



**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



## **INFORME DE FINAL DE EJECUCIÓN**

### **CONTRATO DE SERVICIOS OPS/OMS**

**CONVENIO # 485 DE COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE EL  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL –MPS-Y LA ORGANIZACIÓN  
PANAMERICANA DE LA SALUD -OPS/OMS-**

### **GESTION INTEGRAL DE SALUD PÚBLICA**

**Roberto Suarez  
Sara Zamora  
Giovanni Conte  
Maria Fernanda Olarte**

**Informe presentado a:  
Dr. Osvaldo Salgado  
Director técnico**

**Bogotá, 30 de noviembre de 2011**



## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
A. ACTIVIDADES POR PRODUCTO.....	3
Objetivos específicos .....	3
Resumen de actividades desarrolladas .....	4
Metodología .....	4
Dispositivo metodológico .....	4
Resumen de visitas desarrolladas: .....	5
B. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	6
Historia local de la APS.....	6
Definición de APS .....	8
Equipos de APS .....	10
Trabajo cotidiano de la APS: rutas y actores .....	13
Participación comunitaria .....	15
Ruta de trabajo.....	17
Enfoque diferencial .....	18
Actores del sistema e intersectorialidad.....	20
Sistemas de información, indicadores, mediciones de impacto .....	22
Rectoría .....	23
Experiencias positivas .....	25
Versalles .....	25
Distrito de Barranquilla .....	31
Municipio la dorada, caldas.....	33
Conclusiones.....	36
Recomendaciones.....	37
Bibliografía .....	39
Anexo #1 .....	40
Anexo #2 .....	43
Anexo #3 .....	62
Anexo #4 .....	95



## **INFORME DE FINAL DE EJECUCIÓN**

### **A. ACTIVIDADES POR PRODUCTO**

#### **1. Producto 1:**

Analizar críticamente el proceso de desarrollo de las experiencias de Atención Primaria de Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud seleccionadas para la sistematización.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Consolidar la información obtenida sobre las experiencias de Atención Primaria de Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud seleccionadas, de acuerdo con los criterios consensuados de análisis en el instrumento a aplicar.
- Analizar críticamente la información recolectada y establecer los aspectos comunes, las divergencias, logros, limitantes y lecciones aprendidas.
- Realizar recomendaciones al Ministerio de la Protección Social, MPS que puedan aportar para la reglamentación y el diseño e implementación de la estrategia de Atención Primaria y redes integradas en el país.



## RESUMEN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

### METODOLOGÍA

El trabajo fue desarrollado por un equipo de antropólogos, que trabajó en forma articulada con los representantes de la OPS-Colombia para lograr responder con los objetivos propuestos. En términos generales, se realizó un proceso de evaluación rápida –RAP- (*rapid assesment procedure*), entrevistas en profundidad y grupos focales en las regiones predeterminadas para el estudio. En una segunda fase el grupo de trabajo realizó la sistematización de la información y, en un tercer momento produjo un análisis preliminar que fue socializado con los representantes de la OPS.

### DISPOSITIVO METODOLÓGICO

- Entrevistas a profundidad: Las entrevistas temáticas a profundidad fueron la herramienta principal para obtener la información y responder con los objetivos. El uso de este instrumento se fundó en ***rich information cases*** que ofrecieron de manera abundante la documentación necesaria sobre el tema central del trabajo.
- Trabajo de archivo: se consolidó una base de datos con los documentos recolectados en APS en los entes territoriales visitados.



RESUMEN DE VISITAS DESARROLLADAS:

FECHA	LUGAR
Octubre 24 de 2011	Tunja
Octubre 25 de 2011	Tunja
Octubre 26 de 2011	La Dorada, Caldas.
Octubre 27 de 2011	La Dorada, Caldas.
Octubre 28 de 2011	La Dorada, Caldas.
Octubre 31 de 2011	Santander del Sur, Bucaramanga
Noviembre 1 de 2011	Santander del Sur, Bucaramanga.
Noviembre 2 de 2011	Santander del Sur, Bucaramanga
Noviembre 3 de 2011	Valle del Cauca, Cali
Noviembre 4 de 2011	Valle del Cauca, Versalles.



Noviembre 5/7 de 2011	Valle del Cauca, Cali.
Noviembre 7/9 de 2011	Medellín, Antioquia
Noviembre 9/12 de 2011	Manizales, Caldas
Noviembre 15,16 de 2011	Manizales, Caldas
Noviembre 16,17 de 2011	Bogotá, Cundinamarca
Noviembre 20/23 de 2011	Barranquilla, Atlántico

## **B. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### HISTORIA LOCAL DE LA APS

La Atención Primaria en Salud –APS- tiene una larga trayectoria en el país. Desde que se comenzó a hablar de este programa en el plano internacional, Colombia la introdujo rápidamente dentro de su sistema de seguridad social en Salud. Por los casos reportados en este informe, los primeros programas se iniciaron a principios de la década de los 80s y estos se ajustaron a los lineamientos esenciales planteados por Alma Ata. En este sentido, se organizó la infraestructura necesaria en términos de presupuesto, de recurso humano y de políticas públicas en salud apoyadas por el sector político. En este punto es importante resaltar que en el país ya desde los años 60 se habían desarrollado experiencias que estaban encaminadas a la propuesta



de APS, hecho que facilitó la implementación e integración de la APS dentro del sistema de salud.

Una vez planteados en Alma Ata los lineamientos generales de la APS, tanto a nivel departamental como municipal se organizaron mesas de trabajo para pensar la manera de adaptar los principios de la APS: educación para la salud, control de las enfermedades endémicas locales, programa expandido de inmunizaciones, atención materno infantil, disponibilidad de medicamentos básicos, promoción de la nutrición y saneamiento ambiental apoyados , además por el desarrollo tecnológico apropiado, fortalecimiento de la gestión administrativa de los servicios de salud, participación comunitaria y procesos de intersectorialidad, trabajo en redes, para promover el desarrollo general de la sociedad. Sin embargo, para muchos de los actores en el campo de la salud este proceso no fue ni evidente ni fácil cuando se pensaba articular el pensamiento medico, las condiciones sociales, particularmente la política y económica de los años 80s. Para las personas que debieron ocuparse en ese momento cuando se vieron abocadas a introducir la APS narraban que, “no sabíamos que hacer no como hacerla, simplemente que debíamos hacerla...”. Estas palabras expresan la distancia que se presentó entre los ideales de una estrategia que planteaba aspectos fundamentales para cualquier sociedad y el trabajo práctico en la vida cotidiana para pensarla, adaptarla y desarrollarla. Finalmente y a pesar de los obstáculos ideológicos y económicos, los departamentos y municipios pudieron organizarse para desarrollar la APS en el país pero de manera comprensiva al interior del antiguo sistema de salud la APS que siguió los lineamientos de Alma Ata pero, al mismo tiempo,



perfilándose a la manera contemporánea de entender la APS, es decir como una estrategia comprensiva de atención salud en donde se deben tomar decisiones para priorizar aquellos aspectos que las condiciones locales evidencian.

#### DEFINICIÓN DE APS

Para entender la manera como se concibe y se define la APS se debe tomar en cuenta cuatro momentos en la historia social de la salud colombiana: el sistema de salud previo a la ley 100 de 1993, el momento posterior a la implementación de la ley 100, la resolución 412 de 2000 del ministerio de Salud y la APS renovada del 2005<sup>1</sup>.

Sobre esta base pudimos establecer que la APS es entendida y definida a partir de tres elementos fundadores de la estrategia -equidad y desarrollo social y participación comunitaria-. Estos aspectos han sido centrales para los diferentes entes territoriales en su manera de entender y definirlo que es APS. Igualmente, es importante plantear que no existe una definición estándar de que es y cuáles son los elementos que la conforman y por lo tanto APS es, usualmente, pensada como salud comunitaria, salud familiar, promoción de la salud y prevención de la enfermedad o como atención a los

---

<sup>1</sup> Documento de posición de OPS/OMS "Renovando la Atención Primaria en Salud APS en Las Américas" (marzo de 2005).



pobres. Por esta razón las definiciones como las siguientes muestran estos puntos,

“...para nosotros la definición de APS se da a través de la participación social y la salud comunitaria.”

“... si ustedes piensan en lo que debemos hacer y lo que nos han dicho de hacer se trata de lograr desarrollar programas de atención a los **pobres**, a los más vulnerables de los vulnerables.”

“...la APS es vital para un modelo de atención, debe ser para toda la población, debe ser para lo rural y lo urbano, para pobres y ricos y de cualquier edad” (María del Carmen Ahumada, Encargada APS Gobernación de Cundinamarca).”

“La APS es una apuesta por lo humano” (Eliceo Velasquez, docente salubrista de la universidad de Antioquía).”

“Es la estrategia que permite que los servicios de salud con todos sus componentes lleguen a la comunidad eficientemete, con énfasis en p y p” (Gatusca ... Cordinadora de PyP, Barranquilla).”

“No es solo salud sino mejorar las condiciones de vida” (funcionaria Secretaria de Salud del Valle del Cauca).”

“APS no es primer nivel de atención, no es asistencia de baja calidad, no es un proyecto para pobres, es para todos” (funcionaria Alcaldía de Medellín).”



“Es un modelo para valorar al individuo desde todos los ámbitos del desarrollo desde lo biosocial, busca cambiar la percepción del individuo con su salud, es educar para un mejor bienestar” (funcionaria Alcaldía de Medellín).”

“La gobernación le apuntó a la academia en el método. Se apostó al cómo se le hace a la APS, no tanto tinte político” (Monica Espinosa, gerente de APS de la gobernación del Valle).”

Las formas de definir APS son importantes ya que determinan planes de trabajo y programas a desarrollar lo cual se traduce en los programas y en el sustento teórico de estos.

#### EQUIPOS DE APS

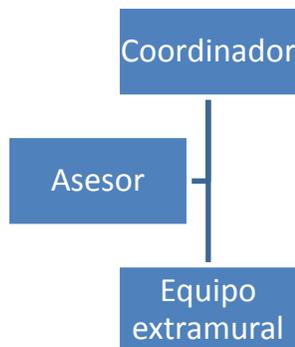
La implementación de la estrategia se hace a partir de las decisiones tomadas y de las capacidades operativas, las cuales en la mayor parte de los sitios visitados son limitadas por razones que incluyen presupuestos limitados, recurso humano poco capacitado, reducido e inestable, dependencia de la voluntad política y ausencia de continuidad a través del tiempo. Es necesario aclarar que estos problemas se presentan después de la implementación de la ley 100 y de los procesos de descentralización. Ambos aspectos determinaron derroteros tanto para pensar el campo de la salud y la enfermedad en el país como para la gestión político administrativa de la salud. Concretamente la APS entraba en contradicción con el sistema de salud bien sea por los costos exigidos para su funcionamiento o porque dentro de los planes de desarrollo no era percibida como un elemento



necesario para el campo de la salud, tal como lo mencionó un entrevistado, “...en ese momento se nos cuestionó para qué hacer APS, si ya empezamos a hacer educación en salud y promoción de la salud y prevención de la enfermedad”. La lógica de la APS no generaba ganancias y era percibida por los operadores como un costo adicional innecesario. Para los funcionarios, la década de los 90s fue un periodo donde la APS estuvo ausente del sistema y es a partir de la mitad de la primera década del siglo XXI que la APS reemerge, tímidamente, en los planes de salud de los entes territoriales.

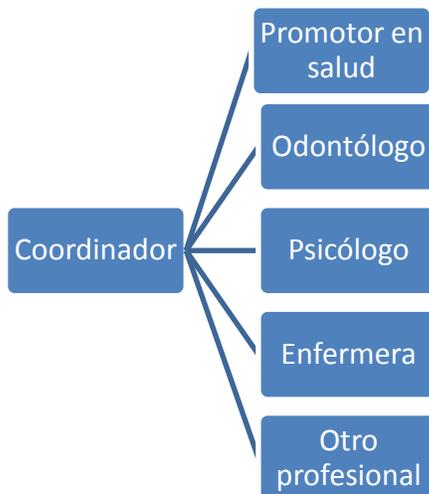
Es a partir de este momento que se adelantaron procesos para reconfigurar tanto los equipos de trabajo que habían sido desmantelados como por recuperar el saber acumulado en años anteriores por las personas que trabajaron en APS. Se hicieron planes de trabajo pero todos ellos enfocados a sectores vulnerables de la población.

Los equipos base de trabajo en APS se organizaron en términos generales de la siguiente manera, un equipo coordinador,





Un equipo extramural,



En el equipo base, el coordinador ejerce funciones de planeación, administración y control de las actividades de APS y además junto con el asesor, secretario de salud y el coordinador del equipo extramural. En el equipo extramural siempre se consideró pertinente la inclusión de promotores, psicólogos, odontólogos, enfermeras, los otros miembros se consideraron dependiendo del análisis de las necesidades poblacionales, por esta razón los técnicos de saneamiento, trabajadores sociales, agrónomos o médicos no fueron incluidos desde el comienzo. Varios equipos se mostraron escépticos de la participación de médicos en los equipos de APS, la razón fundamental que argumentaron se centraba en que la inclusión de médicos



Libertad y Orden

**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



sugería atención curativa y no permitía, de manera decisiva, un trabajo comunitario, un trabajo de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y creaba un obstáculo frente a la inducción a la demanda; en otras palabras, la presencia del médico en los equipos falseaba el propósito de la APS.

En algunas experiencias se ha buscado calificar a los miembros de los equipos mediante instituciones de educación superior o técnicas. Por ejemplo, en algunas regiones se está contratando solamente a enfermeras y a técnicos en salud pública formados por el SENA, en otras se han adelantado un trabajo de formación permanente a través de instituciones de educación superior nacionales (e.j. Universidad de Antioquia, Universidad del Norte) e internacionales (e.j. Universidad de Toronto).

#### TRABAJO COTIDIANO DE LA APS: RUTAS Y ACTORES

La decisión de que hacer, donde intervenir y cómo hacerlo está fundamentada por un proceso que inicia dentro el plan general de APS construido por cada gobernante para su periodo de ejecución del cargo, es decir tres años. Por esta razón durante la década actual se pueden encontrar entre dos y tres planes de APS por región los cuales son fundamentalmente similares y lo que cambia son los operadores, recursos y la imagen pública del programa<sup>2</sup>. Una vez clarificadas las metas que cada gobierno busca

---

<sup>2</sup> Es importante resaltar la experiencia de La Dorada, Versalles y Barranquilla presentan particularidades que son importantes.



cumplir, cada equipo establece una línea de base definida por un triple aspecto:

- Por perfil epidemiológico.
- Por ficha familiar: pregunta por aspectos de la calidad de vida de la familia que se visita
- Por tipo de afiliación: SISBEN 1 y 2.

Cuando se tiene esta línea base, el equipo de APS se reúne para plantear las prioridades y los mecanismos necesarios para lograr los objetivos, se construye un plan de acción y cronograma de actividades para cumplir con las metas que se establecen. Cada región construye acciones y articula los resultados de la línea de base, las leyes y decretos junto con el plan de gobierno del momento y, habitualmente, las prioridades de los programas se encuentran dirigidas a los sectores más vulnerables, es decir estratos 1 y 2.

Es en este contexto político administrativo en donde se pone en marcha la APS y en donde funcionan los equipos que deben adelantar las acciones pertinentes para cumplir con la metas de los programas. Dentro de los equipos los promotores en salud también llamados forjadores, auxiliares, caminantes o técnicos son el grupo humano central en la implementación de la estrategia. Ellos y ellas son los encargados del terreno y son los actores que deben cotidianamente afrontar los grupos sociales y las necesidades de estos. A través de su trabajo itinerante en las ciudades dialogan y ejercen, al interior del sistema de salud, un rol constante de intermediación entre las necesidades sentidas de las familias y las prioridades establecidas por las



Libertad y Orden

**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

secretarías de salud para llegar a metas que de una parte deben dar cuenta de los fundamentos de la APS y de otra de las establecidas por el gobierno nacional y local. Sin embargo, y a pesar de la importancia de sus tareas este grupo se encuentra, estructuralmente, en condiciones de inequidad laboral; es decir, bajas condiciones salariales, sobrecarga laboral, una dinámica de trabajo fundamentada en un *ius variandi* de sus tareas. El promotor además de inducir a la demanda debe hacer visitas domiciliarias (entre 400 y 500 casas por mes), educación al autocuidado, atender emergencias causadas por el invierno o a otras necesidades coyunturales de la localidad. Sin embargo su rol dentro de la estrategia no presenta la importancia en términos de diálogo con los demás miembros ya que su "voz" es disminuida o ubicada en el plano técnico de llenar fichas familiares y visitas domiciliarias y por ende no se tiene en cuenta para la toma de decisiones. Los promotores son quienes tienen el primer contacto para introducir la estrategia en la comunidad, son las personas que con su labor construyen los puentes necesarios para que los otros miembros de los equipos puedan desarrollar su trabajo y para que los principales programas encontrados en las regiones -salud familiar, salud materno-infantil, salud en la mujer, entre otros- tengan éxito de manera sostenible en el tiempo.

#### PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

El promotor en salud encarna la idea de la participación comunitaria ya que la identidad otorgada a este actor de la estrategia, lo ubica como un individuo culturalmente cercano a la comunidad, hecho que enmarca su trabajo y que le envuelve con un aura de comunidad que resuelve la idea de



la participación social. La participación social está vinculada a la educación salud en donde el individuo y su grupo social pasan por un proceso pedagógico en el cual la salud es pensada en términos de empoderamiento y autocuidado de la salud, dos categorías recurrentes en las narrativas escritas y orales de la APS en las regiones. Sin embargo, en la cotidianidad del trabajo, la participación social es muy escasa y queda reducida a espacios de interacción entre funcionarios e individuos para escuchar sobre reclamos del campo de la salud que el promotor debido a su carga no está en capacidad de responder. En otras palabras, la idea de participación social existe pero se cumple de manera marginal y no se articula con las diferentes instancias que representan los intereses de la comunidad y que podrían ser los interlocutores claves para desarrollar la estrategia APS -los comités de usuarios y comités de veedores-<sup>3</sup>.

Teniendo en cuenta los fundamentos teóricos de la APS la participación social es un elemento fundamental para la identificación de las necesidades. La expresión de un funcionario evidencia la percepción que se tiene del rol de la población y del espacio que se les debe otorgar en la estrategia, "...ese es un espacio para los técnicos, no para la gente".

En el campo encontramos que existe una disonancia entre lo que es participación y consultar. Varias experiencias mostraron que en el diseño de la APS se consulto a la población más que hacerlos participar de manera

---

<sup>3</sup> En la ciudad de Barranquilla se ha contratado un servicio de evaluación de satisfacción del programa. El instrumento utilizado fue una encuesta de opinión con un muestreo no representativo aleatorio para obtener insumos sobre el desarrollo del programa de APS en la ciudad.



activa en la co-construcción de la estrategia y por ende la toma de decisiones es un espacio cerrado a la población.

## RUTA DE TRABAJO

En términos generales la ruta de trabajo de la APS sigue la siguiente ruta,



La ruta de atención comienza cuando el equipo extramural de APS representado por la promotora llega a la familia (primer contacto), identifica las necesidades que presentan en cuanto a su estado de salud y calidad de vida. Con la información recopilada diligencia el formato de fichas, acción que es periódica para tener el sistema de información actualizado. En



algunas experiencias visitadas, las promotoras transmiten información sobre educación en salud y convocan a las actividades en salud. En este proceso, realizan la inducción a la demanda mediante boletas de remisión. La promotora es la encargada de hacer el seguimiento a las remisiones a través de visitas domiciliarias, llamadas telefónicas, en algunos casos vía *call center*.

#### ENFOQUE DIFERENCIAL

La implementación de la APS, teniendo en cuenta el contexto multicultural del país, es pensada para incluir el enfoque diferencial que de acuerdo a la ley 1438 (artículo 3, acápite 3.6) para reconocer las diferencias étnicas, de género, discapacidad y condiciones de vida como el desplazamiento forzado está presente en los programas visitados<sup>4</sup>, tal como lo muestra el objeto del contrato de salud de pública del municipio de Santiago de Cali del 2011<sup>5</sup>,

Comprar por parte del municipio servicios de salud a la ESE Ladera para la atención integral de salud a las personas desplazadas por el conflicto armado del país en las comunas asignadas a la ese, adelantando de manera coordinada todas las acciones necesarias para garantizar desde un enfoque diferencial y preferencial el acceso

---

<sup>4</sup> Para amplia ver las presentaciones de los casos de Bogotá D.C y del Departamento de Antioquia  
<http://www.globalhealthequity.ca/electronic%20library/Atencion%20Primaria%20Interfal%20de%20Salud.pdf>

<http://www.antioquia.gov.co/index.php/plan-de-desarrollo/135-salud-publica>

<sup>5</sup> Contrato No. 4145.0.27.1.012 de 2011



efectivo al sistema de salud, lo cual incluye todas las actividades, y procedimientos de baja complejidad en sus componentes de promoción de salud y prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación, atención psicosocial y entrega de medicamentos ambulatorios en el marco de la protección del derecho a la salud física y mental, así como las acciones que correspondan a la referencia y contrareferencia.

Este enfoque varía dependiendo de los contextos y aunque se encuentra claramente definido en los planes de trabajo el énfasis principal se encuentra en los ciclos de vida. En las personas entrevistadas si bien trabajan en poblaciones culturalmente diferentes, la forma y la práctica de implementación de la APS no cambia con relación a otras poblaciones ya que los recursos económicos, logísticos y humanos no permiten una adaptación importante del programa. Por esta razón encontramos que el trabajo, usualmente, en el campo se encuentra pensado por ciclos vitales -niños, jóvenes, adulto joven, adultos y adultos mayores- a los cuales se busca articular categorías que deban responder cada programa. Un claro ejemplo de esto son la multiplicidad de programas AIEPI, o los esfuerzos para adaptar mecanismo de prevención en ITS, salud de la mujer o salud materno-infantil en poblaciones indígenas y afrocolombianas que si bien dan cuenta de la diferencia cultural en la práctica no presentan adaptaciones importantes. Igualmente, sucede con la atención diferenciada por edad y género donde no se evidencia una perspectiva de género y por grupos etarios. Es decir, que la implementación presenta un trabajo similar independiente de las particularidades sociales, individuales y culturales.



## ACTORES DEL SISTEMA E INTERSECTORIALIDAD

Varios actores están involucrados en la estrategia APS y en la manera como esta se implementa. Sin embargo, cuál es rol, su función y cómo los diferentes actores se articulan entre si es aún incierto en las regiones visitadas. En primer lugar encontramos a las EPS que hasta el momento, debido a la manera como definen APS y a su sistema organizacional, su asociación a la APS esta mediada por el trabajo que realizan en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El primer actor que podemos mencionar son los entes territoriales ya que ellos determinan y hacen cumplir normatividades nacionales y departamentales.

Otros actores importantes de la articulación de la estrategia son las ESE. En ellas se expresa la operatividad de la APS y activar el trabajo en redes integrales de salud para remitir a los individuos a instancias, instituciones o niveles de atención que se necesite. Para la implementación de la APS se hace gestión en aras de firmar convenios interadministrativos entre diferentes entes territoriales (e.j. alianza Medellín – Antioquia). Ahora bien, existe un problema importante en lo referente a las remisiones y los niveles de atención ya que la APS, para su funcionamiento adecuado, exige un trabajo colaborativo o en red. Es en este punto donde las IPS deben ejercer un rol importante, el cual no siempre es cumplido debido a que la prestación de servicios que éstas ofrecen depende de los contratos por paquetes. Aquí se evidencia que la APS no es central y que su implementación se encuentra obstruida por barreras de comunicación, de toma de decisiones y



administrativas y tiene como consecuencia la desarticulación de las IPS con la APS.

Así mismo observamos que la relación entre instituciones públicas y privadas es limitada. Existen relaciones con las ONGs, Universidades y SENA en el plano de capacitación técnica de los equipos y de educación permanente de adultos en ciertos programas. En el terreno se presentan relaciones informales con las ONGs; hay una cooperación natural entre las labores de los promotores y este tipo de actores en la identificación de casos y apoyo a labores comunitarias, principalmente en educación en salud, empoderamiento, violencia y prevención de la enfermedad.

En la implementación de la APS es posible observar que la intersectorialidad es un concepto central para las personas encargadas de la estrategia, tal como lo expresa la gobernación de Cundinamarca,

‘El proceso de implementación debe ser un trabajo conjunto realizado por los diferentes sectores del departamento, entre los que se encuentran además del sector salud, el sector educación, el sector ambiental, el sector agropecuario, sector productivo, entre otros, y los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social que corresponden a la Nación, el Departamento, los Municipios, las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud, las EPS de los Regímenes Subsidiado y Contributivo y las veedurías y asociaciones de usuarios. Así mismo se vincularán las Universidades, la Organización Panamericana de la Salud, SENA, Institutos tecnológicos de formación



**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



de Profesionales del Área de la Salud, entre otros' (Gobernación de Cundinamarca 2008 a:8).

Sin embargo en la praxis del día a día la intersectorialidad difícilmente se logra, debido a que en los contextos locales existen particularidades que son dejadas de lado dado que la APS debe traducir y responder a demandas del orden nacional y territorial. Asimismo, estas no necesariamente se anclan en las realidades locales y en muchos casos solo se traduce en un sistema de referencia y facturación tal como lo expresó un funcionario, "...Cómo vamos a tener intersectorialidad para todas las acciones, si se debe dar desde la agenda del gobernante y de esa forma de la agenda nacional, no desde el sector..." (Juan José Buitrago, Gerente de de la ESE del municipio Ancerma Nuevo, Valle del Cauca). Sin embargo, en los lugares donde existe de manera funcional el espacio del concejo de políticas sociales, éste puede ser usado efectivamente y como producto de un ejercicio dialógico de co-construcción para aumentar las posibilidades de intersectorialidad en APS. Es decir de poder construir y establecer redes de trabajo entre los diferentes sectores, instituciones públicas y privadas.

#### SISTEMAS DE INFORMACIÓN, INDICADORES, MEDICIONES DE IMPACTO

Los sistemas de información dentro de la APS son un tema al cual se le ha dado mucha relevancia. La razón de esto es que los entes territoriales han detectado vacíos de información y la necesidad de tener un sistema confiable para los diagnósticos y la toma de decisiones en tiempo real. La recolección de información comienza por la ficha familiar, que varía en cada



caso y que todos los entes territoriales tienen dentro de su plan de trabajo. Luego esta ficha es sistematizada, para que arroje información geográfica y demográfica con el objetivo que sirva de insumo a los equipos y secretarías de salud para establecer los semáforos de riesgo, medir la efectividad de la estrategia, y detectar las necesidades en salud con la intención de hacer planeación. Es en la sistematización en donde se presentan los mayores cuestionamientos, principalmente por la valoración que se hace del software. El sistema de información, al ser entendido como un sistema socio-técnico contextualizado en tiempo y espacio, da cuenta de la forma como los entes territoriales conciben la estrategia APS dentro mapas de organización categórica de la sociedad para generar redes de relaciones entre los hechos que conforman el problema de la salud y cómo a partir de éstos se determinan las funciones y objetivos políticos y sociales de la APS. Es en esta lógica que cada ente territorial encuentra apropiado el desarrollo de un software con el problema que, en general, es incompatible con otros programas aún al interior del mismo ente territorial.

## RECTORÍA

Aunque para los entes territoriales es clara la referencia a la ley 1438, artículo cuarto que establece que la rectoría del sector salud está a la cabeza del ministerio, en el plano de desarrollo estratégico y del trabajo cotidiano de la APS, el entendimiento de la rectoría debe plantearse en una escala de multiniveles. En cada ente territorial la rectoría esta mediada por la relación existente entre el nivel central –ministerio de salud-, el regional –departamentos-, y el local –municipal-. Además es importante resaltar que



la rectoría funciona de manera determinante para el establecimiento de metas y programas, pero que dentro de ellas es importante entender la influencia de las agendas políticas de ministros, gobernadores y alcaldes para determinar tanto las agendas presupuestales en la asignación de recursos como en la construcción y operativización de planes y programas. En algunas experiencias la rectoría pasa, además, por la regionalización de los territorios alrededor de las instituciones de mayor complejidad y por el cubrimiento de servicios que otros actores del sistema deberían cubrir pero que no lo hacen.

Vale la pena resaltar que a pesar de la introducción de la ley 1438 y de su claridad conceptual sobre la APS, existe aún un vacío conceptual sobre la manera del cómo se debe implementar. Es decir, es incierto para los entes territoriales y los actores del sistema cuales son los deberes y obligaciones en la estrategia APS. Si bien los entes territoriales han integrado la estrategia APS a los planes territoriales de salud, su capacidad de dar respuesta a las necesidades está limitada por vacíos jurídicos en la aplicación de la norma dentro del SGSS del país. Hecho por el cual EPS, IPS y ESEs no trabajan en red y no responden de forma adecuada a los requerimientos locales en salud. Hecho que se traduce en la reproducción social de poblaciones desprotegidas, endemias de ciertas enfermedades, inequidad dentro del sistema y que la estrategia no sea efectiva.



## EXPERIENCIAS POSITIVAS

### VERSALLES

#### Contexto

Versalles es un municipio ubicado en el norte del departamento del Valle del Cauca. La mayoría de la población de Versalles vive en la zona rural. El municipio está compuesto por 43 veredas agrupadas en 7 corregimientos y en cada corregimiento hay un puesto de salud. La Economía es de tipo agropecuario: cultivos de café, lulo, cultivos de caña panelera y de plátano, pequeña ganadería.

La colonización antioqueña hacia el sur abarcó lo que hoy son los departamentos de Caldas, Risaralda, Quindío y norte del Valle del Cauca. Con ella floreció la agricultura, especialmente el cultivo del café y el comercio, además dejaron una tradición de trabajo y solidaridad. La cultura antioqueña con valores muy conservadores y religiosos muy fuertes trascendieron hasta el presente en las poblaciones colonizadas.

#### Antecedentes

Desde la fundación y colonización de Versalles en el siglo XIX, 1894 hasta la década del 50 del siglo XX la forma de trabajo comunitario o *convites* (trabajos colectivos o mingas) fue muy informal, pero contó con la presencia de destacados y comprometidos líderes con visión a largo plazo que perseveraron en fortalecer el trabajo comunitario.



Es de resaltar que estos grupos vivieron un proceso de formación permanente a nivel local, proceso en el cual jugó un papel importante el Instituto Mayor Campesino de Buga y la Radio Sutatenza. Esta última Radio fue muy importante en el desarrollo de programas de educación popular en la década del 60, los cuales formaron parte de todo un movimiento de comunicación social en América Latina que tuvo alcances muy amplios en esta Región; es muy probable que sus metodologías estuvieran basadas en las teorías de Paulo Freire sobre educación de adultos.

A lo largo de estos años se acumuló una enorme sabiduría por parte de la comunidad y sus líderes para manejar los conflictos que fueron frecuentes en los años 50 tales como la violencia partidista, la desintegración de asociaciones, y el desplazamiento de campesinos. De igual forma, se construyeron valores de confianza, tolerancia, modestia sin pretensiones de protagonismo, y sobre todo de priorizar lo colectivo sobre lo particular, los cuales fueron y son el sustento de un trabajo comunitario duradero. Estos valores seguramente jugaron un papel definitivo para que la violencia que azotó el país en esos años, no acabara con los gérmenes de organización y de capacidad comunitaria en Versalles.

La ANUC (nacida y crecida en los '60 en Versalles) fue otra experiencia importante de construcción de cultura comunitaria. La creación en 1947 de la casa campesina para que la gente del campo tuviera donde alojarse fue otro espacio colectivo hecho por la comunidad. Alrededor de esta casa empieza a haber un desarrollo participativo y se crean los primeros comités de desarrollo campesino que se reúnen para discutir sobre las necesidades reales de la comunidad.



En 1989 Versalles, a pesar de su historia de participación, no contaba con experiencias sólidas de organización comunitaria orientadas a ofrecer soluciones más integrales que llevaran a definir alternativas frente a los problemas sentidos por la comunidad. No existía un espacio de coordinación intersectorial que permitiera analizar estrategias o proponer iniciativas dirigidas a los problemas económicos y sociales.

A principios de 1989, el Padre Gildardo Vélez párroco por esta época y el Dr. Henry Valencia, Director del Hospital San Nicolás, iniciaban un proceso de reuniones en la Casa Cural con actores institucionales, orientados a forjar un futuro diferente para Versalles. Inicialmente las reuniones no lograron un equipo sólido de trabajo pero, a medida que avanzaba el año, junto con los acontecimientos anteriormente descritos, se iba perfilando un núcleo de actores .

En esta época la participación comunitaria se convirtió en el eje del proceso colectivo con la creación de los CPC (Comité de Participación Comunitaria). El decreto 1216, que reglamentó la conformación de los Comités de Participación Comunitaria (CPC), con el fin de fiscalizar la prestación de servicios de salud a nivel comunitario y que fue punto de partida de una nueva estrategia de organización comunitaria en Versalles. Con base en un consenso institucional naciente, su aplicación en Versalles fue sustancialmente diferente a la realizada en otras partes del país.

En vez de limitar su alcance a una fiscalización, el CPC de Versalles partía de dos importantes puntos filosóficos: primero, que el concepto de salud comprende no sólo el tratamiento a los enfermos sino también la prevención de las causas de las enfermedades y la promoción de la salud. Y, segundo, que la mayoría de las soluciones a los problemas locales está en



manos de la comunidad. Estos dos puntos sirvieron para abrir un espacio de concertación entre instituciones y miembros de la comunidad, así como para dar un enfoque amplio a las actividades del CPC.

En 1998 empieza oficialmente APS y se conforma un equipo intersectorial y multidisciplinario en donde todos los componentes de los equipos de APS son de planta. Es importante subrayar la presencia de una trabajadora social con experiencia en desarrollo comunitario en barrios marginales y de una enfermera profesional con formación en la universidad del valle sobre desarrollo comunitario. La actual coordinadora Gilda es la trabajadora social que lleva 22 años en el proceso. Coordina la estrategia de APS desde hace 4 años con continuidad y ha coordinado la estrategia en varias oportunidades.

Versalles hasta la actualidad: puntos de fuerza

La experiencia de APS en Versalles se ha sostenido en 22 años, nunca se interrumpió. La parte fuerte de la estrategia es la participación social y comunitaria en todos los programas implementados a través de una metodología participativa. Desde que se hizo el primer diagnóstico institucional hace 22 años nunca faltó voluntad política.

El trabajo de voluntarios comprometidos para dictar talleres ha permitido que la estrategia de APS, a pesar de la falta de recursos económicos, fuera sostenible. Siempre ha sido un trabajo más de compromiso y de responsabilidad social (capital social).



Libertad y Orden

**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

Un equipo multidisciplinario e intersectorial también ha sido determinante: lo varios sectores se intercambian personal especializado (Ejemplo: si educación tiene un psicólogo y salud no, en el momento que salud lo necesite trabajará para los programas del sector salud hasta que sea necesario).

Elementos importantes identificados para el desarrollo de una verdadera participación comunitaria:

- Los líderes con mucha visión a futuro
- La metodología utilizada: se hizo un diagnostico primero institucional y luego con participación comunitaria
- Las capacitaciones desarrolladas por voluntarios de la comunidad desde y apoyados por todos los sectores de la administración pública.
- El padre Vélez y Henry Valencia fueron los personajes comprometidos de la metodología participativa y democrática que atraviesa todos los programas sociales en Versalles.
- La multisectorialidad garantizada por un espacio muy importante como el de los CPC
- La voluntad política que nunca ha faltado en Versalles



**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



Todos estos elementos han contribuido a la construcción de la participación comunitaria a todos los niveles de los procesos y que APS se haya sostenido en 22 años sin interrupciones.



## DISTRITO DE BARRANQUILLA

En el distrito de Barranquilla la implantación de la estrategia de APS llamada Modelo de Atención Integral en salud, empezó hace 3 años. Desde el comienzo se priorizó la población más vulnerable del área urbana. La priorización de las actividades y programas a desarrollar han sido establecidos de acuerdo a la normatividad nacional. La geografía de Barranquilla y la elevada concentración de la población en los barrios de la ciudad son elementos que favorecen el acceso a los puestos de salud y las visitas por parte del personal de salud a los hogares. La población de Barranquilla es una población fluctuante que se ha logrado monitorear con un sistema de registración en el sistema por número de cedula.

En el 2009, año de implementación del modelo de APS, el sistema de salud de Barranquilla pasó por una profunda reestructuración por la construcción de la nueva red hospitalaria constituida por los PASO (Puntos de Atención en Salud Oportuno) y los CAMINO (Centros de Atención Médica Integral Oportuno). Los PASO son de primer nivel de atención y los CAMINO son nivel dos del sistema de atención. Para cada CAMINO hay 5 PASOS. Cada PASO y CAMINO tiene asignada una población de acuerdo a su área de influencia para la implementación del programa. La EPS del Estado CAPRECOM ha sido contratada para la ejecución de la estrategia de APS.

En Barranquilla hay más de 300 Caminantes de la Salud que son las mismas promotoras de Salud y diariamente ingresan a los hogares para realizar las visitas a las familias e identificar la situación de riesgos en que se encuentre cada uno de sus integrantes y conocer su realidad social y



sanitaria. Cada caminante tiene a su cargo un promedio de 450 familias para visitar a lo largo de un mes.

Entre las principales actividades que realiza la promotora están:

- Recolección de información para tener un diagnóstico de salud de la comunidad
- Plan de visitas según los riesgos identificados (Alto, medio y Bajo) para las intervenciones en salud
- Identificación de personas a SISBENIZAR para que accedan a los servicios de salud.
- Identificación de usuarios para los PASOS y CAMINOS (canalización)
- En caso esporádicos, prestan atención extra mural, como por ejemplo citologías cuando la paciente se encuentre en una situación que por su naturaleza no le permite movilizarse al puesto de salud más cercano

Los equipos de salud familiar son así compuestos: un médico, un odontólogo, una enfermera y una promotora de salud. Uno de los problemas principales para el equipo de APS es la contratación. Los trabajadores no son contratados directamente por la EPS sino por una cooperativa de servicios. El sueldo es muy bajo y son pagados por horas. La ruta de atención es muy clara en Barranquilla. Esto se debe al haber integrado la intervención extra mural del equipo con los nuevos centros de atención territoriales PASOS y CAMINOS.

El diseño y la implementación de la estrategia fue concertado con la comunidad según lo que dijo la coordinadora en la entrevista. También existe un sistema de evaluación y veeduría por parte de la comunidad que



se concretiza en una línea de atención telefónica para recepción de quejas que funciona las 24 horas. En Barranquilla no se hacen brigadas de salud y no existen indicadores que permitan medir el nivel de resolutivez del sistema.

La estrategia en Barranquilla se encuentra débil a nivel de intersectorialidad, no hay cooperación con la gobernación. Varias personas señalaron que podría mejorar la situación con el nuevo gobernador.

#### MUNICIPIO LA DORADA, CALDAS

En el Municipio de La Dorada Caldas el concepto de APS busca tener una visión social por lo cual se ha planteado el término de "Atención Primaria Social". En el 2005 empieza la estrategia y se crean los primeros equipos de APS. El secretario de Salud en el 2006 es el que impulsa la estrategia que se ve interrumpida por la nueva administración en el 2008. En estos tres años los objetivos de la administración municipal no contemplan APS.

En el 2010 la nueva administración retomó con fuerza la estrategia de APS. El nuevo alcalde era el mismo médico salubrista que en el 2005 cubría el cargo de secretario de salud. En el 2010 se volvieron a conformar los equipos de APS, se identificó el barrio Las Ferias en la parte Norte del municipio, como barrio marginal en alto riesgo y ahí se concentraron los esfuerzos de la administración pública en cuanto a APS.

La primera etapa fue el levantamiento de la línea de base. Este levantamiento fue ejecutado con 21 cogestores encargados de encuestar y digitar con el instrumento ficha familiar, se alcanzó el 57.9% de cobertura



de la población. Se hizo una subdivisión geográfica de los barrios de La Dorada y por cada 500 casas se crearon las Células de Acción Solidaria (CAS), cuyo propósito fundamental es prestar atención primaria social directamente en la comunidad. Se dividió la población por ciclos evolutivos. Cada célula tiene un equipo llamado Célula de Atención.

Este equipo está compuesto por una promotora de salud, un promotor de cultura, un promotor de deportes y una auxiliar de enfermera cada dos células. Además se creó un grupo de apoyo compuesto por un padrino de gestión por célula, un comité evaluador de prioridades y grupo de acción. Hoy en día existen en el territorio 32 CAS de los 45 planeados para tener el 100% de la cobertura de la población priorizada.

En el desarrollo de la estrategia la promotora (técnica en salud pública) tiene un papel central. Cada promotora tiene a su cargo una célula (500 casas) y está sola en la identificación de las problemáticas y de las necesidades de la población (muchas son las competencias requeridas a la promotora de salud). Su trabajo fundamentalmente es de Promoción y Prevención e inducción a la demanda. La ESE local participa a la estrategia proporcionando 6 promotoras de salud.

Los actores involucrados en la implementación de la estrategia son la Secretarías de la Administración Municipal (Salud, Educación y Bienestar Social) que están lideradas por el mismo funcionario secretario de salud que tiene una evidente sobrecarga de trabajo; la ESE Salud Dorada, el Observatorio para el Desarrollo y la Gestión Pública Centro de Convivencia del barrio Las Ferias.

La intersectorialidad de la estrategia tiene su espacio de construcción en el Consejo de Políticas Sociales en el cual están involucrados sectores



como la Comisaría de familia, la Policía nacional, la Registraduría, las JAC, el Hospital San Félix, la ESE Salud Dorada, las ONGs, las Universidades, la Iglesia y el SENA. La participación social es muy limitada y el funcionario piensa que, en la toma de decisiones e identificación de las necesidades, no hay que involucrar la comunidad sino personal técnico especializado que sepa leer el contexto.

En términos de universalidad de la estrategia también se ven limitaciones en la visión del secretario que concibe la APS solo para la población más vulnerable: subsidiados, vinculados y no vinculados; según él los ricos (los del sistema contributivo) no necesitan APS. Un grupo interno a la administración comunal ha construido un sistema de información (fichas y software) de los más avanzados entre los sistemas conocidos durante la investigación. El sistema alimentado periódicamente por las fichas, llenadas por las promotoras, está organizado para hacer prevención de riesgos: semáforo verde, amarillo, rojo. Atraves de la constante evaluación de los niveles de riesgo por cada ficha familiar, se prioriza la intervención.

La sostenibilidad de la estrategia ha estado hasta el momento sujeta a la voluntad política de las administraciones públicas de turno y en concreto con el nuevo alcalde para el 2012 no se tiene claridad sobre el futuro del modelo.

Puntos de fuerza: sistema de información (fichas y software) e intersectorialidad.

Debilidades: participación social, universalidad y recursos económicos. Hasta el momento la estrategia se ha mantenido básicamente atraves de recursos propios del municipio.



Libertad y Orden

**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

## CONCLUSIONES

- De las experiencias visitadas, en general, se puede concluir que se evidencian cuatro momentos históricos de implementación, que son: en los años ochenta, luego de la Ley 100 de 1993, la APS renovada y en la actualidad.
- No hay claridad conceptual sobre que es APS
- La fragmentación del SGSS es una limitante importante para la eficacia de la APS
- Se evidencia un vacío institucional por parte del ministerio de salud,
- Se percibe la necesidad de una mayor rectoría del ministerio para hacer efectiva la APS
- Se evidencia una ausencia de rectoría en la APS.
- Debido a la multiplicidad de entendimientos de la APS, su traducción a planes y a un sistema de información no hay una estandarización de la información en el plano nacional
- Algunas experiencias evidencian es que la implementación de APS es incipiente y que por lo tanto no trasciende los planes de gobierno
- La APS tiene una difícil proyección debido a su codependencia con los planes de gobierno departamental, municipal o distrital
- La voluntad política es un determinante importante para la implementación de la estrategia
- Falta de flexibilidad en la manera de hacer cultural y socialmente pertinente la APS en los lugares
- El definir el trabajo de APS por metas lo hace insuficiente ya que no se mide la calidad
- En algunas experiencias asimilan participación social con salud comunitaria conduciendo así a políticas asistencialistas
- La APS es siempre selectiva dejando de lado poblaciones vulnerables
- La lógica de la APS entra en contradicción con el modelo económico que rige el SGSS
- Las experiencias se centran en un concepto de salud familiar que no necesariamente corresponden a lo que es salud familiar



Libertad y Orden

**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

- Existe un problema de recurso humano debido a alta rotación del personal y a las precarias condiciones laborales en el plano salarial y tareas
- Falta de personal calificado en APS
- La conformación de los equipos básicos de APS está sujeta a las necesidades locales y a las posibilidades presupuestales
- En la mayoría de los casos no se evidencia la práctica efectiva de las Redes Integrales de Servicios de Salud
- A pesar de los esfuerzos de comunicación y sistemas de información la toma de decisiones no está apoyada por un procesos riguroso de análisis
- En las experiencias falta integral al régimen contributivo para buscar la universalidad
- El acercamiento entre salud pública y aseguradoras es reducido y fragmentado
- La sostenibilidad debido a la infraestructura, planes y recursos no está asegurada
- En varias experiencias se solicitó la unificación de instrumentos de diagnósticos y de contar con un sistema de información nacional
- Existen experiencias positivas en APS en el país que evidencian la viabilidad de la APS
- Experiencias importantes pero sin comunicar y analizar
- En la mayoría de los casos existe un capital humano formado en las anteriores experiencias de APS que está comprometido y que cree en la importancia de APS
- Se pudo detectar la existencia de una vanguardia de ideólogos en APS que se han encargado de difundir el modelo y sensibilizar a los actores implicados en la implementación de la estrategia
- La existencia de la normativa vigente (ley 1438) es una plataforma importante de sostenibilidad de la estrategia
- La existencia de múltiples plataformas de información evidencia el creciente interés por tener datos confiables y producir indicadores que puedan servir de insumos para planeación estratégica

#### RECOMENDACIONES

- Lograr claridad conceptual sobre lo que es APS
- Superar la fragmentación del SGSSS

Carrera. 13 #32-76 Bogotá D.C. - PBX: (57-1) 3305000 Fax: (57-1) 3305050  
<http://www.minproteccionsocial.gov.co>



Libertad y Orden

**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

- Mayor rectoría y acompañamiento técnico por parte del ministerio de salud
- Promover la relación entre sector público en salud con la investigación, formación y aplicación de instituciones de educación superior
- Comunicar y aprovechar las experiencias positivas en APS por medio de una mesa de trabajo nacional
- Lograr desvincular la APS de los planes de gobierno territoriales y que se convierta en política pública del sector salud
- Flexibilizar la APS para que sea cultural y socialmente pertinente en los contextos locales
- Desarrollar un seguimiento a las metas a cumplir que este acompañado de un monitoreo de la calidad del proceso tanto para los entes territoriales como para las EPS
- Replantear y lograr claridad sobre qué es la participación social en APS para establecer criterios similares en todo el país
- Replantear y lograr claridad sobre qué es la salud familiar en APS para establecer criterios similares en todo el país
- Desarrollar mecanismos de inclusión para cobijar poblaciones del régimen contributivo
- Fortalecer la APS en el área rural
- Fortalecer la relación entre municipio y gobernación
- Lograr contratar el recurso pertinente y capacitado dentro de un régimen laboral estable con cargas laborales que hagan viable la APS
- Fortalecer la veeduría en la contratación del recurso humano para los equipos de APS
- Integrar efectivamente las RISS
- Fortalecer las mesas de trabajo intersectoriales
- Sustentar la toma de decisiones a partir del análisis situacional de cada caso por parte del equipo de APS
- Articular los sectores de salud pública y aseguradoras
- Asegurar la sostenibilidad por medio del fortalecimiento de la infraestructura y por la asignación presupuestal de los recursos públicos y privados
- Unificar el sistema de recolección y procesamiento de datos en un sistema de información nacional que pueda ser utilizado en tiempo real

Como un último punto queremos resaltar que debido a lógica que sustenta la atención primaria en salud sería conveniente armonizar la estrategia con el



**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



actual régimen en salud. Quizás el camino sería de transformar la APS para que pase de ser una estrategia a ser la base del sistema de salud.

## BIBLIOGRAFÍA



ANEXO # 1

Factor	Descriptorios
1. Historia social de APS	Línea de tiempo para el diseño y construcción de APS Diagnóstico situación de salud Priorización de problemas en salud
2. Organización Social que soporta la APS	Actores claves en el sistema local de salud (roles y funciones) Formas de toma de decisiones Formas de consenso intragrupal para las acciones Formas de organización de la atención comunitaria Estrategias de gestión de equipos Planeación estratégica y sostenibilidad Estrategias de financiamiento Formas de asignación de recursos Seguimientos y evaluaciones Organización red prestadora de servicios Organización sistema de información Formas de coordinación entre áreas administrativas y asistenciales Formas de coordinación interinstitucional
3. Acción social	Sistema de información Estrategias de diagnóstico comunitario Estrategias de acción para cobertura y acceso Estrategias para disminución de inequidad Estrategias para la coordinación de la oferta de servicios Formas de coordinación de red prestadora Estrategias de seguimiento a las acciones -



	PyP- Trayectorias comunitarias de acceso a servicios Formas de atención comunitaria Capacidad de respuesta del sistema Participación de las aseguradoras en APS
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## **Equipo Ministerio de Salud**

### **¿Cómo se concibe la APS?**

¿Qué es la APS? Acuerdos conceptuales construidos en la experiencia  
¿Cuál es el alcance que se le da?

### **¿Para qué?**

¿De dónde y por qué surge la iniciativa?  
¿Qué se buscaba lograr? ¿Que buscaba resolver la APS?  
¿Qué resultados se esperaban de la estrategia?  
¿Cómo se midieron los resultados?  
¿Qué resultados se esperaban en relación con la equidad, la sostenibilidad, la efectividad?  
¿Cómo se usaron los resultados?

### **¿Para quién?**

¿A quién estuvo dirigida la estrategia de APS?  
¿Qué criterios de selección / focalización / diferenciales se utilizaron?

### **¿Cómo?**

¿Cómo se establecen las necesidades de la población? ¿Cómo se priorizaron?  
Se diseñaron instrumentos para el levantamiento de información sobre necesidades? ¿Qué aspectos contempla?  
Este levantamiento de necesidades permitió la identificación de población con necesidades diferenciales



Libertad y Orden

**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

- ¿Se centró en eventos de salud – enfermedad?
- ¿Qué sujetos / colectivos se abordaron?
- ¿Cómo se organizan las respuestas a las necesidades de la población?
- ¿Las respuestas fueron solo en salud, o se generaron procesos de respuesta articulada con otros sectores?
- ¿Qué transformaciones en los modos de atención – prestación de servicios se desarrollaron? ¿En qué ámbitos?
- ¿Se organizaron equipos de atención? ¿Cómo y por qué?
- ¿Se acompañaron de otros modos de organización de la atención?
- ¿Cómo se organiza la APS a nivel territorial?
- ¿Cuáles son los procesos de gestión para la APS a nivel territorial?
- ¿Cómo se organiza la APS a nivel IPS?
- ¿Cuáles son los procesos de gestión en la prestación de servicios?
- ¿Qué cambios se dieron en la prestación de servicios?
- ¿Cómo se organiza la APS a nivel de Aseguradores?
- ¿Cuáles son los procesos de gestión para la APS desde el aseguramiento?

### **¿Con quiénes?**

- ¿Cómo participa la comunidad?
- ¿Cómo se abordaron los procesos de participación social, a través de que procesos de organización y gestión?
- ¿Cómo se realizó la convocatoria a la participación de los diferentes actores en el proceso de APS? ¿Qué se logró?
- ¿Quién dirige la estrategia?
- ¿Qué continuidad ha tenido la estrategia?
- ¿Cómo se garantizó la continuidad?
- ¿Qué desarrollos tuvo la función rectora de la autoridad sanitaria en el marco de la experiencia?



## ANEXO #2

<b>Preguntas</b>	<b>Medellín</b>
¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado?	Se hace prevención y promoción en el centro de salud con tareas de parte del guía y con seguimiento de que se haga la tarea. No hay comunicación continua con los prestadores.
¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes?	Por medio de reuniones del comité técnico, donde están los profesionales que tienen las líneas de coordinación, el líder del programa, el subsecretario, subsecretaria. Hay un equipo de trabajo que revisa la normatividad y según el sistema integrado de calidad se dan aportes para la toma de decisiones. Desde el plan de Desarrollo están los lineamientos. Ahora están buscando reunirse con Planeación y Gobierno para construir metas y asignar recursos para el siguiente Plan de Desarrollo.
¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron?	Por necesidades de la población, se hace una priorización y miran cual es el equipo que se necesita, aunque tienen temor de incluir un médico por la responsabilidad. El equipo se conforma según la concepción biosocial de la APS y del perfil de las familias.



<p>¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda a las necesidades de la población? Y ¿por qué?</p>	<p>El equipo solo hace intervenciones educativas, no atención como tal, la manda al sistema. Sí hay cambios pero existe dificultad para mostrar los resultados. En la familia se dan cuenta que va cambiando la familia. Se hace énfasis en el acceso al aseguramiento y en educación en el cuidado de la salud pero hay aspectos estructurales más grandes</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



<b>Preguntas</b>	<b>Antioquia</b>
¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado?	Por medio de la visita de las auxiliares de enfermería se identifican las necesidades y se canalizan a los servicios, se hace por medio de un formato con original y copia, el original va a la ESE y la copia a la enfermera coordinadora quien hace el seguimiento y en los informes se consolida la población canalizada y la atendida efectiva, en caso de haber sido atendida se explica el por qué.
¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes?	Como está la APS en el plan de Desarrollo ya fue planeado el programa por Planeación Departamental, que a su vez le hacen el seguimiento. Según la metodología se tiene una facilitadora general departamental, quien asesora a los municipio en la toma de decisiones en la implementación de la APS. Los municipios mandan los proyectos en marco lógico y cuando el proyecto es cofinanciado entre hospital, municipio y Secretaria Departamental se hacen reuniones con el alcalde, la dirección local de salud y la facilitadora general departamental. Cuando hay cambios en los proyectos cofinanciados las decisiones se deben ser avisar a la interventora y a la facilitadora general departamental.
¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron?	Hasta ahora se está estructurando según la 1438. Tienen una auxiliar de enfermería pero según las necesidades de cada municipio se van a conformar los equipos. No están armados los equipos, los están haciendo.
¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda alas necesidades de la población? Y ¿por qué?	En este momento no se puede decir pero por canalización y atención es baja, no se puede decir por las dificultades en acceder a los servicios.



<b>Preguntas</b>	<b>Cundinamarca</b>
¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado?	Las promotoras entregan unas remisiones a las personas según el diagnóstico que hacen en la visita familiar. En un principio se hacían muchas remisiones y los hospitales no los atendían, lo cual creó desconfianza por parte de la población, ahora se hacen pactos con los hospitales, donde por remisión especial se sabe que fue dada por la promotora de salud se atiende a las personas.
¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes?	Las decisiones para cumplimiento de metas se hacen cada año por los directivos de la Secretaría departamental de Salud hacen una evaluación, luego se comunican a la Secretaría para que ella apruebe y ayude a tomar las decisiones concertadas para hacer el POA anual. La rectoría sobre el manejo de presupuesto se hace entre directores y secretaría, pero no hay rectoría con las aseguradoras.
¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron?	Todas son auxiliares de enfermería por el modelo antiguo de promotoras de la salud. Los equipos básicos de los municipios los contrata el alcalde según su diagnóstico municipal.
¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda a las necesidades de la población? Y ¿por qué?	Para los recursos que se asignan en salud nuestro país está muy mal en salud, pero a salud pública se le asigna siempre muy poco y con eso poco se ha podido hacer algo pero no es suficiente, no se le ha dado la importancia ni en presupuesto ni en rectoría a la PyP. Hay municipios que tienen 15 millones al año para salud pública ¿qué se hace con eso? Hay algunas acciones que se han venido mejorando en todo caso como las ETV, la atención materno infantil. Además los problemas de salud pública no los arregla solo el sector salud porque comprenden acciones intersectoriales que no se dan en la realidad de los municipios aunque existan los comités.



<b>Preguntas</b>	<b>Bogotá</b>
¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado?	En Salud a su Casa se hace inducción por remisión a las unidades de atención más cercanas.
¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes?	Se necesita que el Secretario Distrital gestione la APS para hacer la abogacía con los gerentes de las EPS y tomar decisiones conjuntas. El programa se circunscribe al Plan de Atenciones Colectivas de Salud Pública, donde se tiene una coordinadora de Salud a su Casa tiene un equipo coordinador que se reúne todas las semanas para hacer seguimiento.
¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron?	Los equipos se conformaron desde lo encontrado en los diagnósticos locales con participación social, donde se observa la salud integral por eso se tiene un equipo básico que hace educación (promotoras, auxiliares) y un equipo complementario que hace intervenciones familiares y son profesionales. Como el programa está planteado en procesos para cada uno se identifico el perfil de profesional que se necesitaba y se hizo una selección.



Libertad y Orden

**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

<b>Preguntas</b>	<b>Boyacá</b>
¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado?	Con los grupos de APS que van a la vivienda e inducen con una ficha del sistema que muestra todo lo que esta pendiente, también se hace una ficha de intervención familiar para consignar los resultados. Se les da una remisión.
¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes?	La secretaría departamental formó un comité directivo con el secretario y las 4 direcciones de la secretaría de salud. Desde hace dos meses se reúnen cada lunes en la mañana.
¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron?	Equipo básico: médico, auxiliar de enfermería, enfermera, psicólogo, técnico en saneamiento ambiental y técnico agrícola para los proyectos productivo, porque quieren impactar en los determinantes por eso los dos últimos para vivienda saludable y asistencia agrícola para las familia con problemas de nutrición.
¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda alas necesidades de la población? Y ¿por qué?	Responden que es alto porque están llevando especialistas a primer nivel para inducir demanda.



<b>Preguntas</b>	<b>La Dorada</b>
¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado?	Con ficha familiar, se levantó la línea de base el año pasado, se sistematizó en el software y las promotoras deben rotar por las casas con promedio de visitas de 1.5 al mes, actualizan la ficha y en el aplicativo se entrega a los digitadores o sincronizan todos los días. Tienen unos formularios con los que ellas hacen la inducción, que van a las IPS y se reportan al sistema.
¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes?	2 tipos de decisiones. Semanalmente con la unidad de análisis, que es una decisión técnica y las decisiones de dirección con el Comité de Políticas Sociales, que son sobre inversión y programas.
¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron?	Basados en la experiencia anterior por las promotoras que habían dado resultados muy buenos y que tengan formación en salud, el grueso son auxiliares de enfermería y tecnólogas en salud pública.
¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda alas necesidades de la población? Y ¿por qué?	Hay factores que se pueden llegar a solucionar pero hay otras necesidades que por competencia no se pueden solucionar (empleo, pago servicios públicos), por eso las respuesta s no son integrales. Se llega como al 70% de los problemas en agua, salud, recreación pero falta el resto que deben ser ellos mismos los que se empoderen en solucionarlos.



<b>Preguntas</b>	<b>Bucaramanga</b>
¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado?	La inducción de la demanda se realiza en el momento de la visita domiciliaria, responde esta a las edades de los programas de promoción y prevención, se entrega boleta de remisión para la unidad de atención correspondiente. Igualmente, se realiza mediante el callcenter, el cual hace la llamada de seguimiento y a su vez refuerza la demanda inducida.
¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes?	La estrategia se implemento por cuanto quedo contemplada en el plan territorial de salud para la vigencia 2008 - 2011, contemplándose una cobertura de 70.000 familias del régimen subsidiado y población pobre y vulnerable no asegurada. Lo anterior, por la inquietud del alcalde de llegar casa a casa con los servicios de salud, para garantizar una mayor accesibilidad y cobertura. La decisión fue del alcalde y se coordino con la secretaria de salud municipal, para la destinación de los recursos
¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron?	Por el nivel de atención, el tipo de actividades a desarrollar, el costo del recurso humano versus presupuesto asignado lo que obligo a buscar solo los perfiles fundamentales, medico, enfermera jefe, auxiliares de enfermería e higienistas orales.



<p>¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda a las necesidades de la población? Y ¿por qué?</p>	<p>El nivel de resolución de la APS actual en Colombia es limitado, debido a las barreras administrativas que imponen las EPS a los usuarios, lo cual no permite una adecuada atención, no hay oportunidad en los servicios que dependen de la autorización de las mismas, no se puede brindar integralidad por el fraccionamiento en que se encuentra actualmente la atención de las diferentes patologías (primero y segundo nivel).</p> <p>La modalidad que prima para la contratación del talento humano en salud (orden de prestación de servicios en el sector público) y los bajos honorarios, generan una alta rotación del personal, lo cual impide en la mayoría de los casos desarrollar un sentido de identidad y pertenencia a la institución y por ende la prestación de un servicio con calidad; de igual manera el entrenamiento dado al personal se pierde.</p> <p>Otro aspecto importante es la falta de resolutivez de la mayoría de los médicos generales por deficiencias en su formación clínica, y el poco conocimiento de los protocolos de los programas que desarrolla el ministerio de la protección social en el primer nivel. La cobertura de aseguramiento universal aún no han sido posibles, y los tramites para sisbenizarse son muy lentos trayendo inconvenientes a la hora de la atención. A pesar de que la red pública es grande, las unidades de atención no fueron construidas pensando en tener una zonificación adecuada para brindar una atención en salud familiar, adicionalmente por costumbre los pacientes acuden a todos los centros de salud que existen en la red, abriéndoseles historias en cada uno debido a que aún no se tiene sistematizada la institución.</p> <p>En las instituciones públicas hay mucha dificultad para hacer el seguimiento telefónico a los pacientes insistentes a los programas,</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	<p>embarazadas, riesgo cardiovascular entre otros, debido a que no se permite el pago de celulares, ni llamadas a celulares desde el teléfono fijo de las unidades de atención. En general el déficit presupuestal de las ESES afecta el desarrollo adecuado de la estrategia.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



<b>Preguntas</b>	<b>Santander del sur</b>
¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado?	No se hace directamente porque no es su competencia, la debe hacer la EPS. Hacen un modelaje para mostrar a las EPS cómo deben hacer la inducción.
¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes?	La APS quedo como una estrategia de gestión en la Secretaria Departamental por eso sus decisiones las toma el Comité Técnico de la Secretaría conformado por el Secretario y las Directores. Las decisiones operativas las toma el equipo operativo de la estrategia.
¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron?	En un principio se pensó en función de las competencias de la Secretará Departamental pero como no se tienen profesionales con formación integral y menos con enfoque de APS se tuvo que conformar un equipo interdisciplinario entre ciencias de la salud y humanas.
¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda alas necesidades de la población? Y ¿por qué?	Han acercado la oferta a la comunidad, se piensa que la gente reconoce su derechos a los servicios. También acompañan la implementación de protocolos que mejoran la atención de la población pero es más una asesoría. En algunos municipios se ha logrado que la APS se contemple en los próximos Planes de Desarrollo.



<b>Preguntas</b>	<b>Versalles</b>
¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado?	Dentro de la estrategia de APS la inducción a la demanda se hace casa a casa por un equipo de promotoras que trabajan con la institución desde hace más de 20 años, ya que esta estrategia en el municipio viene implementándose desde hace 22 años, también cada integrante del equipo de APS desde sus funciones hace esta labor, así mismo las promotoras en sus visitas domiciliarias.
¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes?	Las decisiones sobre la implementación de APS se toman desde la Gerencia del Hospital, teniendo en cuenta el trabajo y la experiencia del equipo que desde hace más de 20 años esta vinculado a este trabajo.
¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron?	El Hospital San Nicolás de Versalles no contrato equipo nuevo, sino que continuo con el que tenía, pues son personas que tienen sentido de pertenencia, conocen la comunidad y tienen la experiencia necesaria para continuar con el desarrollo de la estrategia. El hospital no contrató un nuevo equipo, ya que los recursos dados por la Secretaría de Salud solo alcanzan para sostener el equipo que viene trabajando desde hace muchos años en el desarrollo de la estrategia.
¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda alas necesidades de la población? Y ¿por qué?	La Estrategia de Atención Primaria en Salud brinda a la comunidad oportunidad y accesibilidad a los servicios, ya que tenemos atención diaria en el área rural donde se encuentran 7 puestos de salud y cada uno de ellos cuentan con una promotora que vive allí y por lo tanto conoce la problemática de su comunidad. La población del área rural tiene acceso a los servicios de salud que presta la institución como son: Consulta Externa, Programa de Promoción y Prevención, laboratorio Clínico, odontología, suministro de medicamentos, el 100% de la población de esta área tiene accesibilidad a los servicios de salud, ya que el municipio cuenta con cobertura universal. En el área urbana también la población tiene acceso a estos mismos servicios. Para complementar la estrategia de APS se tienen



programas como: Casa Hogar Prenatal, un sitio donde llegan las mujeres gestantes del área rural 8 o 15 días antes de su parto para evitar complicaciones a la hora de su parto y evitando la mortalidad materna; esta estrategia ha posibilitado que la tasa de mortalidad materna esta desde hace más de 10 años en Cero (0) en el municipio, igualmente contamos con el proyecto Valle de los Corazones Sanos que apunta a mejorar la salud de las personas con Hipertensión y diabetes, a través de un seguimiento continuo y permanente de su adherencia a los tratamientos para evitar daño en órganos blandos. Este proyecto se complementa con el de Estilos de vida Saludable, donde 3 veces a la semana las personas dentro de los clubes saludables hacen ejercicio para mejorar su estado de salud, así mismo se están haciendo constantemente talleres de nutrición que enseñan a cambiar los hábitos alimenticios de la población. Se cuenta en el área de Salud Oral con la Clínica Odontológica del Bebé donde se dan servicios en salud oral a los mejores de 5 años, el proyecto lleva funcionando en el municipio hace 12 años y ya podemos ver el impacto de la salud de los pequeños en la disminución de caries dental y en la mayoría de los casos una boca saludable; en la zona rural se tienen implementado el AIEPI Comunitario. También la Estrategia Escuela Saludable y Servicios amigables brindan un complemento a la estrategia en la atención a los escolares, adolescentes y jóvenes; respecto a la salud mental se está implementando la estrategia ALDEA, la cual busca rehabilitar a las personas con trastorno mental, prevenir suicidio, depresión, consumo de sustancias psicoactivas y brindar educación sobre cómo mantener una buena salud mental y dar herramientas a los cuidados de personas con trastorno mental para que puedan ser un apoyo en la rehabilitación de estos. Todos estos programas y proyectos se trabajan con intersectorialidad y participación de la comunidad, lo que ha hecho posible que a través de todos estos años se mantengan.



<b>Preguntas</b>	<b>Valle del Cauca</b>
<p>¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado?</p>	<p>EPS Subsidiadas: Dado que durante el diseño de la Estrategia de APS 2011 se realizó un levantamiento de información sobre las redes de servicios dada entre la red pública con las EPS subsidiadas, se detectó que las EPS Tienen contratos con toda la red pública en la cual operaríamos la Estrategia 2011, por lo tanto, los equipos de APS en los hospitales de baja complejidad podrían atender directamente la población caracterizada en terreno.</p> <p>EPS Contributivas: De igual manera, durante el diseño de la Estrategia 2011, se sabía de antemano toda la red contratada por las EPS operando en el Valle del cauca; de esta manera detectamos, que no contratan con la red pública. Se llegó a un acuerdo con las Gerencias de servicios de salud en el Valle del Cauca; que esta población no sería atendida en terreno, se entregaría un listado de las personas detectadas y se entregarían los listados para su atención por parte de la EPS. Pasados quince días después de este comunicado, si ellos no respondían al llamado Departamental, desde aquí se daría línea a la red pública para la atención de esta población.</p>
<p>¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes?</p>	<p>Valle del Cauca inició con mesas externas e internas, las cuales trataron de conjugar las lecciones aprendidas de las implementaciones anteriores de APS; pero se requirió de un equipo externo contratado, diferente al personal de Planta para sacar adelante la estrategia con los nuevos lineamientos de la 1438 del MPS, lo que no ha permitido de manera constante la participación en la toma de decisiones del equipo de planta, los cuales participaron por turnos durante todo el proceso de diseño, implementación, pero todos en los resultados, ya</p>



	<p>que de estos dependen el alcanzar las metas del Plan de Desarrollo.</p> <p>Este Grupo de Base de APS tomó todos los insumos de las mesas y retroalimentación de los actores para el Diseño de la Estrategia, realizó acompañado del Grupo técnico, presentaciones con grupos externos, OPS Bogotá, expertos ex funcionarios de OPS en el valle del cauca y Antioquia, indicaciones que nos sirvieron para realizar ajustes en la propuesta, pero la toma de decisiones definitiva, recaía en cabeza del secretario departamental de salud principalmente</p>
<p>¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron?</p>	<p>Se realizó un estudio sobre experiencias en diferentes Países y territorios (perfiles y competencias), y teniendo en cuenta las necesidades territoriales de acuerdo al perfil epidemiológico, se tomó la decisión de la conformación definitiva de los equipos extramurales de Baja complejidad operando actualmente en el Departamento. Y en definitiva, según seguimientos de la Estrategia han respondido de manera adecuada al diseño inicial</p>
<p>¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda alas necesidades de la población? Y ¿por qué?</p>	<p>Estamos por verlo, nos encontramos en resultados parciales y no debemos olvidar que la APS renovada tiene un contexto de desarrollo humano; entonces no podemos solamente hablar de coberturas y accesibilidad, que de entrada sabemos que estos objetivos son alcanzables por medio de la Estrategia, pero ¿dónde están las conformaciones de redes sociales instauradas y operando? ¿La demanda inducida pero a otros sectores, como el educativo? ¿en los de protección a víctimas?</p> <p>Aun no podemos decir sobre resultados definitivos dado las múltiples aristas que enmarca la APS renovada implementada en el Valle del Cauca, creo que podremos responder esta pregunta, el 30 de diciembre cuando estemos consolidando los resultados en la Gestión de Determinantes Sociales de la Salud.</p>



<b>Preguntas</b>	<b>Cali</b>
¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado?	Principalmente por boleta de remisión a los servicios de la red hospitalaria.
¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes?	En Cali se cuenta con el Comité Estratégico que está integrado por el Secretario de Salud, Jefe de grupo de Salud Pública, Jefe de grupo de Aseguramiento y Desarrollo de Servicios. Representantes de grupos: Planeación, Participación Social, Área Ambiental, Promoción y Prevención y Vigilancia Epidemiológica. Este comité es el encargado de dar las directrices al modelo, hace el seguimiento y evaluación. También está el Comité técnico encargado de la implementación operativa.
¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron?	Según los diagnósticos locales elaborados y el perfil epidemiológico, se tiene un equipo básico que hace el trabajo en las familias.
¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda alas necesidades de la población? Y ¿por qué?	Se han tenido resultado visibles en el mejoramiento de la salud de los pobladores. Se ha logrado el mejoramiento de ambientes saludables, en prevención del dengue, entre otros. Responde a las metas del Plan de desarrollo.



<b>Preguntas</b>	<b>Manizales</b>
¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado?	Casos especiales con énfasis se los dan a la Unidad Primaria de Atención. El seguimiento lo hace la promotora que es una auxiliar de enfermería. Se hace canalización con boleta de remisión a la Unidad Primaria más cercana.
¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes?	En la misión y visión de la ESE está la APS como una estructura por procesos y tienen el proceso de salud pública y la líder es una enfermera que se formó en los 80s y se van inscribiendo los expertos de APS, el asesor de gerencia en APS, ya había un conocimiento integrado. El software es vital para las decisiones porque son epidemiológicas. Comités de vigilancia de salud pública que tiene comité por comunas,
¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron?	No tienen promotora sino auxiliar de salud pública porque los programas del gobierno eliminaron la formación de promotoras. Va un equipo en un carro de APS en comodato con Asbasalud desde el 2007.
¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda alas necesidades de la población? Y ¿por qué?	Se está caminando, hay hallazgos pero no se puede decir que todo está bien. Si, desde el riesgo.



<b>Preguntas</b>	<b>Barranquilla</b>
¿Cómo se realiza la inducción de la demanda dentro de la estrategia de APS que están implementado?	Las caminantes (promotoras) entregan boletas de remisión en las familias según la necesidad de las mismas y los programas o servicios ofertados. Tienen un límite de remisiones según metas y capacidad operativa.
¿De qué forma se toman las decisiones sobre la implementación de la APS? y ¿por quiénes?	A principio de año se hace una planeación y según ella en la Secretaría Distrital de Salud existe un comité técnico de APS, que dirige la Secretaría Distrital de Salud y hace el seguimiento al plan anual. Mensualmente se hacen reuniones de comité donde se toman las decisiones según el desarrollo de cada programa. En lo operativo las caminantes se agrupan por localidad y tienen un coordinador que toma decisiones sobre la implementación en terreno.
¿Cuáles fueron los criterios adoptados para conformar los equipos de APS? y ¿por qué los adoptaron?	Las caminantes son auxiliares de enfermería, técnicas en salud pública, se buscó que fueran personas líderes en el sector o barrio donde desempeñaría la labor.
¿Cuál es el nivel de resolución que la APS brinda a las necesidades de la población? Y ¿por qué?	Se tiene un buen resultado sobre todo en el control del dengue. En vectores se trabaja en un 90% del tiempo y da buenos resultados. Desde la captación de las personas hasta la atención se tiene un buen resultado. Se cumplen las metas que se proponen. Se asegura el acceso a las unidades de atención por distribución territorial.



**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública





Libertad y Orden

**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

### **ANEXO #3**

**Informe sobre la documentación recibida por el grupo de investigación en las visitas a las doce experiencias priorizadas en el marco del proyecto *Sistematización de las experiencias de APS - RISS*. En total se recibieron 282 documentos por parte de las territorialidades.**

En cada visita le fue entregado al grupo de investigación documentación sobre la estrategia y la implementación de APS particular a cada lugar visitado. El presente informe presenta el análisis de la documentación de las doce experiencias.

La naturaleza y el número de los documentos producidos varía considerablemente de experiencia en experiencia, sin embargo, existen ejes temáticos que permiten aglutinar la información para encontrar aspectos en común y divergencias no solo en la implementación de APS-RISS como tal, sino en la manera en la cual dicha experiencia es concebida y cómo se han diseñado planes para implementarla por las entidades competentes.

A continuación presentamos los tres ejes temáticos. Al presentarlos abordaremos los puntos en común así como las divergencias.

#### *Componente de participación social en la estrategia APS*

Todas las experiencias hacen énfasis en la importancia de tener un enfoque claro y eficaz de participación social y acción comunitaria como base fundamental de la implementación de APS en las territorialidades. En la gran mayoría de las experiencias estos dos aspectos se consideran homólogos y se intercambian, sin aclarar las diferencias y los alcances de cada uno. El caso de Versalles es especialmente elocuente en lo que refiere a participación social articulada y eficaz.



## **Valle del Cauca**

Para el caso del Valle del Cauca, la participación social consta de dos componentes que están profundamente interrelacionados. Por un lado está el componente comunitario que plantea la necesidad de la intersectorialidad entre entes territoriales, empresas privadas y comunidad base. Por otro lado se presenta la participación ciudadana que busca integrara e impulsar acciones dirigidas a mejorar los servicios y las oportunidades de los ciudadanos, a través de un favorable encuentro entre el sector gubernamental y el sector civil. El fortalecimiento de la participación social se da a través de cinco elementos: 1). Elaboración, implementación y seguimiento de un programa de formación y capacitación a la comunidad para que se involucre en procesos de gestión de salud, 2). Diseño e implementación de un plan de trabajo en salud que atienda las prioridades detectadas, a la vez que favorece el empoderamiento de la comunidad, 3). Conformar y fortalecer Redes Sociales que articule diferentes actores gubernamentales y civiles, 4). Acciones de Información Educación y Comunicación (IEC) en temas como derechos humanos, participación, ciudadanía y cultura y 5). Creación y/o fortalecimiento de espacios formales y no formales de participación.

## **Versalles**

En el municipio de Versalles, la participación social se ha presentado como un componente esencial en la operacionalización de APS, donde la participación comunitaria se constituye en eje central para hacer diagnóstico comunitario, empoderar y hacer gestiones conjuntas que aseguren la salud de la población. La participación social en Versalles cuenta con una larga historia, por lo cual, articular la comunidad con los esfuerzos institucionales no representa una barrera; por el contrario, Versalles cuenta con grupos comunitarios organizados. En este sentido, para hacer viable las acciones en APS el Comité de Participación Comunitaria realiza talleres de sensibilización y participación consolida un proceso comunitario con respecto al plan de desarrollo municipal. En este plan de participación social articulada, el club de jóvenes líderes juega un papel fundamental en articular la comunidad y los esfuerzos de los entes territoriales. El club de jóvenes busca `generar



espacios que promuevan el bienestar de l@s jóvenes Versallenses, donde puedan desarrollar sus aptitudes y ser partícipes del desarrollo y el progreso del municipio, teniendo en cuenta sus necesidades, inquietudes e intereses' (Alcaldía Versailles SF b: 8). Es importante resaltar que la experiencia de Versailles ha sido documentada y se presente como una forma eficaz y valiosa de lograr la participación social en varios aspectos de la vida comunitaria, incluida la salud, logrando así mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos (ver Restrepo 2002).

### **Cali**

Para el caso de Cali, se reconoce como un obstáculo a superar el hecho de que las ESE no han logrado cumplir con las metas de extramuralidad y de esta manera lograr un contacto directo con la comunidad. La ausencia de tal contacto se ve reflejada en que las acciones de promoción y prevención, el énfasis en el autocuidado y la sostenibilidad financiera, aún no logran los niveles deseados. Sin embargo, la Alcaldía de Cali reconoce que la participación social se constituye en un pilar primordial para lograr articular la estrategia APS. El documento entregado al grupo de investigación representa una propuesta para implementar APS a través de la ESE CENTRO, que está conformada por las 16 IPS públicas de las comunas 8, 9, 10, 11 y 12. El objetivo principal de operacionalizar la estrategia APS es mejorar las condiciones de salud de los habitantes de esa área de influencia, 'mediante la adopción de un sistema de riesgo en la gestión territorial en salud' (Secretaría de Salud Cali 2011b: 14). En este caso, como en los demás, se hace referencia a la necesidad de involucrar a la población. Para la Secretaría de Salud de Cali, es primordial lograr la autogestión en salud por parte de la población, para lo cual es necesario trabajar con la comunidad para identificar las problemáticas y así negociar las acciones y de metas comunes de desarrollo local. De igual forma se propone la 'promoción de la articulación de actores locales' (Secretaría de Cali 2010 a: 6) a la vez que se generan procesos que aseguren la participación de la comunidad en asuntos públicos. Así mismo, se plantea la importancia de articular esfuerzos que propendan por la mejora de la accesibilidad y uso de los servicios de salud.



### **La Dorada**

En este municipio la participación social tiene, también, dos dimensiones; la individual - familiar y la comunitaria. Se plantea que la interacción de estas dos dimensiones alcanzará el empoderamiento de las comunidades que permitan el acercamiento del estado a la comunidad y así lograr atender las necesidades requeridas por los individuos doradenses. Para lograr este objetivo es necesario crear estrategias para conocer dichas prioridades de la ciudadanía así como es fundamental dar a conocer los programas gubernamentales pensados para tal fin; de esta forma la participación social de convierte en medio para el empoderamiento de la comunidad en vez de caer en el asistencialismo, el cual, de acuerdo a la alcaldía del municipio, no contribuye al crecimiento de La Dorada.

### **Manizales**

Para Manizales, la participación social puede traducirse a salud comunitaria. Se resalta la importancia de mejorar la calidad de vida la población rural y urbana de la ciudad, especialmente de la población afiliada al régimen subsidiado y a la población pobre no asegurada. El objetivo principal es impactar en el perfil epidemiológico del Departamento. Es importante resaltar que a diferencia de la mayoría de las otras experiencias, Manizales no hace referencia directa a un componente de 'participación social' aunque sí existe la visita domiciliaria en las que se presta atención médica. El enfoque se da principalmente en la atención.

### **Cundinamarca**

La gobernación de Cundinamarca plantea que la participación ciudadana es fundamental para poder articular acciones que redunden en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud de la población pobre y vulnerada del Departamento. Es importante resaltar que el enfoque principal de la gobernación es en planes de salud comunitaria, en la medida en la que se busca detectar y resolver los problemas prioritarios y específicos de la población del Departamento. Se propone, sin embargo, desarrollar, adaptar



y evaluar políticas que fomenten y fortalezcan la participación social, la cual es señalada como un mecanismo de empoderamiento, aunque este aspecto no se encuentra tan desarrollado como en los casos anteriores.

### **Boyacá**

En el caso del departamento de Boyacá, la participación social, que se entiende como gestión social, se debe articular con la prestación de servicios de salud, la mejora en aseguramiento y el diseño e implementación de programas de Salud Pública, en el marco de la intersectorialidad para así poder optimizar las condiciones de salud y calidad de vida de la comunidad boyacense. Igual que en el caso anterior, el enfoque se da en salud comunitaria centrada en el usuario y de plantea la necesidad de desarrollar políticas que fomenten la participación social, con el fin de que los individuos puedan incidir en la determinación de las prioridades en salud del Departamento.

### **Bogotá**

Para la capital del país el engranaje de los actores relevantes en salud es fundamental para asegurar el cubrimiento de los servicios. Uno de esos actores es la comunidad. La Secretaría Distrital de Salud plantea la importancia del compromiso político y social de hacer efectivo el derecho a la participación de la comunidad en la detección de las prioridades en salud y calidad de vida. Así se podrá abogar por que las agendas encaminadas a mejorar ambos aspectos sean integradas entre la comunidad y la Secretaría.

### **Santander**

La participación social en la documentación entregada por Santander es presentada como un elemento fundamental de la intersectorialidad. La participación social se articula de forma que permite desarrollar planes de salud comunitarias (centrada en las necesidades de la población) a la vez que fomenta la gestión en salud y el empoderamiento de la ciudadanía para participar en la delineación de programas de salud y así poder asegurar el goce efectivo de los derechos.



### **Bucaramanga**

En el caso del municipio de Bucaramanga, se propende por una mejora en la calidad de vida de la población vulnerable y pobre y se rescata la necesidad de hacer un acercamiento a la población para desde ahí identificar prioridades en salud, las acciones encaminadas a la articulación de la participación social son 'capacitar a los miembros del grupo familiar y líderes comunitarios, con el fin de aumentar el conocimiento de los factores de riesgo, su identificación, prevención y control'. Se identifican como para lograr la participación social de base las alianzas de usuarios y el trabajo con líderes comunitarios y con presidentes de juntas de acción comunal.

De igual forma, se presenta como estrategia de sostenimiento cursos de capacitación en salud para líderes comunitarios que buscan formar en normatividad, marco legal, comunicación asertiva, portafolio de servicios de la ESE ISABU, participación social, familia y salud, entre otros temas identificados como relevantes para la comunidad (ESE ISABU 2011:8). De esta forma se especifica el enfoque comunitario que se sustenta en los principios de APS que se centran en el individuo, la familia y la comunidad.

### **Antioquia**

La Gobernación de Antioquia y la Dirección Seccional de Salud Protección Social de Antioquia reconocen que para que la estrategia APS sea fiel a sus planteamientos originarios es fundamental involucrar de manera activa a la población objetivo. Se presenta como fundamental la necesidad de conocer el ambiente y el contexto sociocultural de los usuarios, para de esta forma poder plantear soluciones y servicios que sean sensibles a las necesidades identificadas por la comunidad. Así mismo, se resalta que lo fundamental de iniciar programas de educación a la comunidad que redunden en autocuidado y corresponsabilidad de la salud. En este modelo, como en los demás, el enfoque central se da en la familia y en la comunidad pero se recalca la necesidad de hacer de los individuos seres proactivos que se involucren con sus procesos (individuales, familiares y comunitarios) de salud, convirtiéndose en autogestores y líderes. Es decir, se busca empoderar a la población en temas de salud.



Libertad y Orden

**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

## **Barranquilla**

El Distrito de Barranquilla consideró que para lograr una articulación eficaz y real de la estrategia APS en su red de servicios, era indispensable iniciar por reestructurar la red y depurar los sistemas de información en las localidades sur oriente, suroccidente y metropolitana. La reorganización a la red y al programa de salud tiene un enfoque de atención a las personas, respondiendo a las necesidades de promoción y protección de la salud, la recuperación y rehabilitación de personas que tengan su salud deteriorada o se encuentren en situación de discapacidad. Estos esfuerzos están dirigidos, como en el caso anterior, al individuo, la familia y comunidad. La forma de alcanzar estas metas ha sido a través de las visitas periódicas domiciliarias, en las que se levantan datos por familia, para así, en un trabajo conjunto con la comunidad, establecer las prioridades en salud partiendo de las necesidades sentidas de la población y del perfil epidemiológico del Distrito. A la vez, se logró la `unificación de los planes de beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la población afiliada al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual fue iniciada a partir del 1º de febrero de 2010' (Secretaría de Salud de Barranquilla 2010: 6) con CAPRECOM IPS.

## **Articulación estrategia APS**

APS es presentada como una estrategia; como tal en cada caso existen formas propias de articular los principios de APS con las particularidades de sus territorios, con las interpretaciones de las entidades encargadas de implementar APS en el marco legal vigente. A continuación presentamos las diferentes formas que la estrategia toma en las experiencias hasta ahora estudiadas, partiendo de cómo cada experiencia define e interpreta APS.

## **Valle del Cauca: Participación Social**

Los documentos entregados por la gobernación del Valle del Cauca hacen énfasis principalmente en la participación social como eje articulador de la estrategia APS. Partiendo de la definición que la OPS ofrece sobre participación social; como un mecanismo para que la comunidad participe



activamente de la resolución de los problemas de salud, a la vez que hace ejercicio de sus derechos de libertad, democracia y control sobre la acción pública, la Secretaría de Departamental del Valle del Cauca presenta la necesidad de articular la participación social como prioridad para poder llevar a cabo la implementación de APS. El trabajo en participación social que realizan los distintos hospitales en cada municipio consiste en informar a la comunidad sobre la oferta de servicios, para que de esta manera pueda acceder a ellos. El enfoque de este componente está en las prioridades de salud pública. En esta estrategia se considera como actor principal a la comunidad base. Sin embargo, si bien está establecida la importancia de la participación social para la implementación eficaz de APS, los documentos señalan la necesidad de desarrollar mecanismos para que tal participación se integre a la estrategia. Es decir, es reconocida la relevancia de la participación social, pero aún no se articulan herramientas que permitan hacer de la participación social una realidad. Los documentos proponen mecanismos tales como realizar el inventario del estado de la participación en los municipios sin limitar las iniciativas y los espacios a instituciones de salud; definir las acciones en participación de acuerdo a cada nivel de atención y definir de forma clara las acciones de promoción de la participación social y política, con qué actores y de acuerdo a los diferentes niveles de atención en salud entre otros aspectos.

En este sentido, la estrategia APS en el Valle del Cauca se articula a través de la participación social con el fin de lograr un plan de acción de salud comunitaria en la que los intereses de la comunidad se puedan integrar a los intereses de las entidades encargadas de la administración de la salud. Es importante resaltar que los documentos son diseños para lograr la implementación de APS, más no presentan evaluación sobre la experiencia.

### **Versalles: Versalles saludable**

De acuerdo a la documentación facilitada por la alcaldía de Versalles, la implementación de la estrategia APS se realiza a través del programa llamado 'Versalles saludable'. Este programa está constituido desde la década de los 90 y ha buscado, desde entonces, brindar atención integral



que apunta a mejorar y mantener la calidad de vida de los versallenses por medio de la creación de una red que asegure el acceso de la población al proporcionar centros de atención cercanos a las viviendas y los lugares de trabajo. La red está dispuesta de la siguiente manera: 'en la zona rural 7 corregimientos, cada uno con 1 puesto de salud que aglutinan 43 veredas y la zona urbana esta compuesta por 9 barrios; con acompañamiento permanente de un equipo intersectorial y multidisciplinario' (Alcaldía de Versalles 2010 a:12). En este contexto, las prioridades en salud se esgrimen a través del diagnóstico comunitario, en el cual participaron la comunidad y los entes territoriales. Los actores relevantes son: sector salud, sector educativo, comité de cafeteros, Gobernación del Valle, sector agropecuario y del medio ambiente, administración municipal, SENA CLEM, corporación autónoma regional del Valle del Cauca C.V.C, parroquia la inmaculada, grupos organizados de la comunidad y el ICBF.

### **Cali: Un nuevo latir**

La Secretaría de Salud de Cali articula la estrategia APS a través del programa 'un nuevo latir', siendo el objetivo principal 'Desarrollar intervenciones en salud pública en territorios con poblaciones específicas a través de acciones intersectoriales, participativas, colectivas e integrales, orientadas por el enfoque de determinantes sociales, tendientes a contribuir al desarrollo local, mejorando indicadores de salud de los individuos, su familia y la comunidad' (Secretaría de Salud de Cali 2010 a:2). Como mencionamos en el apartado anterior, estos esfuerzos están enmarcados por los principios de APS. Ahora bien, la estrategia está aún por definirse, por este motivo se plantea un proyecto piloto en áreas priorizadas en las que la estrategia se articula por medio de la ESE del CENTRO en la que se busca reorientar la oferta de servicios de salud en función de la demanda, donde las necesidades que se priorizan son definidas por perfil epidemiológico y por las necesidades sentidas de la población beneficiaria. Para alcanzar esta meta es fundamental el trabajo multidisciplinario e intersectorial para así poder articular instituciones y servicios en un sistema integrado. En este sentido, también se prevé como primordial la sistematización de los registros de salud, en los cuales las historias clínicas se actualizan en tiempo real.



Ahora bien, el enfoque del diagnóstico que se propone tiene tres niveles: individual, familiar y comunitario, así se aseguran los esfuerzos extramurales para obtener la integralidad del autocuidado y de la participación familiar y comunitaria en el mismo. Por último, se plantea la importancia de establecer un 'sistema de gestión territorial intersectorial para el abordaje de los determinantes sociales con una amplia participación social y comunitaria' (Secretaría de Salud de Cali 2010 b:16).

### **La Dorada: Células de Acción Solidaria**

Los documentos entregados por la Alcaldía de la Dorada definen como elemento fundamental de APS el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con los servicios de salud. Por este motivo, sugieren extender el concepto de APS a "Atención Primaria Social", lo que significa que el foco está puesto en la participación social como herramienta primordial para la implementación de la experiencia APS. En este sentido, la forma como en el municipio de La Dorada se traduce la estrategia APS es por medio de lo que han llamado Células de Acción Solidaria (CAS), la cual cuenta con 500 familias cada una. Se trata de un proyecto de empoderamiento de la gestión social y los procesos de gobierno para lograr establecer las prioridades de la comunidad. Esta iniciativa busca generar bienestar social a través del autocuidado tanto individual como comunitario, a la vez que incentiva la articulación del Estado y la comunidad en la implementación de estrategias que aseguren el beneficio de la sociedad doradense en sus diferentes momentos del ciclo de vida individual, al igual que el bienestar de las familias.

Cabe señalar que en la medida en la que la iniciativa CAS busca mejorar la calidad de vida de la población de La Dorada, no se limita únicamente a los esfuerzos relacionados al sector salud; CAS propone que el desarrollo de la familia será consecuencia propia de la articulación desde una perspectiva de género de salud, educación, cultura, deportes y bienestar social.



### **Manizales: Atención Primaria en Salud**

En Manizales se operacionaliza la estrategia APS a través de un plan piloto de equipo extramurales de promoción y prevención, con la finalidad de hacer accesibles los servicios de salud a las comunidades. Así mismo se plantea la necesidad de realizar actividades de atención primaria; para lo cual se propone conformar equipos extramurales de carácter multidisciplinario, para que, en contacto directo con la comunidad se pueda optimizar la prestación de los servicios, se detecten prioridades en salud y se eliminen posibles barreras de acceso.

Como actividades principales se presentan la atención domiciliaria integral, la atención comunitaria que constituye acciones extramurales de promoción y prevención impartidas por el equipo multidisciplinario y la atención en las unidades básicas de atención, en las que se ofrece atención básica primaria.

En algunos de los documentos facilitados al grupo de investigación se presentan resultados de la experiencia de APS –iniciada desde años atrás- y se considera que el impacto positivo en la mitigación de riesgos detectados en el perfil epidemiológico, mostrando tasas satisfactorias de vacunación, inexistencia de casos de rubeola, disminución de la tasa de fecundidad y de muerte materno-infantil; aumento en talla y peso de infantes, entre otros indicadores (ver: ASSBASALUD ESE 2008: 6).

### **Cundinamarca: “Salud para mi pueblo”**

En el plan de gobierno del Gobernador Andrés González entiende APS como el desarrollo de salud popular, la cual articula a través del plan llamado “Salud a mi Pueblo”. El objetivo de este enfoque está en fortalecer el sistema de promoción y prevención a través de unidades diagnósticas móviles para así lograr atención personalizada en barrios, veredas, colegios y escuelas. Además propone activar un programa de atención de primer nivel que esté dirigido específicamente a las familias en condición de vulnerabilidad. El plan “Salud para mi Pueblo” está encaminado a generar un modelo de atención integral de la salud que identifique y dé solución a las necesidades particulares de la comunidad cundinamarquesa; que integre y



optimice la atención individual y colectiva; que, además, esté enfocada en la salud ambiental y laboral y que fortalezca el apoyo de redes sociales. En este sentido, el plan propone desarrollar estrategias para fomentar la participación social y así lograr el empoderamiento de la comunidad.

En relevante anotar que una de las prioridades en Cundinamarca es desarrollar servicios y unidades en los municipios con mayor vulnerabilidad, así como trabajar activamente para la disminución de la inequidad centrando la atención primaria y el primer punto de contacto en las necesidades familiares y de la comunidad y no solo en las necesidades individuales de la población de Cundinamarca. Los lineamientos de este plan está encaminados a facilitar el desarrollo del Departamento, pues se considera que lograr el desarrollo conducirá al beneficio general de la población cundinamarquesa.

De nuevo, este es un plan de gobierno y como tal presenta las proyecciones y planes, más no hay un documento que dé cuenta de los resultados de tal experiencia.

### **Boyacá: ASP-Salud Familiar**

Boyacá articula, desde el año 2008, la estrategia APS a través de la Salud Familiar, por lo que denomina el programan APS-SF. Para garantizar la atención integral en salud y así mejorar la calidad de vida de los boyacenses la Secretaría Departamental de Salud señala la importancia de enfocar los esfuerzos en la vida familiar y de esta manera asegurar la atención oportuna en las diferentes etapas de la vida que levan al auto cuidado tanto individual como familiar y comunitario. Con el fin de establecer la línea de base de las condiciones de salud de la comunidad se delimitaron tres enfoques: el riesgo por ciclo vital, los determinantes de salud y el uso y acceso a los servicios de salud. La Secretaría ha detectado que a pesar de los esfuerzos, no se ha reducido la inequidad en el Departamento como tampoco se ha podido superar la brecha que existe a nivel de salud. Es decir, la fragmentación de sistema de salud es evidente. Se resaltó entonces, la necesidad de trabajar directamente con la familia, la comunidad y con los entes institucionales y políticos con el fin de lograr alcanzar las metas del milenio en cuanto a salud



y equidad.

Un aspecto fundamental, que es resaltado en la documentación entregada por la Secretaría de Salud, es el énfasis en la promoción y prevención, que suponen un contacto efectivo con las familias y la comunidad. Esto, además, con el fin de poder detectar de manera conjunta las prioridades de atención por etapa de ciclo de vida y los riesgos asociados de la población. Esta mirada sobre la salud como un todo integrado supone también prestar atención a los ambientes sociales, ambientales y laborales de la comunidad.

### **Bogotá: Salud a su casa**

La forma como en Bogotá se implementa la estrategia de APS con enfoque familiar y comunitario articulando en todos los sectores del Distrito, empezando desde el año 2004. Hoy día se ha fortalecido el papel de la vinculación de la familia como actor fundamental para hacer de la estrategia una realidad, debido a que se busca incidir en la mejora de la calidad de vida de la población. Sin embargo, se han detectado limitantes a esta estrategia en lo que respecta al alcance y posibilidad de lograr una participación real por parte de la comunidad, sobre todo dadas las diferencias que existen entre familias rurales y urbanas, así como la inmensa diversidad de las familias al interior de la ciudad. El enfoque en las familias se basa en el supuesto de que éstas son unidades evolutivas de interacción biopsicosocial que presentan características particulares de orden social, étnico y cultural pero que a la vez funciona como un sistema abierto el cual es influenciado por el entorno común e individual de cada uno de sus miembros. En esta medida, la salud de la familia se puede ver afectada por eventos de enfermedad pero también por cambios en el entorno que llevan a nuevas adaptaciones que requiere la familia; por lo tanto, es fundamental lograr establecer ambientes familiares y comunitarios saludables en lo individual, medio ambiental y laboral.

Es así que a partir del contacto con las familias se proponen acciones integradoras que den cuenta de las prioridades de la comunidad con el fin de garantizar la autonomía del grupo familiar como colectivo y la individual de



cada uno de sus miembros. Los planteamientos de la estrategia se encaminan principalmente a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

### **Santander: “Santander en Serio”, “Santander Incluyente” y “Santander Sano”.**

En Santander, la implementación de APS han sido por medio de tres estrategias: “Santander en Serio” (2004-2007) “Santander Incluyente” (2008-2011) y “Santander sano” (2008-2011)- las dos primeras corresponden a dos planes de gobierno diferentes y la última surgió como complemento de “Santander incluyente” y refiere primordialmente a salud. En las dos primeras estrategias es posible ver cómo ambas iniciativas proponen políticas de orden social y económico para mejorar la calidad de vida de la población del Departamento a través del incentivo de oportunidades laborales, la generación de ingresos propios y el mejoramiento de las condiciones socio-económicas de aquellos en situación de vulnerabilidad. El plan de “Santander incluyente” demuestra un acercamiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, evidenciados en políticas referentes a derechos género y sostenibilidad ambiental, centrándose en la reducción de la inequidad, aunque ninguno de los dos planes presenta políticas claras sobre cómo reducir o erradicar la pobreza del Departamento. De acuerdo a un documento entregado por el Departamento, que consiste en un estudio que evalúa la experiencia APS en Santander, queda consignado que si bien la estrategia se presenta como fundamental, no existen mecanismos claros para implementarla como una política integradora que articule los diferentes sectores sociales sino que se presenta como una política limitada a fortalecer la promoción y la prevención, haciendo referencia a la participación social, pero sin modelar cómo desplegarla.

Con respecto al plan “Santander Sano”, que es el plan Territorial de Salud y que está enfocado en APS busca articular seis ejes fundamentales para asegurar la mejora de la calidad de vida de los santandereanos. Tales ejes



son: el aseguramiento, la prestación y desarrollo de servicios de salud, la salud pública, la promoción, la prevención, la vigilancia y, por último, el control de los riesgos profesionales, de emergencias y de desastres. Este plan hace especial énfasis en la importancia de la participación social para poder establecer conjuntamente las prioridades de la comunidad y a la vez, asegurar el trabajo intersectorial, con el fin de establecer determinantes sociales y ambientales que afectan la salud y así poder integrara estos aspectos a las metas.

### **Bucaramanga: ISABU en su barrio**

ISABU en su barrio es, desde hace cuatro años, el programa bandera en salud del municipio de Bucaramanga. Es definido por la Secretaría de Salud como 'un programa desarrollado con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque centrado en la persona, familia y comunidad. Identifica las necesidades con participación comunitaria y las resuelve con acciones intersectoriales' (2011: 8). Este programa tiene como objetivo principal 'aumentar la adherencia a los programas de promoción y prevención y ejecutar acciones que contribuyan al mejoramiento de la salud y la calidad de vida, en la población más pobre y vulnerable' (Secretaría de Salud y del ambiente 2011: 11). Esta estrategia se articula a través de la red servicios de ESE ISABU, que la cual cuenta con servicios ambulatorios con 25 centros de salud; tres unidades móviles rurales que prestan atención a la población rural; espacios habilitados para consulta externa especializada y servicios de hospitalización de segundo nivel (Hospital Local del Norte y Unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresita).

Con este marco, ISABU en su barrio busca aumentar las acciones y las canalizaciones en promoción y prevención, aumentar la adherencia de a tales programas, disminuir los indicadores de morbilidad por enfermedades prevenibles y crónicas no transmisibles y así lograr una disminución en la ocupación hospitalaria. De esta forma, el programa busca mejorar las la calidad de vida y de salud de la población pobre y vulnerable de Bucaramanga.



Libertad y Orden

**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

### **Antioquia: Con-sentido humano**

El modelo de APS en Antioquia se enfoca en el desarrollo humano del departamento, fortaleciendo las familias en procesos saludables para 'que la vida del ser humano se dignifique en términos de oportunidades para el desarrollo social armónico' (Gobernación de Antioquia y DSSPS de Antioquia 2010 a: 47). Vale la pena mencionar que en Antioquia, el modelo de salud enfocada en la comunidad no es un concepto nuevo. Desde los años de 1940, bajo la guía del doctor Héctor Abad se priorizó el trabajo con la comunidad, para lograr, de forma mancomunada responder a las necesidades sentidas de la población, tomando como unidad básica la familia. Hoy día, el programa de salud presenta como objetivo principal 'contribuir al mejoramiento del nivel de salud, bienestar y calidad de vida de la población antioqueña, como condiciones del desarrollo humano, mediante la instalación, desarrollo y consolidación de la estrategia de atención primaria en salud, para el cuidado de las familias' (Gobernación de Antioquia y DSSPS de Antioquia 2010 b:7). Dada la forma en la que está planteado el modelo, las entidades territoriales sustentan que existe una mayor aceptación y apropiación de la experiencia por parte de los actores del municipio y las comunidades, que se ha podido realizar diagnósticos familiares y comunitarios desde la demanda, que ha sido posible la articulación del programa con IPS públicas y otros sectores del desarrollo; de esta manera, se puede afirmar que ha habido una mejora en el acceso a servicios de salud y de promoción y prevención por parte de la población.

### **Barranquilla: Salud a mi casa**

El propósito general del modelo de salud manejado por el Distrito de Barranquilla es asegurar el mejoramiento de la salud de la población al disminuir 'la mortalidad y discapacidad prematura, la morbilidad evitable, en todo el ciclo de vida de la población' (Secretaría de Salud de Barranquilla 2008: 3). Esto se plantea por medio de un enfoque que se basa en prevención y promoción, así como en el reordenamiento de la red pública de servicios de salud en el Distrito. Al reorganizar la red de atención se mejorará la accesibilidad, la efectividad de la oferta, a la vez que se disminuye la duplicidad de acciones, se logra la sostenibilidad financiera.



Por otra parte, la estrategia de “La Salud en mi casa” integra acciones individuales, familiares y colectivas que propenden por la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Estas acciones son llevadas a cabo por los caminantes de la salud, quienes hacen las visitas domiciliarias y quienes tienen como apoyo los equipos Básicos de Atención Primaria en Salud conformados por profesionales y técnicos que laboran en los P.A.S.O.S. Estos caminantes son los encargados de identificar factores de riesgos ambientales y de salud en los niveles individual, familiar y comunitario’ (Secretaría de Salud de Barranquilla 2008: 14).

## **Diseño de las estrategias para implementar APS**

Para poder implementar las iniciativas ya expuestas, cada experiencia diseñó planes. A continuación presentamos los diseños de las experiencias hasta ahora analizadas.

### **Valle del Cauca**

Como dijimos anteriormente, en el Valle del Cauca la experiencia APS se articula a través del fortalecimiento de la participación social, con el fin de lograr el empoderamiento de la comunidad. Ahora bien, es necesario definir los mecanismos por medio de los cuales la Secretaría de Salud del departamento articula APS con énfasis en la participación social.

- 1) Cartografía Social. Es necesario identificar los actores diferentes que directa e indirectamente tengan relación con las situaciones de salud prioritarias que demanden atención, para así poder diseñar e implementar un plan de trabajo en salud, teniendo como punto de partida los determinantes sociales.
- 2) Conformar y fortalecer Redes Sociales en los municipios en los que se implemente la estrategia de APS, como instrumento para la promoción de la movilización social efectiva.
- 3) Diseñar, implementar y hacer seguimiento de un plan para hacer jornadas de formación y capacitación en temas relacionados con la



salud, en el cual las necesidades de capacitación se concertan con los actores implicados y se priorizan las temáticas del programa.

- 4) Promover la creación de espacios formales y no formales de discusión, decisión y encuentro para asegurar la discusión política en torno a la salud y así posicionar el tema de salud a nivel municipal.
- 5) Promover acciones de Información Educación y Comunicación (IEC) en cada localidad, de acuerdo a los recursos y capital disponible para ello. De esta forma se podrá diseñar una estrategia efectiva de comunicación sobre las problemáticas en salud y así se cumplirán con las metas de información, educación y comunicación.
- 6) Diseñar un plan de acompañamiento familiar con énfasis en apoyo psicosocial y en gestión local por la salud. Para lograr esta meta se debe establecer las necesidades en apoyo psicosocial a partir del trabajo con cada familia, para luego priorizar las necesidades y así poder elaborar una ruta de apoyo psicosocial, en la cual, a partir del trabajo con las familias se crean acciones para implementar el acompañamiento. Es fundamental, también articular las acciones familiares con las acciones institucionales para que la atención en apoyo psicosocial sea dada por la entidad competente.

### **Versalles**

El municipio de Versalles afirma que el desarrollo del modelo de APS es concebido como un proceso 'continuo que avanza siempre hacia la meta de obtener poblaciones cada vez más saludables, no es un estado final o lugar de llegada y tiene siempre un carácter visionario del futuro' (Alcaldía de Versalles 2010 a:19). Las estrategias de trabajo llevadas a cabo son:

1. Maternidad segura: Incentivando el parto institucional, los controles prenatales, el curso psicoprofiláctico, la casa hogar y los IAMI. También se ofrecen talleres de nutrición y manualidades.
2. Salud infantil (que incluye salud oral infantil): que redunde en educación en salud AIEPI, apoyo nutricional, UROCS, acciones de prevención salud oral > de 5 años, PAI y detección alteraciones del menor de 10 años por medio del seguimiento en crecimiento y desarrollo.



3. Salud sexual y reproductiva articulado con el club de jóvenes para brindar atención amigable a los y las adolescentes.
4. Club de jóvenes
5. Estilos de vida saludables, enfatizando en enfermedades crónicas no transmisibles, en el plan valle de los corazones sanos, ofreciendo además talleres de nutrición, y fortaleciendo el club de hipertensos y los clubes saludables. Así mismo, brindar educación en salud y comunicación en salud.
6. Adulto mayor: Por medio de la valoración del adulto mayor y del apoyo a grupos de tercera edad.
7. Salud mental. Haciendo esfuerzos en la prevención del consumo de SPA, la prevención de los trastornos mentales, ofreciendo una ruta de las terapias de relajación y los festivales de la ternura.
8. Proyecto aldea
9. Campañas de prevención
10. Sistema de vigilancia en salud que consta de hacer una cartografía social y monitoreos de vacunación, instaurar salas situacionales, más COVE institucional COVE comunitario COVE municipal.
11. Farmacia comunitaria. E el momento cuentan con 7 farmacias comunitarias. 6 de las cuales se encuentran ubicadas en el área rural y 1 en la zona urbana. Las farmacias comunitarias prestan servicio a todos los regímenes de seguridad social del municipio
12. Participación social comunitaria se asegura y se posibilita a través de la realización de diagnósticos participativos, de planes de desarrollo sectoriales que se desarrollan de manera conjunta, ligas de usuarios, veedurías ciudadanas y por medio de la rendición de cuentas.

### **Cali**

En el municipio de Cali el modelo de salud, basado en los principios de APS se propone implementar a través de la articulación constante de tres dimensiones. La de gobierno, que es el ejercicio de la autoridad sanitaria; la del territorio, que refiere a comunas y corregimientos en donde se



Libertad y Orden

**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



promocionen relaciones intersectoriales y comunitarias para lograr identificar y dar solución de a los problemas; y por último, la dimensión poblacional, que busca fomentar la autogestión en salud. La estrategia se organiza en un comité estratégico el cual tiene funciones específicas. El comité consta de las siguientes personas: Secretario de Salud, jefe de grupo de Salud Pública, jefe de grupo de aseguramiento y desarrollo de servicios. Representantes de grupos: Planeación, Participación Social, Área Ambiental, Promoción y Prevención y Vigilancia Epidemiológica. Las funciones de este comité son: Direccionamiento político y administrativo de la gestión operativa local; formulación y gestión del plan estratégico municipal; realización, seguimiento, monitoreo y evaluación de planes por área; retroalimentación al comité técnico de SSPM sobre avances y resultados; implementación de ajustes necesarios en forma oportuna. Las áreas de prioridad para implementar la estrategia son:

1. Embarazo en adolescentes. Priorizadas por comuna según los índices.
2. Enfermedades crónicas no transmisibles. Por ejemplo REM para diabéticos y para hipertensos (a partir de índices establecidos de 2005 a 2009).
3. Consumo de sustancias psicoactivas.
4. Problemáticas relacionadas con ambiental de la ciudad.

Es importante resaltar que la Secretaría de Salud propone el trabajo mancomunado de prestadores de servicio y aseguradores de los regímenes subsidiado y contributivo y de aliados como Universidades y centros de investigación, laboratorios farmacéuticos, y fundaciones. Esto con el fin de aumentar la cobertura de planificación familiar; la captación temprana y la garantía de atención de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles; y el acceso a los centros de rehabilitación de drogadicción a quienes lo necesiten.

### **La Dorada**

La Dorada implementa APS a través de las CAS. El diseño de estrategia consta de tres etapas, la primera y la segunda fueron ejecutadas entre los años 2010 y 2011 y la tercera está programada para ser ejecutada en el segundo semestre de 2011. Vale la pena recordar que la estrategia se enfoca en incidir en las diferentes etapas del ciclo vital.

Las tres etapas del diseño de la estrategia son:



Libertad y Orden

**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

1. Levantamiento de línea base. Esta etapa contó con 21 cogestores los cuales encuestaron y digitaron el instrumento de ficha familiar. En este ejercicio se alcanzó el 57.9% de cobertura de la población con 22 de las 38 CAS programadas, que representa la totalidad de la población vulnerable.
2. Identificación de grupos de riesgo. Esta etapa inicio con un proceso de retroalimentación de las fichas familiares levantadas en la etapa anterior, se realizaron medidas antropométricas a niños de 0 a 9 años y se hicieron valoraciones de tensión arterial a grupos de riesgo. De este ejercicio se crearon 24 grupos saludables para hipertensos y diabéticos. Así mismo se implementó la estrategia de seguimiento a cada hogar y a cada cuadra que compone las CAS. De igual manera de implementaron espacios saludables para la utilización del tiempo libre, a través de la creación cuatro escuelas deportivas, del apoyo a escuelas y clubes saludables, grupos de acondicionamiento físico para adultos mayores y la motivación a CAS para participar en los espacios deportivos. En este mismo sentido, se implementaron espacios culturales para las familias de las CAS, promocionando la participación de las familias en grupos culturales.
3. Ejecución de políticas públicas. La implementación de esta tercera etapa cuenta con ocho procesos. Primero es el seguimiento al programa de salud infantil que cuenta con visitas domiciliarias, la valoración de cobertura útiles para niños de 0 a 5 años, inducir la demanda a los programas de crecimiento y desarrollo, hacer seguimiento a los casos de bajo peso que hayan sido reportados y fortalecer la educación en AIEPI comunitario. En segundo lugar está el seguimiento al programa de salud sexual y reproductiva. En este proceso se busca inducir la demanda en programas de detección temprana de cáncer de seno, cérvix y próstata, los métodos de planificación familiar, programa de atención a adolescentes y control prenatal. Este proceso también está encaminado a fortalecer la educación comunitaria en ITS y en socializar las rutas de atención en caso de maltrato y violencia sexual. Como tercer proceso se presenta el seguimiento a las políticas de seguridad alimentaria. Para llevar



Libertad y Orden

**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

acabo esta meta es necesario detectar los casos de bajo peso infantil (para remitir los casos de desnutrición aguda al centro de recuperación), establecer programas de educación en alimentación saludable y en la adecuada manipulación de los alimentos e inducir la demanda de programas de crecimiento y desarrollo. En cuarto lugar se presenta el seguimiento a políticas de salud mental, el cual requiere de un tamizaje de personas con trastorno mental, remitir a los pacientes a grupos de autoayuda, realizar talleres culturales con las familias CAS, promoción de la participación de familias en grupos culturales, intervención cultural con grupos especiales, realización de muestras teatrales y de grupos culturales. Como quinto proceso está el seguimiento a las políticas de salud oral a través de inducir la demanda en programas de promoción y prevención de salud oral, educación en higiene oral y participación en brigadas de salud oral. El sexto proceso es el seguimiento a las políticas de estilos de vida saludables que propone el apoyo y seguimiento a los clubes saludables, la remisión de la oferta deportiva y cultural al municipio y la educación acerca de espacios libres de humo y la ley antitabaco. En el séptimo lugar se presenta el seguimiento a las políticas de control de vectores. Se propone educación en ETV y en medidas para prevenir el dengue, apoyar a la oficina de saneamiento ambiental para establecer los índices de incidencia y hacer visitas domiciliarias a los casos de dengue reportados. Finalmente, el último proceso es el seguimiento a las enfermedades de interés en salud pública, a través de la búsqueda activa de casos sintomáticos de enfermedades respiratorias y dérmicas, seguimiento a pacientes con TBC y sífilis y realizar cercos epidemiológicos a enfermedades inmunoprevenibles.

### **Manizales**

El objetivo principal de la estrategia APS en Manizales es 'favorecer el desarrollo de las políticas de salud del municipio de Manizales en las comunas y corregimientos, mediante la implementación de estrategias de atención primaria en salud, fortalecimiento de la salud familiar con apoyo de promotoras de salud y auxiliares de enfermería, del centro de atención



Libertad y Orden

**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

primaria con el fin de caracterizar, focalizar los factores de riesgo y promover los factores protectores para la población (ASSBASALUD ESE 2008: 2).

Los componentes de esta estrategia son:

1. Atención domiciliaria Integral. Que busca prestar servicios médicos domiciliarios bajo un modelo multidisciplinario a población vulnerable tal como 'personas mayores de 60 años, con enfermedades crónicas y/o terminales de diagnóstico y tratamiento establecido o con discapacidades que les impida el acceso a los servicios de salud por sus propios medios' (ASSBASALUD ESE 2008: 2). Este servicio se presta sin poner en riesgo la vida de los pacientes.
2. Atención Comunitaria. Este tipo de atención tiene tres frentes: a) Agentes comunitarios quienes suelen tener un perfil de auxiliares de enfermería o promotoras de salud capacitadas. El trabajo de estos agentes es directamente con las familias, llenando la ficha familiar con enfoque de riesgo. 'Su labor es la de generar autocuidado, tamizaje y remisión de casos de riesgo y seguimiento'(ASSBASALUD ESE 2008: 3); b) Equipos extramurales interdisciplinarios. Son equipos que cuentan con médicos, enfermeras, higienistas orales, auxiliares de enfermería, promotoras de salud, técnico de saneamiento y líderes comunitarios. Son encargados de recoger información familiar y así poder detectar riesgos. Estos equipos también acompañan 'los proyectos que ejecutan las acciones colectivas de salud pública del respectivo plan municipal (ASSBASALUD ESE 2008: 3); c) Unidades primarias de atención. Son unidades de atención básica primaria ubicadas en los Centros de Salud urbanos y rurales. Prestan servicios a los pacientes remitidos por los agentes y por los equipos extramurales. Así mismo; en las Unidades se realizan consejerías, se atienden grupos de gestantes, casos de ERA e IRA, 'ejecutan planes caseros de estimulación y recuperación nutricional; organizan grupos de riesgo en jóvenes, adultos, ancianos, para complementar el autocuidado en enfermedades de interés en salud pública' (ASSBASALUD ESE



2008: 3). Las actividades de las Unidades Primarias de Atención son:

- Salud sexual y reproductiva en hombres y mujeres en periodo intergenésico
- Maternidad segura
- Población menor de 10 años de edad
- Población de 10 a 25 de años de edad
- Adulto- Anciano
- Vigilancia epidemiológica
- Saneamiento básico

### **Cundinamarca**

El plan de APS en Cundinamarca, que se basa en la salud comunitaria y la implementación y fortalecimiento de servicios de atención consta de tres componentes:

1. Salud pública. En este componente se busca desarrollar acciones promoción y prevención de salud, así como las acciones determinadas en el Plan Territorial de Salud. Para poder cumplir con estas metas se propone la detección del riesgo en el ámbito de la familia, a través de promotores de salud quienes tendrán, cada uno, a su cargo un número aproximado de 200 familias. Así mismo, se propone la prestación de servicios básicos de salud a la población en condición de vulnerabilidad, así como a la que se encuentra en lugares apartados. Esto se hará por medio del establecimiento de brigadas de salud en centros y puestos de salud así como la conformación de unidades de promoción y prevención satélites quienes, en coordinación con los responsables dentro del sistema, se encargarán de proveer los servicios necesarios. De igual manera, se plantea la estrategia de Escuela saludable para desarrollar las competencias frente a la salud de la población escolar a través de la promoción de salud en escolares, padres de familia y educadores. Por último, se plantea la implementación de "patrullas" que son equipos de asistencia técnica que se encargarán de estructurar la operación del modelo a nivel municipal.



Libertad y Orden

**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

2. Aseguramiento. En esta instancia se propone desarrollar acciones que permitan garantizar la inclusión de la población más vulnerable al sistema de salud. Esto se hará mediante la afiliación al régimen subsidiado en la forma de subsidios totales en los cuales se remitirán los pacientes a los diferentes niveles de complejidad de la red de prestación de servicios y atención.
3. Prestación de servicios. En relación con el componente anterior, se reorganizará y reestructurará la red prestadora de servicios de salud de Cundinamarca para optimizar el uso de la infraestructura del departamento haciendo operativos aquellos puestos de salud que no están en funcionamiento mediante la estrategia de unidades satélites de promoción y prevención.

Las prioridades se establecerán por grupo etario en coordinación del trabajo de las brigadas en las cuales se establecerán “paquetes de atención básica en salud”, que contarán de estrategias que buscan garantizar la atención integral, oportuna y de calidad y por por medio de promoción y prevención, protección frente a riesgos, detección y tratamiento oportunos. En este modelo, estimula inducir la demanda, crear compromiso y adherencia por parte de los usuarios en los programas diseñados en el marco de APS, así como el cumplimiento de los mismos. Se busca también que las instituciones relevantes capte el mayor número de usuarios que pertenezcan a cada “paquete” y que efectúen estrategias de educación, promoción e información y orientación.

### **Boyacá**

En Boyacá, para la elaboración definitiva de la política APS que enfatiza en la salud familiar para la construcción final de la política se identificaron cinco principios básicos sobre los que se sustenta la estrategia. Estos principios son: 1). Cobertura y acceso universal, 2). Integralidad, Integración y Continuidad, 3). Orientación familiar y Comunitaria, 4). Intersectorialidad y 5). Fortalecimiento del primer contacto. Así mismo, se identificaron cuatro escenarios de intervención: la familiar, la comunidad, el nivel institucional y el nivel político. Partiendo de estas bases se propone un modelo de atención que intervenga de forma integral a nivel de los diferentes estadios del ciclo



Libertad y Orden

**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

vital y en los cuales, gracias al fortalecimiento del primer contacto se pueden adoptar las estrategias de AIEPI, IAMI, SAAJ, APSM, CRONICAS.

Así mismo, se buscan generar alianzas estratégicas con el primer y segundo nivel de atención, que aseguren la sostenibilidad de la red. En este modelo será posible caracterizar la población (en términos demográficos, por ciclo y condiciones de vida y por morbilidad) para garantizar la detección temprana, hacer actividades de información y educación en promoción y prevención, orientando sobre los servicios y las redes institucionales de acuerdo a los programas de acuerdo al ciclo de vida. Así mismo, se propone un seguimiento a de los servicios de salud para garantizar la continuidad de la atención en salud y de esta manera lograr el control efectivo del riesgo. Una vez efectuada la caracterización se propone poder determinar el riesgo por ciclo vital y por familia y así poder tomar decisiones conjuntas entre las familias, las redes sociales, institucionales y políticas.

### **Bogotá**

En Bogotá, al igual que en otros casos, la estrategia APS se articula pensada en la atención integral en el ciclo vital y, como en el caso anterior, el énfasis se hace en la familia, sin perder de vista la autonomía individual de sus miembros. Para lograr un direccionamiento estratégico en salud que responda a las necesidades por ciclo de vida y por núcleo familiar es necesario diseñar propuesta integrales en cuatro aspectos:

1. Gestión del territorio, que se desarrolla en tres niveles: la gestión en el propio ámbito, la gestión en las instituciones y la gestión con actores locales. En este contexto, la gestión del territorio se trata de realizar acciones tanto administrativas a nivel de instituciones como de abogacía civil que permitan la optimización y articulación efectiva de los diferentes actores y sectores relevantes, que garanticen la respuesta integral e integrada a las necesidades detectadas.
2. Intervenciones que promuevan la salud. En este escenario se busca incentivar las actividades de información, educación y sensibilización realizadas por los equipos de Salud Familiar y Comunitaria; la canalización de programas y servicios; el fomento y seguimiento a la



Libertad y Orden

**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

- adherencia a programas de salud y fortalecer acciones individuales de promoción y prevención. Así mismo, se plantea la intervención plurimodal para la promoción de la salud mental y del desarrollo humano. También se propone la estrategia de rehabilitación basada en comunidad (RBC), que consta de encuentros de familias en situación de discapacidad para empoderarlas y hacerlas conocedoras de sus derechos. Por otra parte se presentan los planes integrales de entornos saludables laborales, ambientales y de vivienda en micro territorios de Salud a su Casa. Dentro de las intervenciones que promuevan la salud se plantean estrategias Materno Infantiles AIEPI – IAMI para familias con menores de 5 años, la gestión para el mejoramiento de las condiciones para la Seguridad Alimentaria y Nutricional y el fomento a la salud oral.
3. Intervenciones que prevengan el riesgo. Se adelantan propuestas para la promoción de entornos de trabajo saludables en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional. El acompañamiento y consolidación de una red primaria en el cuidado de la mujer gestante y la promoción y educación sobre la tenencia de animales y el control de vectores para controlar las enfermedades compartidas entre el hombre y los animales.
  4. Intervenciones que restablezcan derechos. En este aspecto se propone implementar la asesoría domiciliaria a familias en situación de discapacidad y fomentar la rehabilitación basada en comunidad para asesorar a las familias en temas sobre autonomía social, funcional y política. También se presenta la necesidad de la intervención psicosocial en eventos que influyen en la salud mental y calidad de vida de las familias que han sido inidentificadas como en necesidad de este tipo de apoyo, estableciendo redes de vigilancia comunitaria e institucional, de monitoreo y de apoyo. En este mismo sentido se ofrece la intervención psicosocial diferencial a familias en situación y condición de desplazamiento, con el fin de alcanzar cambios positivos en las relaciones intrafamiliares y a la vez que se fortalecen sus procesos participativos en la comunidad.



Libertad y Orden

**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

## **Santander**

En Santander, donde el enfoque también es en la salud comunitaria con el fin de mejorar la calidad de vida de la población. La política en salud cuenta con cinco componentes:

1. La promoción de la salud y la calidad de vida, que reconoce la participación social, el autocuidado y la autorresponsabilidad como elementos fundamentales para el buen funcionamiento de APS. De esta manera, los individuos y las comunidades serán capaces de identificar y atender sus necesidades en salud, lo que significa tener en cuenta la posibilidad de hacer cambios a estilos de vida más saludables. Para alcanzar estos objetivos es primordial formular, adoptar y evaluar políticas públicas encaminadas a reorientar los servicios hacia la promoción de la salud con calidad y centrados en el usuario.
2. La prevención de los riesgos. En esta dimensión se busca formular, desarrollar, implementar y evaluar políticas públicas concernientes a la prevención de los riesgos biológicos, de consumo, de comportamiento, del medio ambiente, laborales, sanitarios y fitosanitarios. De igual manera, se incentiva el seguimiento de acciones de prevención y detección temprana del POS-S y el POS-C. Para esto son necesarias la difusión y vigilancia de guías de atención integral basadas en la evidencia; la adopción del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. EN este sentido, este componente de la política de salud de Santander tiene resonancia con el seguimiento y evaluación de las intervenciones preventivas de tipo colectivo de las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública.
3. La recuperación y superación de los daños en la salud. En este aspecto se propone el seguimiento y evaluación de las acciones de detección temprana y atención en salud del POS; la prestación de servicios de salud a la población en condición de vulnerabilidad e la que se apliquen normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar los procesos de atención por ciclo vital. Así mismo, se plantea la necesidad de implementar acciones de coordinación y articulación intersectorial que facilite: el diseño y



Libertad y Orden

**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

- ejecución de las estrategias de recuperación y superación de los daños en la salud; la articulación de redes de urgencias y de los sistemas de referencia y contra referencia; y la prestación de servicios de atención integral de los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral.
4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento. Las acciones de este componente se direccionan al monitoreo, evaluación, y análisis de la situación de salud departamental; del impacto de las políticas y de las estrategias formuladas para atender las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública y la implementación del sistema de información de salud. Así mismo se busca el desarrollo de estrategias para la difusión de resultados en salud.
  5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública. Para llevar a término este componente es necesario desarrollar estrategias para garantizar el aseguramiento universal, el fortalecimiento de la capacidad de rectoría, regulación, gestión y fiscalización en salud pública. Así mismo se debe trabajar en el mejoramiento de la capacidad institucional para la planificación y gestión de las acciones individuales y colectivas en salud pública; el trabajo intersectorial para intervenir en los determinantes de la salud y así lograr reducir condiciones de vulnerabilidad a nivel individual y de poblaciones. En esta medida, las estrategias propias de este componente se deben encaminar a mejorar, de forma continua, las competencias del talento humano en áreas relacionadas con la salud pública; a diseñar e implementar un plan de asesoría y asistencia técnica a todos los actores del Sistema de Protección Social; así como a la promoción del control social y la rendición de cuentas.

### **Bucaramanga**

ISABU en su barrio implementa la estrategia en salud, basándose en los principios de APS por medio de un modelo de atención en su barrio, el cual gira en torno de la tríada individuo-familia-comunidad. Se presenta como primera instancia el equipo de ISABU en su barrio quienes diagnostican a la



persona, la familia y la comunidad. Los datos levantados en las visitas y diagnósticos son sistematizados y así se definen las prioridades en salud y las necesidades en prestación de servicios. Una vez delineadas las prioridades, se procede con intervenciones en casa y con remisiones a las unidades de atención, para de esta forma canalizar a los usuarios, quienes son atendidos en promoción y prevención, en consultas de diagnóstico y atención para tratamiento o rehabilitación. Finalmente, se hace seguimiento a los usuarios sobre la asistencia a los programas ofrecidos por ISABU en su barrio.

Las áreas que han sido priorizadas son:

1. Tamizaje de agudeza visual
2. Citología cervico-uterina
3. Planificación familia
4. Salud sexual y reproductiva
5. Mujer gestante
6. Vacunación
7. Salud oral
8. Adulto joven
9. Adulto mayor
10. Crecimiento y desarrollo

### **Antioquia**

El modelo de salud en Antioquia, que se fundamenta en los principios de APS, presenta su eje central en la familia, entendiendo está como célula primordial de la sociedad, como articulador entre lo individual y lo comunitario, entendiendo las familias como unidades dinámicas y en constante cambio. Así mismo se recalca que el objetivo de la estrategia es facilitar y asegurar el desarrollo humano de los habitantes del departamento disminuyendo los factores de riesgo y fortaleciendo los procesos de respuesta social. Para de esta forma contribuir a la justicia social, a la equidad y a hacer efectivo el derecho a la salud. Para lograr el acercamiento exhaustivo a la familia y así poder implementar de forma eficaz la estrategia se presentan como ejes de trabajo e intervención los siguientes elementos:



Libertad y Orden

**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

1. Contexto socio-económico y cultural de la vida familiar: Entendiendo este aspecto como sustrato esencial para la salud.
2. Composición familiar: Refiere a las características de la estructura de la unidad familiar.
3. Procesos críticos de vida familiar: Son aquellos eventos que se viven de manera diferencial en la familia y que tienen el potencial de alterar la armonía y la tranquilidad familiar en un momento determinado.
4. Relaciones intrafamiliares: Son las dinámicas propias de todos los integrantes de un núcleo familiar –que la estrategia busca trabajar para que se pueden establecer como armonioso y saludable.
5. Afrontamiento familiar: Significa la capacidad de movilidad que tiene la familia para lograr satisfacer sus necesidades y sobreponerse a situaciones problemáticas y críticas.
6. Apoyo social: Constituye el conjunto de recursos con los que cuentan las familias en determinados momentos y lugares.
7. Ciclo vital familiar: El ciclo de vida de la familia y sus integrantes. Como hitos de ese ciclo se han reconocido los siguientes momentos:
  - Constitución de la pareja
  - Nacimiento y crianza de los hijos
  - Hijos en edad escolar
  - Adolescencia
  - Ancianidad

Una vez establecidas las características y de cada familia se puede pasar a determinar los riesgos y las necesidades en salud. La ruta metodológica que se presenta para llevar a cabo esta estrategia consta de cuatro momentos:

1. Diagnóstico participativo: Reconocimiento del entorno familiar (con las características mencionadas anteriormente).
2. Reflexivo-analítico: Análisis y validación del momento anterior por parte de la comunidad, así como la priorización de las acciones.
3. Conciliaciones y acuerdos: Socialización municipal para negociar los acuerdos y compromisos.
4. Planeación y organización: Momento en el que se formulan los proyectos a ser ejecutados.



Las entidades territoriales de Antioquia muestran como logros alcanzados con la estrategia la disminución de la mortalidad materno infantil, las enfermedades prevalentes en la infancia, al igual que las inmunoprevenibles, aumento en los controles de factores de riesgo en el ambiente y el acceso a los servicios de salud.

### **Barranquilla**

El modelo de salud realizado por el Distrito de Barranquilla consta de cuatro espacios.

- Casas saludables: Orientación mujer gestante, orientación infante, orientación adulto mayor. Las casas saludables cuentan con el apoyo de los caminantes, es donde se realiza el enlace la IPS con la comunidad, se lleva a cabo la valoración del riesgo y se realizan apoyo al desarrollo de programas distritales.
- Como acciones complementarias a esta labor se diseñaron la atención de asistencia individual en PASOS y CAMINOS, la institucional en colegios, hogares de ICBF y centros de vida y la social comunitaria en parques y centros comerciales.
  1. Las áreas de intervención son:
  2. Reducción de la tasa de mortalidad en niños menores de 1 año.
  3. Reducción de la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años.
  4. Aumentar la medida de lactancia materna y perinatal
  5. Reducir la tasa de muerte materna
  6. Ampliar la cobertura de los controles prenatales
  7. Reducir los índices de VIH-Sida materno infantil
  8. Mejorar las condiciones de peso al nacer y las condiciones de desnutrición en niños
  9. Impactar en la salud sexual y reproductiva
  10. Disminuir los índices de cáncer cervico-uterina
  11. Disminuir la tasa de fecundidad
  12. Disminuir los factores de riesgo incidentes en las enfermedades crónicas no transmisibles
  13. Disminuir los riesgos de enfermedades transmitidas por vector
  14. Bajar índices de zoonosis



**Ministerio de la  
Protección Social**  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



15. Mejorar en saneamiento ambiental



**ANEXO #4**

El documento que se presenta a continuación contiene la consolidación de la documentación recibida por el grupo de investigación en las visitas a las doce experiencias priorizadas en el marco del proyecto *Sistematización de las experiencias de APS -RISS*. En total se recibieron 282 documentos por parte de las territorialidades.

<b>Año</b>	<b>Lugar</b>	<b>Título del documento</b>	<b>Tipo de Documento</b>
2011	Valle del Cauca	Componente Participación Social Estrategia APS-Valle 2011	Presentación en .ppt que recoge los puntos principales de los documentos entregados por al SDS.
2011	Valle del Cauca	Propuesta de sistematización de la experiencia de diseño de la Estrategia de atención primaria en salud (APS), en el marco de La reglamentación de la ley 1438 de 2011.	Documento para organizar la experiencia en APS en el Valle del Cauca y así poder establecer herramientas de auto evaluación y de reconstrucción retrospectiva de la estrategia APS en el 2011 en el Valle del Cauca.
2011	Valle del Cauca	Manual operativo para profesionales de ciencias sociales implementación del componente de participación social, en el marco de la estrategia APS-Valle 2011	Documento para operacionalizar la estrategia de participación social en APS para el Valle del Cauca.
2011	Valle del Cauca	Participación Social	Lineamientos para implementar la



			Estrategia APS- Valle 2011	participación comunitaria en el Valle del Cauca
2001	Versalles		Sistematización: implementación de la estrategia municipio saludable por la paz de Versalles	Texto que documenta la experiencia de Versalles en lo referente a participación comunitaria. Presenta el marco de acción y conceptualización de la participación social exitosa.
2002	Versalles		Experiencia del municipio de Versalles; departamento del Valle: una mirada desde la promoción de la salud	Documento que presenta la experiencia del municipio de Versalles como un caso exitoso de participación en salud. Muestra cómo la promoción de la salud y la estrategia de municipio saludable se articulan con una mirada holística de la salud que busca mejorar la calidad de vida de sus habitantes de manera integral.
SF	Versalles		Versalles Saludable	Documento en power point que presenta la estrategia de 'Versalles Saludable' como mecanismo para implementar APS en el municipio.
SF	Versalles		Club de jóvenes líderes	Documento en power point que presenta la estrategia del 'club de jóvenes líderes' de Versalles. Es una iniciativa que existe



				<p>desde el año 2003 y que busca la participación real de los jóvenes de Versalles en asuntos comunitarios. El documento señala que se propone 'incentivar a l@s jóvenes para que sean líderes con sentido de pertenencia, motivarlos para que participen activamente en la satisfacción de todas las necesidades y soluciones de problemas individuales y colectivos, a través de la formulación y ejecución de programas y proyectos para el bienestar social y colectivo de l@s jóvenes del municipio de versalles valle' (:6).</p>
2011	Cali		Propuesta de APS para la red de servicios de la Red de servicios ESE centro	<p>Este documento presenta la necesidad de reorganizar la red de servicios de la ESE centro del municipio de Cali. Se presenta como programa piloto en áreas priorizadas de acuerdo a perfil epidemiológico (como son las comunas 8, 9, 10, 11 y 12) y así poder implementar en su totalidad la estrategia APS.</p>
2011	Cali		Modelo de salud:	Documento en power



			gestión de la salud pública en los territorios	point que presenta la estrategia del modelo, las rutas, las metas y los objetivos en salud para el municipio y que se basan en los principios de APS
2001	La Dorada – Caldas.		Células de Acción Ciudadana	Contiene información demográfica de la ciudad/municipio y de los barrios piloto. Proporciona detalles sobre los temas a abordar y los mecanismos de operacionalización de la estrategia CAS, en relación estrecha con APS
2011	La Dorada – Caldas.		Células de Acción Ciudadana	Proyecto de empoderamiento de la gestión social y de los procesos de gobierno. Señala los temas que considera prioritarios de abordar en relación con APS.
2011	La Dorada – Caldas.		Células de Acción Ciudadana	Documento en Excel que delinea la estrategia de implementación de las CAS en lo referente a las políticas de educación, cultura, deportes y bienestar social
2011	La Dorada – Caldas.		Estudio de conveniencia y oportunidad etapa 1	Documento que presenta la interpretación de APS como Atención Primaria Social para



				<p>articular positiva y eficazmente a todos los actores sociales del municipio. Esto dentro del marco de la política 'para volver a creer' que busca mejorar la calidad de vida de los doradenses. El documento presenta la estrategia CAS (Células de Acción Ciudadana) como la herramienta para tal integración. Se presenta en 3 etapas. La 1 se ejecutó en 2010.</p>
2011	La Dorada – Caldas		Estudio de conveniencia y oportunidad etapa 3	Documento de las mismas características del anterior, explica con más detalle los procesos de seguimiento a las políticas.
2011	La Dorada – Caldas		Estudio de conveniencia y oportunidad proyecto Banco de Oferta	Documento que propone la creación de un banco de oferta de diferentes entidades donde bajo un solo techo se puedan realizar trámites y obtener servicios de instituciones públicas tanto del orden municipal como nacional y el sector privado, y de esa forma articular y hacer eficaz las CAS.
2011	La Dorada – Caldas		Matriz marco lógico del Banco de Oferta	Documento en Excel que señala, de forma detallada, los objetivos



				del banco de oferta, el problema priorizado, los indicadores, los actores identificados y el marco lógico del proyecto
2011	La Dorada – Caldas		Perfil Epidemiológico 2010	Documento de 19 capítulos: 1. Generalidades. 2. Población. 3. Servicios de Salud. 4. Educación. 5. Estado de aseguramiento. 6. Saneamiento ambiental. 7. Morbilidad. 8. Indicadores básicos eventos trazadores. 9. Mortalidad. 10. PAI. 11. Salud SR. 12. Salud mental. 14. Accidentalidad. 14. 15 Nutrición. 16. Discapacidad. 17. Crónicas. 18. Indicadores y metas. 19. Natalidad. Más introducción y presentación.
2011	Manizales		La política de atención primaria de salud origen y desarrollo	Documento en power point que presenta la política en APS e invita el debate sobre su viabilidad dado que desde sus inicios esta estrategia es contradictoria del modelo neo-liberal en salud.
2011	Manizales		S.T.	Documento en power point que presenta el



				modelo de salud en Manizales y que se basa en las estrategias de Promoción y Prevención, Vigilancia epidemiológica y APS. Este modelo se desarrolla en relación con el perfil epidemiológico de las cinco comunas priorizadas.
2011	Manizales		Material que se entrega en las visitas domiciliarias	Cinco documentos de muestra de los que se entregan en las visitas domiciliarias: 1) 'plan casero de estimulación' que comprende desde el los 0 hasta los 72 meses. 2) 'plan casero AIEPI'. 3) 'Manejo de la diarrea'. 4) 'Medidas de higiene a tener en cuenta por la comunidad'. 5) 'Guías alimentarias para la población colombiana'.
2008	Cundinamarca		"Salud a mi pueblo" Plan territorial de salud 2008-2011	Documento que presenta el plan del gobierno del Gobernador Andrés Gonzáles para mejorar la salud y la calidad de vida de los cundinamarqueses, implementando APS y fortaleciendo el sistema con una estrategia que se llama Salud Social y Popular



2008	Cundinamarca		Modelo de atención en salud para el departamento de Cundinamarca	Resumen del modelo de atención en salud del gobernador Andrés González.
2008	Cundinamarca		Plan departamental de Desarrollo 2008/2012	Derrotero de la gestión y cooperación de todas las entidades, actores y sociedad de Cundinamarca, incluidos los Municipios y entidades nacionales, organizaciones civiles, privadas, no gubernamentales e internacionales. Plantea el programa "Salud a mi pueblo" como modelo para implementar la estrategia APS.
2011	Boyacá		Acciones del contratista, indicadores de gestión del contrato y tabla de población calculada en la ejecución de los contratos entre el departamento de Boyacá y las empresas sociales del estado para apoyar y complementar las intervenciones de salud integral en el ambito comunitario ...	Lineamientos de las acciones del contratista para implementar la estrategia en salud; metas de indicadores de impacto y distribución de familias y equipos.



2011	Boyacá		Sistema de garantía de calidad modelo de atención primaria en salud. Año 2011 (Borrador)	Documento que plantea los mecanismos para implementar la estrategia APS con enfoque familiar a nivel del departamento.
2011	Boyacá		Ciclos de Vida	Documento que indica los mecanismos para abordar la APS enfocada en la familia en Boyacá, teniendo en cuenta el ciclo de vida del individuo y de la familia.
2011	Boyacá		Diseño de redes integradas de servicios de salud en Boyacá	Documento que plantea formas para establecer redes integradas de servicios de salud.
2011	Boyacá		Documento ilustrativo APS familiar en Boyacá	Documento que explica APS familiar, definiciones y beneficios.
SF	Boyacá		Exposición de motivos	Plan para, a partir del perfil epidemiológico, direccionar una estrategia que impacte la comunidad boyacense y disminuya los indicadores de salud a través de una mejora en la calidad de vida en términos de dignidad y calidad de su salud. Presentación de la estrategia APS.
2011	Boyacá		Formato de seguimiento y evaluación final del Plan de Salud Territorial 2008-	Formato que permite llenar por indicadores las metas, tareas y características de la población (llenado de



			2011 POA 2009.	forma incompleta).
2011	Boyacá		Visión del proceso APS en Boyacá	Documento que refiere a la manera cómo se ha implementado la APS SF en cuanto a la articulación de redes.
2011	Boyacá		Manual de funciones y responsabilidades de los miembros de los equipos de salud familiar	Lineamiento de las responsabilidades, funciones y competencias de los miembros del equipo de salud familiar.
2011	Boyacá		Estructura de Apoyo a la implementación del modelo APS SF en Boyacá	Documento que presenta la estrategia - en mesas de trabajo- para operacionalizar e implementar la APS SF en Boyacá
SF	Boyacá		Modelo de Atención en APS SF--Anexos	Consta de 14 documentos guía para los encargados de implementar la estrategia.
2010	Boyacá		Ordenanza APS SF en Boyacá	Documento por medio del cual se adopta el Modelo de Atención Primaria en Salud con enfoque en Salud Familiar (APS - SF ) para la optimización e integración del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como Política Pública en Salud para el Departamento de Boyacá.
SF	Boyacá		Política pública en salud Atención primaria en salud con	Metodología que se usó para implementar APS SF en Boyacá



			enfoque en salud familiar (APS – SF )	
2011	Boyacá		Política pública en salud Atención primaria en salud con enfoque en salud familiar (APS – SF )	Documento que aborda la implementación de la estrategia APS SF en Boyacá más metas trazadas para continuar con la estrategia. Recoge la información presentada en los documentos anteriores. Este documento está acompañado de una presentación en power point
2011	Boyacá		Responsabilidades de los actores	Delinea las responsabilidades de los actores involucrados en la implementación de la estrategia APS SF
2010	Boyacá		Análisis situación de la salud	Documento que presenta un análisis situacional integral en salud para el departamento, que da cuenta de la transición epidemiológica y demográfica que vive Boyacá y que por tanto requiere abordar los asuntos en salud de forma innovadora, propendiendo por acciones intersectoriales.
2009	Bogotá		Ficha técnica capacitación de	Documento que establece las



			equipos salud a su casa para apropiación del pensamiento estratégico	responsabilidades y procesos de capacitación del equipo humano encargado de implementar la estrategia APS. Cuenta con 7 anexos que constituyen cuadros, lineamientos y generalidades para operacionalizar y evaluar la gestión de la estrategia.
2010	Bogotá		Ficha técnica de equipos de salud familiar y comunitaria de Bogotá	Documento que plantea los referentes conceptuales, las responsabilidades y competencias de equipos de salud. También, los lineamientos de la política pública. Cuenta con 12 Anexos que constituyen cuadros, lineamientos y generalidades para operacionalizar y la evaluación de la estrategia en cuanto a promoción.
2010	Bogotá		Ficha técnica de estrategias AIEPI IAMI	Direccionamiento estratégico para la salud y la calidad de vida. Diseño de respuestas integrales. Consta de una matriz de seguimiento. Cuenta con un anexo de autoevaluación de estrategias de vivienda saludable.
2010	Bogotá		Ficha técnica de	Lineamientos de a



			intervención plurimodal para la promoción de la salud mental y el desarrollo humano	estrategia. Consta de 6 anexos que organizan la captura de datos, el instrumento de salud familiar. La promoción de la calidad de vida, registro de participantes a los talleres, bases de datos y guía de elaboración de informe de avances y resultados.
2010	Bogotá		Ficha técnica estrategia para la Salud oral.	Lineamientos de a estrategia. Consta de un anexo de formato de caracterización de la salud oral.
2010	Bogotá		Ficha técnica PDA-transversalidad – estrategia o línea de acción: seguridad alimentaria y nutricional	Lineamientos de a estrategia.
2010	Bogotá		Ficha técnica. Proyecto especial de fortalecimiento al ámbito familiar desde el enfoque poblacional con énfasis en infancia y envejecimiento y vejez	Documento que presenta los lineamientos del plan ciclo de vida.
2010	Bogotá		Fortalecimiento al ámbito familiar desde el enfoque poblacional con énfasis en juventud y adultez.	Documento que presenta los lineamientos del plan ciclo de vida.



2010	Bogotá		Acompañamiento y consolidación de red primaria en el cuidado de la mujer gestante	Lineamientos para APS de gestantes y disminución del riesgo. Consta de 4 anexos para hacer seguimiento a las gestantes, los recién nacidos, las redes y la valoración del riesgo.
2010	Bogotá		Promoción de entornos de trabajo saludables en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional	Lineamientos de la estrategia para entornos saludables. Cuenta con un anexo de formato de registro.
2010	Bogotá		Ficha técnica enfermedades compartidas entre El hombre y los animales	Lineamientos de la estrategia de vigilancia en salud de enfermedades compartidas.
2010	Bogotá		Documento marco estratégico Transversalidad de equidad desplazamiento 2010	Lineamientos para implementar la restitución del derecho de la salud a la población desplazada. Cuenta con un anexo técnico, lineamientos de transversalidad, formatos de registro y formatos de visita.
2010	Bogotá		Ficha técnica Asesoría domiciliaria a familias en situación de discapacidad. Encuentros de familias en situación de	Lineamientos de la estrategia para la población en situación de discapacidad. Cuenta con un anexo sobre La estrategia de rehabilitación basada en comunidad



			discapacidad para la promoción de sus derechos y calidad de vida Estrategia de rehabilitación basada en comunidad	Asesoría domiciliaria a población en situación de discapacidad.
2010	Bogotá		Intervención psicosocial en eventos que influyen en la salud mental y calidad de vida de la familia	Lineamientos para la implementación de la estrategia. Cuenta con 5 anexos que corresponden a la base de datos, la guía para la elaboración de un informe, la base de datos de conductas suicidas y su instructivo y el formato de plan de seguimiento.
2010	Bogotá		Proyecto especial apoyo distrital a la familia gestante	Proyecto para mejorar la salud materna con enfoque en la familia.
2010	Bogotá		Proyecto promoción de la calidad de vida y salud a familias de la localidad de Fontibón.	Proyecto que busca mejorar las condiciones de salud de la población de Fontibón.
2011	Bogotá		Lineamiento general del ámbito familiar. Vida cotidiana	Lineamientos generales de política para implementar APS SF en el ámbito familiar como parte fundamental de la vida cotidiana.
2011	Bogotá		Ficha técnica Respuesta integradora 1: caracterización, categorización,	Caracterización, categorización, plan familiar y seguimiento en las familias. Actualización de



			plan familiar y seguimiento en las familias.	novedades y definición de las categorías de priorización de las familias del programa como insumo principal para la planificación de las intervenciones en los microterritorios. Cuenta con formatos de seguimiento y caracterización de los grupos, encuestas de satisfacción para los usuarios.
2011	Bogotá		Ficha técnica Respuesta integrada 2. Análisis, prevención de riesgos y canalización	Estrategias, con énfasis en la prevención de daños a la salud y la canalización a servicios de salud y otros servicios sociales. Cuenta con una guía operativa y anexos técnicos para cada componente del ciclo de vida, salud oral, SAN y generales.
2011	Bogotá		Ficha técnica 3 promoción de prácticas favorables para la salud de las familias	Lineamientos para promover la salud familiar y el desarrollo humano mediante la integración de acciones de promoción de la salud que movilicen a las familias y a sus integrantes a desarrollar su potencial de acuerdo con sus necesidades e intereses. Contiene 6 guías para sistematizar las prácticas favorables, círculos de



				existencia por ciclo vital, por discapacidad, por condición de desplazamiento, por existencia de étnias y de redes primarias
2011	Bogotá		Ficha técnica 4. Promoción y protección del entorno, el hábitat y condiciones de vida y trabajo de las familias	intervención que busca afectar determinantes estructurales e intermedios de las familias en los microterritorios articulando respuestas de las transversalidades de: ambiente, trabajo y seguridad alimentaria y nutricional. Cuenta con 6 guías de seguimiento.
2011	Bogotá		Ficha técnica 5. Respuesta integrada: Protección e inclusión social de las familias	Acciones centradas en las familias en situación fragilidad y exclusión social como discapacidad, desplazadas víctimas de la violencia, de grupos étnicos y en aquellas donde existe un evento que influye en su salud y calidad de vida. Contiene un documento guía de situación de discapacidad, el acuerdo 175 DE 2005, 359 de 2009 y la ley 361 de 2001.
2011	Bogotá		Ficha técnica 6. Participación social para las	Disponer de herramientas para favorecer la



			familias	participación del conjunto de la ciudad en el debate y la transformación de la forma en que se atienden las necesidades y problemáticas de los habitantes de la ciudad y de los territorios. Cuenta con una guía operativa y encuestas. Documentos de apropiación conceptual y documentos legales como soporte a la estrategia.
2011	Bogotá		Ficha técnica 7: gestión integral del ámbito para la construcción de respuestas integrales	Refiere a las acciones, actividades, procesos y procedimientos que buscan asegurar la operación eficiente del programa salud a su casa desde el interior de la institución, mediante la articulación con todas las áreas y dependencias de la organización y participación activa del equipo de gestión de la estrategia. Cuenta con guías de operacionalización, guía de gestión administrativa, y guía de gestión integradora.
	Bogotá		Lineamientos. Salud a su casa	Ocho carpetas digitales, cada una contiene los lineamientos según



				respuesta, con fichas técnicas, cajas de herramientas, formatos, y normativas
2011	Santander		La experiencia de implementación de un modelo de gestión de política pública basado en APS en el departamento de Santander	Documento que presenta la implementación de APS en el departamento. Muestra hallazgos y resultados, lo cuales aborda como éxitos y fracasos, limitantes y tareas para el futuro.
2011	Santander		Proyecto aprendiendo de la experiencia de APS en Santander	Se trata de un informe cuantitativo de resultados que relaciona el perfil epidemiológico en índices de morbilidad mortalidad, las acciones de Promoción y Prevención y la implementación de la estrategia APS, y concluye que según los indicadores evaluados, no se evidencia una mejoría, por lo tanto no se puede constatar el beneficio de APS en términos de indicadores y P y P.
2011	Santander		Proyecto de investigación: aprendiendo de las experiencias de atención primaria en salud en Bogotá y Santander-- Informe técnico	Documento que presenta los resultados de investigación sobre la experiencia APS en Santander. Hace un recuento histórico desde el año 1998 hasta el presente y presenta una



			final componente cualitativo análisis del modelo de atención primaria en Santander	proyección hasta el 2015 del plan territorial en salud. Demuestra las limitantes y los aprendizajes de esta experiencia. Así mismo, avanza recomendaciones y conclusiones para poder diseñar e implementar acciones a futuro.
2011	Santander		Proyecto de investigación: aprendiendo de las experiencias de atención primaria en salud en Bogotá y Santander-- Informe técnico final componente cuantitativo análisis del modelo de atención primaria en Santander	Soporte y complemento cuantitativo al documento anteriormente señalado.
S.F	Santander		Atención Primaria en Salud	Documento que presenta la forma para implementar la estrategia APS en Santander, teniendo en cuenta el contexto actual colombiano de atención en salud.
2011	Bucaramanga		ISABU en su Barrio. Atención Primaria en Salud.	Documento en power point que presenta el modelo de salud en Bucaramanga que se



				lleva a cabo a través del programa 'ISABU en su Barrio'. Muestra las estrategias de Promoción y prevención para y que se basa en las estrategias para implementar APS.
2011	Bucaramanga		ISABU en su Barrio. Atención Primaria en Salud.	Documento en texto y en powerpoint que complementa el anteriormente señalado.
S.F	Bucaramanga		ISABU en su Barrio. Atención Primaria en Salud.	Documento en power point que presenta la estrategia para medios y comunicación, el diseño de imagen y la elaboración del material publicitario del programa 'ISABU en su Barrio'.
S.F	Bucaramanga		ISABU en su Barrio. Atención Primaria en Salud. Material en vídeo	Tres videos publicitarios del programa 'ISABU en su Barrio'. Dos son sobre campañas de vacunación, uno es sobre la experiencia de ISABU en su Barrio como modelo de programa.
2008	Antioquia		Atención Primaria en Salud	Documento en power point que presenta el modelo de salud en Antioquia que se basa en los principios de APS. Muestra las estrategias de



				Promoción y prevención para y que se basa en las estrategias para implementar APS.
2010	Antioquia		Lineamientos para la Promoción de la salud con-sentido humano	Documento que presenta detalladamente la política de salud en el Departamento, explicando la manera de implementar cada uno de los componentes. Se basa en los principios de APS.
2011	Antioquia		Estrategia familia saludable atención primaria en salud diagnóstico de la situación de salud del corregimiento Ambalema Uramita-Antioquia	En este documento se ofrece el análisis del corregimiento de Ambalema como un ejemplo de implementación de la estrategia APS en Antioquia. EL documento contiene una caracterización socio-cultural, demográfica de perfil epidemiológico de Ambalema para así mostrar la relación entre la estrategia y la población.
2008	Barraquilla		Plan de salud Territorial 2008-2010	Documento en power point que presenta el Plan de Salud Territorial, en el cual se presenta la necesidad de reorganizar la red de



				servicios para poder garantizar la cobertura y el acceso universal. Se propone además llevar a cabo el plan mediante el programa 'Salud a mi Casa', el cual se presenta como la implementación de APS para el Distrito de Barraquilla.
2010	Barraquilla		Modelo de Atención en Salud	Documento en power point que presenta los alcances y avances del plan territorial en salud bajo el programa 'Salud a mi Casa'. Así mismo, presenta el modelo de atención APS para le año 2010.
2010	Barraquilla		Modelo de Atención en Salud	Documento en power point que presenta los cambios realizados y el estado actual de la red pública de servicios de atención. Este documento también presenta el modelo de atención.
2010	Barraquilla		Modelo de Atención en Salud	Documento que presenta los alcances y avances del plan territorial en salud bajo el programa 'Salud a mi Casa'. Así mismo, presenta el modelo de atención APS.
2011	Barraquilla		Plan territorial en salud 2008-2011	Documento en power point que presenta los alcances y avances del plan territorial en salud



				bajo el programa 'Salud a mi Casa'. Así mismo, presenta el modelo de atención APS para el año 2011 y propone planes para continuar a partir de los éxitos y de las lecciones aprendidas.
2007	Barraquilla		Prueba Piloto	Documento en power point que presenta el plan piloto de la estrategia 'Salud a mi Casa' y en general del modelo de atención APS.
2011	Barraquilla		Cronograma de actividades	Dos documentos que presentan el cronograma de actividades con CAPRECOM para el año 2011.