell SM, et al, 1993).

Integración vertical: La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en distintas fases del proceso de producción de servicios. Se opera con la participación de los sectores de manera intrainstitucional y transinstitucional (Movilización).(Shortell SM, et al, 1993)

Integración real: Es la integración mediante el control y la propiedad directa de todas las partes del sistema (propiedad unificada de los activos).Se opera con la creación de las diferentes redes de salud, sociales y comunitarias con la participación de todos los sectores de manera intersectorial. (Ejecución). (Satinsky MA 1998).

Integración virtual: Integración a través de relaciones, y no la propiedad de los activos, como medio para colaborar dentro de los componentes de un sistema. Modalidad que puede utilizar acuerdos, alianzas estratégicas, afiliaciones, o franquicias, las cuales “simulan” los beneficios de la propiedad de los activos. Este tipo de integración puede coexistir con la propiedad de los activos. Se opera con la integración de los sistemas de información (monitoreo, seguimiento y evaluación) (Satinsky MA 1998).

4.2 Sistema unificado de información

Existen varias definiciones acerca del Sistema Unificado de Información:

- Es un conjunto de elementos interrelacionados para prestar atención de las demandas de información de una organización para elevar el nivel de conocimiento que permita el mejor apoyo a la toma decisiones y al desarrollo de acciones (Peña, 2006).

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

- Es el estudio que trata la inserción y el uso de la tecnología de la información en las organizaciones, instituciones y la sociedad en general (Ciborra, 2002).
- La OMS en 1973 lo definió como un *“mecanismo para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información que se requiere para la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios y también para la investigación y la docencia”*.

El Sistema de Información se desarrolla a través de las siguientes etapas: 1) Recolección, 2) Procesamiento, 3) Análisis, 4) Uso para la toma de decisiones y 5) Divulgación y socialización de la información.

El sistema de información de la Red Integrada de Servicios de Salud debe proveer una serie de datos básicos para satisfacer las necesidades de información de todos los miembros de la red, estos deben ser previamente consensados. Todos los sectores que hagan parte de la red deben estar vinculados con el sistema de información, aun cuando cada sector use o aporte total o parcialmente la base de datos del sistema.

El sistema de información debe ser consistente y debe proporcionar datos e información para la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación del Plan Decenal de Salud. Esta información debe contener datos, entre otros, sobre la situación de la población, información sobre los determinantes sociales (ambiente, vivienda, empleo, escolaridad, etc.), sobre la demanda y la utilización de los servicios; información operacional sobre la trayectoria de los usuarios (independiente del sitio de atención); información clínica, epidemiológica; información sobre la satisfacción de los usuarios; e información económica (facturación, tipo de afiliación, costos de servicios, etc.).

Por otra parte, algunos de los elementos básicos que el sistema de información debe poseer son un sistema de integración de aplicaciones que vincule los diferentes sistemas dentro de la red; un identificador común y único para cada persona/paciente; una definición común de términos y definiciones de estándares; y una base de datos accesible para todos los miembros de la red que preserve la confidencialidad de la información. (Gates M 1996).

Un aspecto importante vinculado a los sistemas de información es la necesidad que las RISS realicen investigaciones operativas con fines diversos tales como perfeccionar el diagnóstico de la situación de salud o contribuir a las evaluaciones de desempeño y resultados de la red. Para realizar lo anterior, las RISS pueden

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

desarrollar capacidades propias y/o contratar servicios con empresas consultoras, universidades u otras entidades especializadas en investigación.

Los **sistemas de información de salud** deben responder a la necesidad de establecer un sistema de evaluación del estado de salud de la población y de las actividades de promoción, prevención y de asistencia sanitaria. (Vásquez, et al, 2009)

La OMS en 1973 lo definió como un “mecanismo para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información que se requiere para la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios y también para la investigación y la docencia”. (OMS, 2008)

La información necesaria se puede clasificar en tres tipos, clínica, epidemiológica y administrativa.

Información Clínica. Para que la información permita identificar grupos de riesgos y facilite la toma de decisiones clínicas se requieren algunos documentos básicos: la historia clínica, el registro de morbilidad y las hojas de consulta. Esto no significa que sean los únicos, ya que existen otros que también se utilizan con frecuencia en la APS y que complementan de alguna forma los anteriores (hojas de interconsultas-derivación al nivel secundario de atención, atención domiciliaria, utilización de pruebas diagnosticas, entre otras). (PAHO/WHO 2007)

El manejo de información requiere ciertas habilidades, como la de conocer los sistemas de información de salud, y más específicamente el manejo de registros e indicadores ya sea para la toma de decisiones o para investigación.(Dowling, WL,1999)

Información epidemiológica. Existen cuatro aplicaciones fundamentales de la Epidemiología en Atención Primaria en Salud:

- Analizar la situación de salud de la comunidad
- Investigar los factores de riesgo de una enfermedad,
- Evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias
- Evaluar la utilidad de las pruebas diagnosticas. (Gillies, et al, 1993)

Información administrativa.La información administrativa está relacionada con la planificación, el suministro de los servicios de salud, la evaluación de los servicios respecto a las poblaciones a los que van dirigidos y el conocimiento básico en que descansa la mejora de la provisión sanitaria. Las funciones administrativas

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

tradicionales requieren de la obtención y transferencia de información para seguir la evolución de los procesos de prestación de los servicios de salud.

Utilidad de la información en la estrategia de atención primaria en salud.

El sistema unificado de información debe permitir y apoyar: a) Atención individual/de grupos. b) Planificación de servicios. c) Gestión institucional y de servicios. d) Evaluación y control de la calidad. e) Formación recurso humano. f) Investigación e innovación. g) Cumplimiento de requerimientos legales

4.3 Gestión del conocimiento y de tecnologías

La consigna asumida por el Programa de Recursos Humanos de la OPS fue el definir el médico que cada país necesita, “buscando la reorientación de la formación para atender a la comunidad y en particular mejorar la comprensión de los determinantes sociales y económicos que influyen la formación y la práctica profesional.” (16 Ferreira JR. 2007).

Una propuesta que cobró relevancia en el continente a partir de 1976 para acercar la formación de los médicos hacia la comunidad es la relacionada con la “integración-docente-asistencial”. Con estos procesos y a la vez estrategia educativa, se intentó buscar aproximaciones sucesivas entre la formación, el servicio y la investigación, fundamentalmente a nivel local.

Con este concepto se entiende el proceso de creciente articulación entre instituciones de educación y el ente territorial, para mejorar las condiciones de vida, disminuir las inequidades, orientar la producción de conocimientos y la formación de personal, tomando como base el perfil epidemiológico y los diagnósticos sectoriales e institucionales, en un determinado contexto poblacional y regionalizado, que permita la continuidad del proceso educacional (proceso de educación permanente) que nazca en el trabajo y sea capaz de transformarlo. (17 Vidal Layseca C. 2004)

En un principio, los propósitos fundamentales de esta estrategia buscaban acercar la educación a la práctica con el objeto de mejorar las condiciones de vida de la población, mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje, garantizar una práctica social adecuada a las necesidades reales de la población y lograr la participación de la comunidad en forma activa y consciente a las causas que originan los problemas de las poblaciones. A esta idea se le agregó como criterio “la participación temprana y equilibrada del alumno en todos los niveles de atención,

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

en una región de salud, con predominio de las actividades de atención primaria.”¹⁸ (Ferreira JR.1979)

Para el caso de salud una de las conclusiones principales de estas experiencias es que tanto la decisión política de gobiernos como la de las universidades fueron fundamentales para el desarrollo de las comisiones de integración docente-asistencial y las propuestas de integración conjunta.

Experiencias publicadas desde Sudán hasta EUA muestran que la asociación de la universidad con los gobiernos y la comunidad puede significar una mejoría de las condiciones de salud de la población; este no es un concepto nuevo ya que estas publicaciones tienen más de 20 años.

La Gestión del Conocimiento y de Tecnologías debe estar en estrecha relación con el ente territorial y las instituciones, grupos y personas que producen diferentes conocimientos y tecnologías.

Es necesario crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas tanto técnicas, tecnológicas y universitarias y el ente territorial para que sea posible adaptar la educación del recurso humano de manera universal y equitativa que satisfaga las necesidades de toda la población, y hacerse de forma permanente y continua.

También, se requiere definir y desarrollar políticas y mecanismos que garanticen las condiciones adecuadas para formar el recurso humano, y generar investigación participativa aplicada al ente territorial.

De igual forma, se deben desarrollar redes de investigación como estructuras multidisciplinarias, multicéntricas, que contribuyan a establecer canales de comunicación entre grupos de investigación con intereses similares para facilitar la colaboración y compartir recursos para ayudar a ser competitivos en el marco de la investigación en todas las áreas. (Fernández, 2005)

Es importante la definición de las competencias del talento humano que permita orientar la preparación del personal que se requiere en el ente territorial, siempre basados en dar respuesta a las necesidades del mismo.

Involucramiento del Estado

Es evidente que en la medida que el gobierno tome la rectoría del proceso se facilita la aproximación con las entidades formadoras.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

Si el Estado determina con firmeza la reorientación en el sentido de generar la política de la Atención Primaria, este cambio lleva a la necesidad de modificar los planes de educación de las diferentes profesiones.

La universidad a su vez, puede hacer un aporte a las necesidades del Estado, estos se relacionan con la necesidad de apoyar la reconversión de profesionales y el aprendizaje continuo. Asimismo, puede significar dotar de herramientas de investigación a esos profesionales para contribuir al conocimiento de su propia práctica. Las universidades pueden aportar conocimiento y manejos de medios educacionales no convencionales. Todo esto requiere de ellas incorporar a su misión el servir a la comunidad en la que están insertas; significa un cambio en la visión de la universidad.

Aproximación de indicadores de cumplimiento del componente desarrollo tecnológico

Red de servicios de salud

- Sistema de Referencia y Contrarreferencia funcionando entre las IPS y con la Medicina Alternativa.
- Número de IPS con contratos de APS ejecutados /total de IPS
- Número de equipos locales operando / Total de equipos locales necesarios
- Número de equipos regionales operando / Total de equipos regionales necesarios
- Planes, programas y proyectos para la atención en salud a la población total (asegurados y no asegurados) incluidos en el Plan Local de salud y Plan de Desarrollo.
- Recursos técnicos y financieros de cooperación nacional e internacional ejecutados

Redes de servicios sociales

- Red de servicios sociales operando
- Planes, programas y proyectos para la atención en áreas sociales a la población total (asegurados y no asegurados) incluidos en el Plan Local de Salud y Plan de Desarrollo.
- Planes de acción de las instituciones de la Red de Servicios Sociales articulados con la red de salud.
- Recursos técnicos y financieros de cooperación nacional e internacional ejecutados.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

Sistema de información

- Implementación del sistema de información para la recolección, procesamiento, análisis y difusión de la información

Avances tecnológicos y del conocimiento

- Elaboración de convenios docente – asistenciales con las universidades y otras instituciones productoras de conocimiento y de tecnologías.
- Adopción y adecuación de una política de Investigación aplicada a servicios de Salud.

5. Lineamientos para la implementación del componente desarrollo administrativo en el sector salud

Este componente definido como “el desarrollo organizacional según niveles de complejidad y el fomento de la capacidad gerencial y operativa de los agentes de atención primaria” (Claros LM, Grigoriu RC, 1994) definición que continua vigente, en el entendido del fortalecimiento y mejoramiento continuo del desarrollo territorial.

En La Ley 489 de 1998, artículo 15, este desarrollo es definido como: “un conjunto de políticas, estrategias, metodologías, y manejo de los recursos humanos, técnicos, materiales, físicos, y financieros de las entidades de la Administración Pública, orientado a fortalecer la capacidad administrativa y el desempeño institucional, de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional.

Políticas de desarrollo administrativo. Las políticas de desarrollo administrativo formuladas por el Departamento Administrativo de la Función Pública y adoptadas por el Gobierno Nacional tendrán en cuenta, entre otros, los siguientes aspectos:

- Diagnósticos institucionales.
- Racionalización de trámites, métodos y procedimientos de trabajo.
- Ajustes a la organización interna de las entidades, relacionadas con la distribución de competencias de las dependencias o con la supresión, fusión o creación de unidades administrativas fundamentadas en la simplificación de los procedimientos identificados y en la racionalización del trabajo.
- Programas de mejoramiento continuo de las entidades en las áreas de gestión, en particular en las de recursos humanos, financieros, materiales,

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

físicos y tecnológicos, así como el desempeño de las funciones de planeación, organización, dirección y control.

- Adaptación de nuevos enfoques para mejorar la calidad de los bienes y servicios prestados, metodologías para medir la productividad del trabajo e indicadores de eficiencia y eficacia.
- Estrategias orientadas a garantizar el carácter operativo de la descentralización administrativa, la participación ciudadana y la coordinación con el nivel territorial.
- Identificación de actividades obsoletas y de funciones que estén en colisión con otros organismos y entidades, que hubieren sido asignadas al nivel territorial, o que no correspondan al objeto legalmente establecido de las entidades.
- Estrategias orientadas a fortalecer los sistemas de información propios de la gestión pública para la toma de decisiones.
- Evaluación del clima organizacional, de la calidad del proceso de toma de decisiones y de los estímulos e incentivos a los funcionarios o grupos de trabajo.
- Identificación de los apoyos administrativos orientados a mejorar la atención a los usuarios y a la resolución efectiva y oportuna de sus quejas y reclamos.
- Diseño de mecanismos, procedimientos y soportes administrativos orientados a fortalecer la participación ciudadana en general y de la población usuaria en el proceso de toma de decisiones, en la fiscalización y el óptimo funcionamiento de los servicios. (ley 489 de 1998 artículo 17)

El componente administrativo para la Atención Primaria está compuesto por cuatro procesos: a) Planeación, b) Organización, c) Dirección, d) Evaluación (Claros LM, Grigoriu RC, 1994) y dentro de cada uno de ellos se encuentran inmersos una serie de subprocesos que permiten adaptar la estrategia de Atención Primaria a los contextos políticos, sociales y culturales del país, ajustando la realidad existente a nivel económico, de coberturas en los programas sociales, de dinámica demográfica entre otras, a la normatividad vigente buscando que la AP contribuya a dar respuesta a la necesidad de bienestar del individuo y al desarrollo territorial en Colombia. (OPS, 2008)

5.1 Proceso de Planeación

El proceso de planeación de la estrategia de Atención Primaria en Salud está inmerso en el proceso de planeación a nivel nacional con la construcción del Plan Decenal de Salud Nacional, respetando lo dispuesto en la Ley 152 de 1994

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

respecto a los principios generales que rigen las actuaciones de las autoridades nacionales, territoriales y regionales. Se debe garantizar entre otras la coherencia y la articulación entre la planificación nacional y la de las entidades territoriales, en este orden de ideas, la Atención Primaria en Salud debe quedar evidenciada en el Plan Decenal Nacional y en los Planes Decenales Territoriales.

La ley 152 de 1994, ley orgánica de la planeación del país, en su artículo 4 establece que el Plan de Desarrollo está compuesto por dos elementos que son el plan estratégico y el plan de inversiones.

Plan estratégico: La planeación estratégica proporciona el marco teórico para la acción que se halla en la mentalidad de la organización y sus empleados. (Ballesteros B, 2007)

Plan de inversiones: El plan de inversiones de las entidades públicas del orden nacional incluirá principalmente:

- a. La proyección de los recursos financieros disponibles para su ejecución y su armonización con los planes de gasto público;
- b. La descripción de los principales programas y subprogramas, con indicación de sus objetivos y metas nacionales, regionales y sectoriales y los proyectos prioritarios de inversión;
- c. Los presupuestos plurianuales mediante los cuales se proyectarán en los costos de los programas más importantes de inversión pública contemplados en la parte general;
- d. La especificación de los mecanismos idóneos para su ejecución. (ley152, 1994)

Financiación:

Los recursos para financiar la implementación de la estrategia de Atención Primaria deben provenir de todos los sectores y deben estar evidenciados en los planes de inversión del plan de desarrollo a nivel nacional y territorial.

La Constitución Nacional en el artículo 339 dispone que el plan de inversiones públicas contenga los presupuestos plurianuales de los principales programas y proyectos de inversión pública nacional y la especificación de los recursos financieros requeridos para su ejecución.

La prestación del servicio que le corresponde al sector salud se financiará según el artículo 42 de la ley 1438 con: Los recursos del componente de salud pública del **Sistema General de Participaciones** que trata Ley 715 de 2001; Los recursos

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

de la **Unidad de Pago por Capitación** destinados a promoción y prevención del **régimen subsidiado y contributivo** que administran las Entidades Promotoras de Salud; los recursos de la **subcuenta de promoción y prevención del Fosyga**; los recursos de **promoción y prevención que destine del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT)**, que se articularán a la estrategia de Atención Primaria en Salud; Los recursos que destinen y administren las **Aseguradoras de Riesgos Profesionales para la promoción y prevención**, que se articularán a la estrategia, de Atención Primaria en Salud; Recursos del **Presupuesto General de la Nación para salud pública**; Los recursos que del **cuarto (1/4) de punto de las contribuciones parafiscales de las Cajas de Compensación Familiar** se destinen a atender acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en Salud, Otros recursos que destinen las entidades territoriales. Adicionalmente, los **Recursos del Fondo de Riesgos Profesionales para Prevención y Promoción** del que trata el artículo 43 de dicha ley.

Las instituciones responsables de la ejecución de estos recursos concurrirán, con los porcentajes que se establezcan para la implementación, ejecución seguimiento y evaluación de la EAP, los cuales financiaran el plan de inversiones del plan Decenal de Salud Pública Territorial.

Los recursos han de ser los apropiados para las necesidades de salud, deben de ser determinados por un análisis de la situación de salud fundamentado en información del nivel comunitario, así como el presupuesto necesario para prestar una atención integral de alta calidad. Los recursos deben ser suficientes para lograr el acceso y cobertura universal, teniendo en cuenta que la disponibilidad de estos puede variar de acuerdo a los sectores. (OPS, 2005)

Metodológicamente el proceso de planeación debe ser participativo, como reza en la Constitución Nacional de 1991, esto permite obtener información importante sobre las características de la demanda social.

La participación en la planeación, en la gestión y en el control, al contrario de lo que generalmente piensan los gobernantes, son valores agregados de la gestión y permiten, por medio de la concertación, que el gobierno se ejerza sobre un complejo dinámico con capacidad de respuesta y de interlocución y no sobre una masa pasiva (Universidad Nacional, 2006)

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

Herramientas y Metodologías para la planeación.

a. Metodologías Participativas.

Desde la constitución se plantean las metodologías participativas en los procesos de planeación, estas metodologías pretenden que la población local tenga capacidad para analizar y reflexionar colectivamente, en profundidad y de forma crítica su realidad. Adicionalmente, los ciudadanos se conviertan en sujetos activos protagonistas de la gestión y transformación de los asuntos que los afectan (Montereal L, 2011)

b. Planes de acción.

El Plan de Acción es una herramienta que permite alcanzar los propósitos planteados mediante una adecuada definición de objetivos y metas. Además de articular estratégicamente acciones, talento humano, recursos disponibles, definir indicadores que faciliten el seguimiento y la evaluación de las acciones para la toma de decisiones informadas.

c. Análisis estratégico (Matriz DOFA).

El análisis DOFA es una de las herramientas esenciales que provee los insumos necesarios al proceso de planeación estratégica, proporcionando la información necesaria para la implantación de acciones y medidas correctivas y la generación de nuevos o mejores proyectos de mejora. (Instituto Politécnico Nacional, 2002).

Como herramientas también se deben tener presente los **presupuestos** que nos permiten hacer control sobre el recurso y los **cronogramas** que permiten designar responsabilidades tanto en tiempos, personas como en productos.

5.2 Proceso de organización

El proceso organizacional se fundamenta en el liderazgo organizacional el cual Acosta Daniel retoma de Marín-Zamora (1998) y lo definen como “el desarrollo de un sistema completo de expectativas, capacidades y habilidades que permite identificar, descubrir, utilizar, potenciar y estimular al máximo la fortaleza y la energía de todos los **recursos humanos** de la organización, elevando al punto de mira de las personas hacia los objetivos y metas planificadas más exigentes, que incrementa la productividad, la creatividad y la innovación del trabajo, para lograr el éxito organizacional y la satisfacción de las necesidades de los individuos. El sistema de liderazgo organizacional funciona como un conjunto de relaciones de liderazgo y de líderes, que se dividen el trabajo en los distintos niveles, unidades,

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

programas y proyectos de una organización, por medio de las que se busca el logro de objetivos y metas”.

Mecanismo de coordinación

A nivel Nacional la responsabilidad de la coordinación de la estrategia APS estará en cabeza del Consejo Nacional de Política Social (CONPES). A nivel territorial esta responsabilidad la asume los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

Talento humano

El talento humano en el contexto de Atención Primaria incluye a los profesionales y técnicos de las diferentes disciplinas y sectores, al personal directivo y administrativo, a los trabajadores comunitarios, gestores y personal de apoyo, estos deben poseer una combinación correcta entre habilidades y conocimientos en su desempeño, además de observar las normas éticas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto. Ello exige una planificación estratégica e inversiones alargo plazo en capacitación, empleo, incentivos para mantener al personal en su puesto, así como la ampliación y mejora de los conocimientos y las habilidades de los trabajadores ya existentes. (OPS,2005)

Calidad

La implementación de la estrategia no puede estar ajena a la normatividad vigente y debe armonizarse con el Sistema de Gestión de la Calidad. Los sistemas de salud basados en la AP requieren también de prácticas de organización y gestión óptimas que permitan la innovación para mejorar constantemente la provisión de atención de forma que sea segura, cumpla las normas de calidad, ofrezca lugares de trabajo satisfactorios para los trabajadores de la salud y dé respuesta a las necesidades de los ciudadanos, no siendo exclusivas de personas acomodadas (OPS. 2008)

La orientación hacia la calidad exige procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas y curativas, y para asignar los recursos de manera adecuada; para ello es preciso contar con métodos de garantía de calidad y de mejora continua de la misma. (OPS,2005).

Herramientas para la organización

Las herramientas para que la organización pueda cumplir exitosamente su misión, se compone de los **estatutos institucionales** que es la carta de navegación de la empresa, El **organigrama** es el mapa organizacional de la empresa donde se identifican las relaciones jerárquicas, el **manual de funciones** que le permite al talento humano identificar las funciones de los diferentes cargos de la institución, el grado salarial, el nivel jerárquico de los cargos de la institución, el perfil y los

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

requisitos de cada cargo, **reglamentos internos de la organización** que establece la reglamentación para regular las relaciones entre empleados y empleador, **los manuales de procedimientos** que describen las actividades y protocolos que deben seguirse en cada proceso y/o subproceso de la institución.

5.3 Proceso de Dirección

El direccionamiento de la Atención Primaria a nivel Nacional, estará en cabeza del Gobierno Nacional y a nivel Territorial será una responsabilidad de cada ente territorial que armonizará las competencias sectoriales establecidas en la Ley 715 de 2001 con los objetivos propuestos en la Estrategia de Atención Primaria.

El Ministerio de Salud actuará como uno de los sectores que se articula y coordina con los distintos sectores mediante interacciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población

Herramientas para la Dirección

Dentro de las herramientas para la dirección se tienen: los **mecanismos de comunicación** de la dirección con la organización que debe garantizar la fluidez interna de la comunicación llevando la información a todos los empleados y por los canales adecuados, las **evaluaciones de control interno** sobre la gestión gerencial, la **evaluación del clima organizacional**, el **liderazgo** (decisiones, motivación, sanciones) y **delegación de responsabilidades**.

5.4 Proceso de Evaluación

La evaluación es un proceso permanente de información y reflexión, que consiste en seleccionar información referida a personas, procesos, fenómenos y cosas, así como a sus interacciones, con el propósito de emitir juicios de valor orientados a la toma de decisiones.

Herramientas del proceso de evaluación.

En este proceso se deben utilizar: **listas de chequeo, indicadores, auditorías, medios de verificación del cumplimiento de metas**. La concepción de la evaluación en un enfoque de sistemas permite considerar elementos de estructura, proceso, resultado (Claros LM, Grigoriu RC, 1994).

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

Se plantean para la monitoría los siguientes indicadores:

Estructura

- Existencia de un Plan de Desarrollo Territorial que incluya la APS.
- Existencia de un responsable Territorial de coordinar la EAPS.
- Existencia de una estructura organizacional y mecanismos de coordinación de la EAPS a nivel Territorial.
- La Dirección Territorial trabaja en función de desarrollar la EAPS para el bienestar de la población
- Existencia de un Sistema que permita el Monitoreo y seguimiento a la EAPS

5.4.1 Proceso

- APS operando acorde al Plan de Desarrollo Territorial.
- APS con un responsable Territorial coordinando las acciones concertadas.
- Estructura organizacional y mecanismos de coordinación de la EAPS funcionando a nivel Territorial.
- Áreas demostrativas activas / Total de áreas demostrativas potenciales.
- Sistema Monitoreo y seguimiento a la APS operando.

5.4.2 Resultado

- Ente Territorial liderando el desarrollo de la APS.

La anterior propuesta de evaluación es tomada de la adaptación realizada por Luz Nelly Girón y Doris Revelo a la “Propuesta Metodológica para el seguimiento de la Gestión de la estrategia de Atención Primaria” de Luz Miriam Claros y otros. (1994)

6. Desafíos y retos en el corto plazo para la implementación de la estrategia de atención primaria en salud

La implementación de la atención Primaria como estrategia para el desarrollo territorial y en especial de la Atención Primaria en Salud como estrategia para lograr el mejoramiento de la salud, la creación de ambientes sanos y saludables, con servicios de calidad, incluyentes y equitativos, requiere de la ejecución de tareas en el corto plazo, para lo cual se plantean como lineamientos para la aplicación del modelo de implementación EAP y de los cuatro componentes de la misma propuestos, los siguientes:

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

Para el modelo Implementación de la Estrategia de Atención Primaria

- a) **Decisión política** de gobierno nacional para la implementación de la Atención Primaria como estrategia para el desarrollo social.
- b) **Establecer un período de transición** para la aplicación y desarrollo de la estrategia.
- c) **Definir y establecer metodologías para la aplicación de la AP** como estrategia del desarrollo territorial, y en particular del sector salud.
- d) **Generar cultura en todos los actores** del ente territorial para que la E AP sea la columna vertebral de los planes de desarrollo territorial y de los planes decenales de salud.
- e) **Definir metodología e instrumento de evaluación** de la EAP.
- f) **Establecer la línea de base** del grado de desarrollo de los cuatro (4) componentes de la EAP en el país.
- g) **Establecer como política pública la AP** como estrategia del desarrollo territorial para los sectores sociales.

Para los componentes Participación Social, Comunitaria y Ciudadana y la Acción Intersectorial/ Transectorial

- a) **Fortalecer la participación de segmentos sociales** secularmente excluidos de las decisiones públicas en el país, lo que significa colocar en primer plano la necesidad de defender y fortalecer las instituciones democráticas en el país.
- b) **Garantizar a nivel territorial la realización de las cuatro (4) fases** (Previa, Movilización, Participación y Resultados) para la implementación de la participación social, comunitaria y ciudadana y la Acción Intersectorial/ Transectorial.
- c) **Proponer y/o establecer metodologías, herramientas e instrumentos participativos** para el desarrollo del proceso.
- d) **Ajustar las funciones del Consejo Territorial de seguridad Social en Salud** para garantizar la participación de todos los actores en la promoción, deliberación y concertación del Plan Decenal de Salud y su posterior seguimiento y evaluación (Acuerdos 025 de 1995 y 057 de 1997).
- e) **Establecer un sistema de evaluación unificado** con indicadores básicos para el monitoreo, verificación y control de la participación de los diferentes actores en la planeación, ejecución y evaluación del Plan Decenal de Salud

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

Para el componente Desarrollo Tecnológico

- a) **Reglamentar el funcionamiento y la coordinación de las redes de servicios integradas e integrales** a nivel territorial donde se establezca la operación, integración y gobernanza de las mismas.
- b) **Establecer y reglamentar un Sistema unificado de información** que de cobertura en aspectos como Atención individual/de grupos, Planificación de servicios, Gestión institucional y de servicios, Evaluación y control de la calidad, Formación recurso humano, Investigación e innovación, Cumplimiento de Requerimientos legales.
- c) **Promover y fortalecer la Gestión del conocimiento y de tecnologías** para desarrollar políticas y mecanismos que garanticen las condiciones adecuadas para formar el recurso humano y generar investigación participativa aplicada al ente territorial.
- d) **Establecer un sistema de evaluación unificado** con indicadores básicos para el monitoreo, verificación y control del desarrollo tecnológico aplicado a la planeación, ejecución y evaluación del Plan Decenal de Salud.

Para el componente Desarrollo Administrativo

- a) **Fortalecer las instituciones y los sectores sociales** para la ejecución de los procesos de Planeación, Organización, Dirección y Evaluación aplicados a la formulación del Plan Decenal de Salud.
- b) **Apoyar las organizaciones sociales y comunitarias** para la ejecución de los procesos de Planeación, Organización, Dirección y Evaluación aplicados a la formulación del Plan Decenal de Salud.
- c) **Establecer un sistema de evaluación unificado** con indicadores básicos para el monitoreo, verificación y control del desarrollo administrativo aplicado a la planeación, ejecución y evaluación del Plan Decenal de Salud.
- d) **Ajustar la normatividad existente** (artículo 42 de la Ley 1438) de tal manera que los recursos para financiar las acciones de salud pública, atención primaria en salud, promoción y prevención, deben destinarse exclusivamente al financiamiento del Plan Decenal de Salud Pública territorial con objetivos, metas y resultados concertados en el Concejo Territorial de Seguridad Social en Salud.

III. Bibliografía

- ABELSON, J., FOREST, P.G., et al. (2001) Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes Research Working Paper: McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis.
- ACOSTA, DANIEL. Liderazgo Organizacional. Una propuesta para diagnosticarlo.
- ALETRAS, V., JONES, A. & SHELDON, T.A - Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B., SHELDON, T.A & POSNETT, J. – Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare, 1997.
- Aurelio Mejía-Mejía, Andrés F. Sánchez-Gandur y Juan C. Tamayo-Ramírez. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. Rev. salud pública. 9 (1):26-38, 2007
- ARANGO G., LÓPEZ M V., FERNÁNDEZ S Y., ARBELÁEZ M P., GÓMEZ GE. Política de descentralización en salud y respuesta social. El caso de una región colombiana. Universidad de Antioquia. 2004
- ARIAS L. et al, Construyendo Salud desde lo Local, El papel de la comunidad, 2006
- BALLESTEROS, BERNARDO. Planeación Estratégica: Guía Didáctica y Modulo. Fundación Universitaria Luis Amigo Facultad de Ciencias Administrativas, Económicas y Contables. Medellín-Colombia. 2007.
- Banco, Mundial. (1993). Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud: Washington D. C.
- BRUGUÉ, Q., FONT, J., et al. (2003) "Participación y democracia: asociaciones y poder local", en Movimientos sociales: cambios social y participación, M. Funes y R. Adell (Eds), Madrid: UNED.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

- Carlos Alberto Agudelo Calderón, Jaime Cardona Botero, Jesús Ortega Bolaños, Roció Robledo Martínez. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Ciencia & Saúde Coletiva, 16(6):2817-2828, 2011.
- CEDETES, Universidad del Valle en convenio Secretaría Departamental de Salud del Valle, Lineamientos Generales de Política de Salud Integral basada en la Estrategia de Atención Primaria con enfoque Familiar y Comunitario.
- Cendex. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá. La carga de la enfermedad en Colombia 2005: Resultados alcanzados. Documento Técnico ASS/1502-08 Bogotá, octubre de 2008.
- Ciborra, C, Labirinth of Information, Oxford, Oxford University Press, 2002
- CLAROS, L.M, Grigoriu RM. Propuesta Metodológica para el seguimiento de la gestión de la estrategia de la atención primaria. Tesis, Escuela de Salud Pública, Facultad de salud, Universidad del Valle, Cali, 1994. P.5.
- Constanza Díaz-Grajales, Yolanda Zapata-Bermúdez, Juan Carlos Aristizábal-Grisales. Acceso a los servicios preventivos en los regímenes contributivo y subsidiado de salud en un barrio estrato dos de la ciudad de Cali. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 10 (21): 153-175, 2011.
- Defensoría del Pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud – 2003. Disponible en: www.defensoria.org.co
- Defensoría del Pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud – 2005. Disponible en: www.defensoria.org.co
- Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2011. Bogotá, D. C., 2012. Disponible en: www.defensoria.org.co
- DELGADO MA, GALLEGOS LUISA VÁZQUEZ-NAVARRETE “Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales” Revista de Salud Pública, volumen 8 (2), julio 2006.
- Dowling WL. Hospitals and health systems (1999). In: Introduction to health services. Williams SJ, Torrens PR, Editors. 5th ed. Delmar Publishers, An International Thomson Publishing company.
- FALS B. ORLANDO, Investigación – Acción - Participativa, 1976
- Fernández y et al, médico de familia sección de investigación de sema FYC, Sevilla –España, 2005

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

- Ferreira JR. Entrevista escrita realizada en 2007.
- Ferreira JR. Misión del hospital a la luz de las nuevas tendencias de la educación médica. *Edu. Med. Salud* 10 (2):104-151, 1979.
- FONT, J. y BLANCO, I. (2006) Polis, la ciudad participativa. Participar en los municipios: ¿quién, cómo y por qué?, *Papers de Participació Ciutadana*, Barcelona: Centre per a la Participació Ciutadana, Organisme Autònom Flor de Maig, Diputació de Barcelona.
- FUNDACIÓN FES. Desarrollo de la APS en las grandes ciudades. Fundación FES 1989.
- Gates M (1996). Information systems for integrated delivery systems. *Health System Leader* 3(7):4-12.
- GAVENTA, J. y BARRET, G. (2010) So What Difference Does it Make? Mapping the Outcomes of Citizen Engagement, Citizenship, Participation and Accountability Brighton: Institute of Development Studies.
- Guillermo Llanos, Alberto Pradilla, Alvaro Rueda. Candelaria. El principio de la medicina social. Edición Fundación Éxito. Medellín, 2006.
- Gillies, RR; Shortell, SM; Anderson DA; Mitchell JB; Morgan KL (1993). Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hospital & health services administration* 1993;38(4):467-89.
- GIOVANNI APRAEZ IPPOLITO. Evaluación de la atención primaria de la salud en Colombia como política de salud 1939-2008. Estudio de caso. Universidad Nacional de Colombia. Instituto de salud pública. Doctorado Interfacultades en salud Pública. Bogotá, 2010.
- GOBERNACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA, Secretaría Departamental de Salud, APS 2005- 2007, Una Experiencia del Valle del Cauca de Hoy y para el Futuro, 2007
- GOFIN, Jaime and GOFIN, Rosa. Atención Primaria Orientada a la Comunidad: un modelo de Salud Pública en la Atención Primaria. En: *Rev. Panam Salud Pública*. Washington, vol. 21, No.2-3. (feb- Mar 2007); p. 177-184.
- HENAO, Oscar. Crónica de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle. Escuela de Salud Pública. Facultad de Salud. Universidad del Valle. Cali. 1996.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

- Instituto Politécnico Nacional. Secretaria Técnica. Mexico.2002. Metodología para el análisis FODA.
- Ingrid Vargas-Lorenzo, M. Luisa Vázquez-Navarrete, y Amparo S. Mogollón-Pérez. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev. salud pública. 12 (5): 701-712, 2010
- José Fernando Cardona, Amparo Hernández, Francisco J Yepes. La reforma a la seguridad social en Colombia. Avances reales?. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), No 9, 81:99, 2005.
- Juan Carlos García-Ubaque y Carmen S. Quintero-Matallana. Barreras Geográficas y Económicas para el Acceso a los Servicios Oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá. Rev. salud pública. 10 (4):583-592, 2008
- Juan Eduardo Céspedes-Londoño, Iván Jaramillo-Pérez, Ramón Abel Castaño-Yepes. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(4):1003-1024, 2002
- KAASE M. (1992) "Politische Beteiligung", en Lexikon der Politik. Band 3: Die westlichen Länder, M. G. Schmidt (Ed.), München: C.H.Beck.
- LEE, S.D., ALEXANDER, J.A. & BAZZOLI, J. (2003). Whom do they serve? Community responsiveness among hospital-affiliated systems and networks. Medical Care, 41: 165-174.
- Leopold N, Cooper J, Clancy C. Sustained partnership in primary care. J Fam Pract 1996;42:129-37.
- Ligia Constanza Velásquez-De Charry, Gabriel Carrasquilla, Sandra Roca-Garavito. Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. Salud pública de México. Vol. 5, S246:S251, 2009.
- Liliana Alejandra Chicaiza, Mario Garcia Molina. Evaluación económica y sostenibilidad financiera del Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) en la localidad de Suba de Bogotá – Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 7 (14): 110-124, 2008.
- Marcela Arrivillaga - Quintero Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/sida: cuestión de derechos de salud. Salud pública de México. Vol. 52, No. 4, 351:356, 2010.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

- MENDES, ROSILDA Y FERNANDEZ, JUAN CARLOS ANEIROS (2004), Práticas intersectoriais para a qualidade de vida nacidade, São Paulo, Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades e Municípios Saudáveis.
- Mirta Roses. Conferencia de clausura de la Reunión de Buenos Aires 30/15 en: Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad: De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Ministerio de Salud. Argentina; 2007.
- MONTEREAL, LUIS A. Metodología participativa y cooperación para el Desarrollo. Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible, CIMAS. 2011
- Naydu Acosta-Ramírez, Jesús Rodríguez-García. Factores asociados a la inequidad en la vacunación infantil en Colombia: identificando alternativas de intervención. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 9 (18): 116-123, 2010
- Nitzia Acosta, et al, Curso Sistema Informativo de Administración II, Tema Tecnología Social, Universidad de Panamá, 2010
- NURIA CUNILL GRAU, La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social, 2005.
- OPS/OMS. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. Enfoque de Competencias: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Unidad de Servicios de Salud. Washington, DC; 2006.
- OPS. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2006. Washington: OPS; 2006.
- OPS/OMS. Consulta Regional de Recursos Humanos en el Sector de la Salud: Retos fundamentales en: <http://observatoriorh.org>. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica No. 589. Washington, D.C.: OPS; 2007).
- OPS/OMS. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud: La Renovación de la APS. Washington. DC, 2005
- OPS/OMS. Informe Sobre la Salud en el Mundo: La Atención Primaria más Necesaria que Nunca. Washington. DC, 2008
- OPS/OMS. Sistemas de salud basados en Atención Primaria en Salud: Estrategias para el desarrollo de los Equipos de APS. Washington. DC, 2008

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

- OPS/OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas Washington. DC, 2008
- OMS, Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, La Política de Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Rio de Janeiro, 2011.
- Ortún-Rubio, V.; López-Casasnovas (2002). Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias. Documento de Trabajo 3. Fundación BBVA, Bilbao, España.
- PAHO/WHO (2007). Health in the Americas, 2007 (Vol. I). Washington, D.C.: PAHO/WHO.
- PARRA VALENZUELA MARIA ,Intersectorialidad y Participación Social en Promoción de la Salud, I Ministerio de Salud de Chile,
- PASTOR CASTELL FLORIT- SERRATE, la Intersectorialidad. Conceptualización. Panorama Internacional y de Cuba, 2004.
- PASTOR CASTELL-FLORIT SERRATE; ESTELA DE LOS ÁNGELES GISPERT ABREU, La intersectorialidad y el desarrollo de la Salud Pública en Cuba .2008.
- Paul Starkey, Redes para el desarrollo, IFRTD, Londres, Inglaterra, 1.998
- Peña A. Alejandro. Ingeniera de Software: una guía para crear sistemas de información. Instituto Politécnico Nacional de México. 2006
- PRIETO MARTÍN PEDRO, Módulo II Participación Ciudadana del siglo XX, Curso sobre Participación Ciudadana y Medios Digitales, Organización Universitaria Interamericana, Colegio de las Américas y Red Interamericana de formación en gobierno electrónico, 2010.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA, Decreto 1216 de 1989
- REPÚBLICA DE COLOMBIA, Decreto 1416 de 1990
- REPÚBLICA DE COLOMBIA, Constitución Política de Colombia, artículo 103, Bogotá,1991.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA, Decreto 1757 de 1994.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA, Constitución Política de Colombia, artículo 339, Bogotá, 1991.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

- REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ley 152, Bogotá, 1994.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ley 489, Bogotá, 1998.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ley 1122 Bogotá, 2007
- REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ley 715 Bogota, 2001.

- RESTREPO E Helena. Experiencia del Municipio de Versalles, Departamento del Valle: una mirada desde la promoción de la salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Vol 20 No.1, 135:144, 2002.
- Rifkin, S. B. & Walt, G. (1986). "Why Health Improves: Defining the Issues Concerning 'Comprehensive Primary Health Care' and 'Selective Primary Health Care'", en Social Science Medicine, 23, (6), pp. 559-566.
- Roberto Suarez, Sara Zamora, Giovanni Conté, María Fernanda Olarte. Sistematización de las experiencias desarrolladas en el país de atención primaria de salud -APS- y redes integradas de servicios de salud -RISS- en los niveles territoriales. Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS-RISS. CONVENIO 485 MPS y OPS/OMS. Bogotá, enero de 2012.
- Rodríguez Acosta Sandra. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Trabajo de Investigación Programa de Máster de Investigación en Economía Aplicada. Universitat Autònoma de Barcelona, Departament d'Economia Aplicada. Junio de 2010. Disponible en www.ecap.uab.es
- ROWE, G. y FREWER, L.J. (2005) "A Typology of Public Engagement Mechanisms", Science, Technology, & Human Values, nº 30 (2): págs. 25G1-290.
- RUFÍAN LIZANA, DOLORES MARÍA Y EDUARDO PALMA CARVAJAL (1990), La descentralización: problema contemporáneo en América Latina; borrador para comentarios, Santiago, ILPES.
- Secretaria de Salud Municipal de Cali. Desarrollo de sistemas locales de salud. Una empresa social. Cali, 1990.
- STARFIELD, Bárbara. Equidad en Salud y Atención Primaria: Una Meta Para Todos. En: Revista Gerencia y Políticas de Salud. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. No.1(2001);p.7-16.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

- Starfield, B. (2001). Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología, primera edición, Barcelona, Masson.
- Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health", en The Milbank Quarterly, 83 (3), pp.457-502.
- Satinsky MA. The foundations of integrated care: facing the challenges of change. American Hospital Publishing, Inc. (1998).
- Shortell SM; Anderson DA; Gillies RR; Mitchell JB; Morgan KL (1993). Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare forum journal 1993; 36(2):20-6.
- Sinclair D, Rochon M, Leatt P. 2005. Riding the Third Rail: The Story of Ontario's Health Services Restructuring Commission. 1996-2000. The Institute for Research on Public Policy. Montreal 65-6).
- SOLER, J.L.P (2003). - Estrategia de gestión y organización de una red de laboratorios de diferentes hospitales públicos. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secretaria de Salud de Bogotá/Organización Panamericana de la salud.
- Universidad Nacional, Colombia. DOCUMENTO: La Planeación en Colombia, , 2006 p(14)
- Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya.
- Vidal Layseca C. Apuntes de una vida dedicada a la gente. Lima: SINCO Editores, 2004.
- Vilaça Mendes, E. (2009) As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG.
- WAN, T.T.H., LIN, B.Y. & MA, A. (2002). Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. Journal of Medical Systems, 26: 127-143.
- WHO. Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1, May 2008.
- WHO (2000). The World health report 2000: health systems, improving performance. Geneva: WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Renewing Primary Health Care in the Americas. A position paper of the Pan American Health Organization/WHO (March 2005). [Versión on line] En: www.paho.org/spanish/ad/ths/os/phc2ppaper.

Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Meeting on Future Strategic Directions for Primary Health Care 27-29 October 2003. The Global Meeting on Future Strategic Directions for Primary [Doc on line] www.who.int/entity/chronic_conditions/primary_health_care/en/index.h