



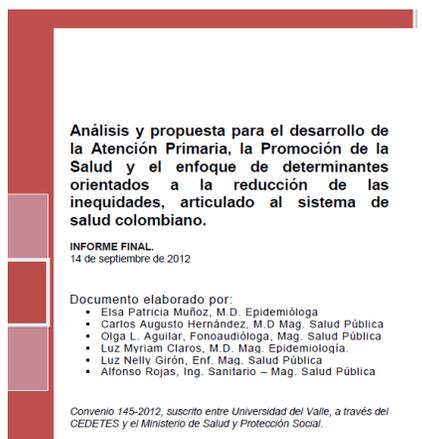
Atención Primaria en Salud...

“Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la promoción de la salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano”

Resumen efectuado por Juan Carlos González^{††}

Resumen del documento tomado de:

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20y%20Propuesta%20para%20Atenci%C3%B3n%20Primaria,articulado%20al%20sistema%20de%20Salud%20Colombiano.pdf>



¡Qué documento tan interesante! Los autores han hecho a través del mismo una muy interesante revisión del marco jurídico acerca de la Atención Primaria en Salud (APS) y, sin duda, lo más interesante es la propuesta que hacen para implementarla. Hacen una revisión de los cuatro aspectos fundamentales, a saber, participación social, intersectorialidad, desarrollo tecnológico y desarrollo administrativo. Su aplicación, según mi entender, es hacia los municipios.

A continuación se efectuará un resumen del valioso documento en el cual se incluirán imágenes (por tener la certeza que esto facilita el entendimiento), haciendo una interpretación de quien hace este resumen y recomendando ir al original a través de la dirección electrónica.

Como siempre y esperando cumplir con el deber que nos hemos impuesto, pretendemos estimular el desarrollo de la APS en nuestro medio. Bienvenidos y feliz aprendizaje.

^{†† ††} MD MPS. Director Departamento de Medicina Comunitaria. FUJNC – juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



CONTEXTO

De qué parten

Los autores exponen su convicción de que la ley 100 impulsó, a través de la competencia regulada de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), un excesivo desarrollo del modelo biomédico, relegando por completo a la salud pública. Se impuso una visión de competencia de mercado, donde la salud como derecho queda así mismo relegada.

Fragmentación y descoordinación

LAS CINCO DEFICIENCIAS (OMS 2008)

- 1. ATENCIÓN INVERSA**
 - a. ESTRATOS SOCIO ECONÓMICOS (ESE) ALTOS. MAYOR CONSUMO
 - b. ESE BAJOS. MENOR CONSUMO
 - c. GASTO PÚBLICO EN SALUD. MAYOR BENEFICIOS PARA ESES ALTOS
- 2. ATENCIÓN EMPOBRECEDORA**
 - a. CARENCIA DE PROTECCIÓN SOCIAL. GASTO DE BOLSILLO
 - b. MÁS DE 100 MILLONES DE NUEVOS POBRES POR AÑO. GASTO EN SALUD
- 3. ATENCIÓN FRAGMENTADA Y SIN CONTINUIDAD**
 - a. EXCESIVA ESPECIALIZACIÓN DE LOS PROVEEDORES.
 - b. EXCESIVA FOCALIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS.
 - c. CARENCIA DE ENFOQUE HOLÍSTICO HACIA LAS PERSONAS Y LAS FAMILIAS.
 - d. FALTA DE RECURSOS + FALLAS EN LA EDUCACIÓN (PACIENTE Y PROVEEDOR).
 - e. FALTA DE CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN.
- 4. ATENCIÓN PELIGROSA**
 - a. SISTEMAS MAL DISEÑADOS Y CARENTES DE RECURSOS.
 - b. CARENCIA DE SISTEMAS DE GARANTÍA DE CALIDAD QUE PARTAN DESDE EL PROCESO Y CONTINÚEN HASTA EL RESULTADO.
- 5. ORIENTACIÓN INADECUADA DE LA ATENCIÓN**
 - a. MAYOR ÉNFASIS EN LA CURACIÓN.
 - b. POBRE INVERSIÓN EN P Y P.
 - c. APS PUEDE REDUCIR HASTA EN UN 70 % LA MORBILIDAD PROYECTADA.

Esto determina la fragmentación de lo que debe ser integral. Se separa la atención de la prevención y rehabilitación, se separa el individuo de su familia y las familias de la comunidad. La enfermedad se ve como un producto para que la persona acuda como quien va a comprar cualquier cosa. Entidades diferentes brindan atenciones que deberían estar unidas. Proliferan crecimientos sin planificación, dando como resultados incremento de IPS en sitios donde existe un "mercado" poblacional y ausencia de las mismas en sitios de baja densidad poblacional. Las IPS se fragmentan en los distintos niveles, proceso en el cual no se observa integración entre ellos. Se duplican IPS donde no se necesitan y están ausentes donde se requieren.

Ausencia de acompañamiento

Luego de un Ministerio "fuerte" en el Sistema Nacional de Salud, se pasa a una descentralización que pone a las direcciones municipales a cargo de la salud pública sin estar preparadas. Proyectos desarticulados se toman el panorama y empiezan a retroceder los indicadores de salud pública.



No se integran los servicios

A pesar de que el cambio del sistema proponía la atención a través de redes integradas, estas no se dan. En el año 2007 se trataron de modificar los problemas del sistema a través de la ley 1122, pero los cambios que se alcanzaron no respondieron a las necesidades. Sin embargo, empieza a vislumbrarse la posibilidad de la APS como uno de los modelos de atención.



<http://www.ecos1360.com/wp-content/uploads/2012/10/17084546-300x131.jpg>

Las EPS delegan en las IPS y en las Empresas Sociales del Estado (ESE) la responsabilidad de la salud colectiva. Las atenciones cada vez se ofrecen de forma más fragmentada. Las entidades se segmentan, una se encarga de vacunar, otra de hacer pruebas diagnósticas, otra de atender determinadas patologías, y así mismo, de atender por niveles de complejidad, donde ni siquiera se conoce a las entidades que trabajan entre sí. Solo, y para que se vea la magnitud de este problema, piensen nada más la

cantidad de trámites que se requieren para recibir la atención necesaria. La beneficiosa continuidad se hace una utopía. Los servicios si bien están, ya no responden a las necesidades de la población.

Los municipios quedan sin el acompañamiento técnico que necesitan. Se empiezan a sacar decretos y leyes tratando de poner orden, pero sin responder.

Salud pública resentida

De toda esta problemática la salud pública es una de las primeras víctimas. No existe coordinación, no existe integración, no existe participación. Es en ese panorama que la APS empieza a vislumbrarse como una alternativa. Se empieza a hablar en forma de la concepción de la salud como derecho.

La tutela



[http://www.ambitojuridico.com/BancoMedios/Imagenes/medi140311\(informe\).jpg](http://www.ambitojuridico.com/BancoMedios/Imagenes/medi140311(informe).jpg)

Como reflejo del alto nivel de inconformidad surgen las tutelas en salud (una de cuatro es de salud). De estas el 75 % son dirigidas contra las EPS. Tratamientos, acceso a citas médicas y cirugías son los principales motivos...



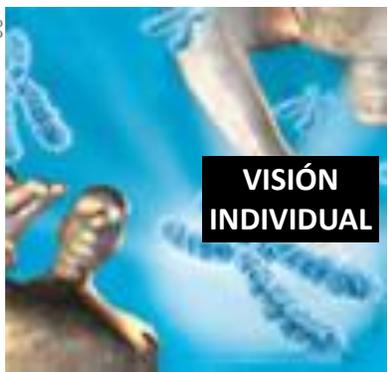
Ha llegado el momento de concebir a la salud como un derecho, de darnos cuenta de que existen unos factores determinantes de la salud que van mucho más allá de la prestación. Existen indicadores que con contundencia muestran que el modelo desarrollado por la Seguridad Social no está funcionando con la eficiencia prometida.

Una conclusión de los autores

Conclusiones:

GENÉTICA
BIOLOGÍA
EXPOSICIONES

LIMITACIONES
DEL MODELO
BIOMÉDICO



“Estas dos décadas han puesto de manifiesto que el aseguramiento con sus modelos biomédicos no ha sido un modelo suficiente y eficiente para el logro de la universalización de la cobertura, integralidad e integración de los servicios de salud, así como su implementación en el territorio nacional no se ha materializado en el mejoramiento de la efectividad y equidad de los resultados en salud. Los resultados alcanzados en salud y bienestar en la población colombiana a pesar de la gran disponibilidad de recursos económicos para el sector, han suscitado en los últimos años muchos debates desde diferentes sectores y cuestionamientos al modelo de aseguramiento vigente”.

La ley 1438

Una luz de esperanza... la ley 1438 de 2011 surge con la expectativa de impulsar la APS, la que por cierto y en el mundo, se ha convertido en la principal alternativa para responder a los similares problemas que vive el país. Su concepción: integrar servicios de salud, participación comunitaria y trabajo intersectorial.

En esencia, es retomar el mensaje de 1978 en Alma-Ata^{**}. El esfuerzo del Gobierno de 2010 a 2014 empieza a crear condiciones de integración, al menos política. Se hace énfasis en reconocer las diferencias territoriales, en fin, se hace necesario empezar a diseñar modelos de implementación de la APS que sirvan de referentes.

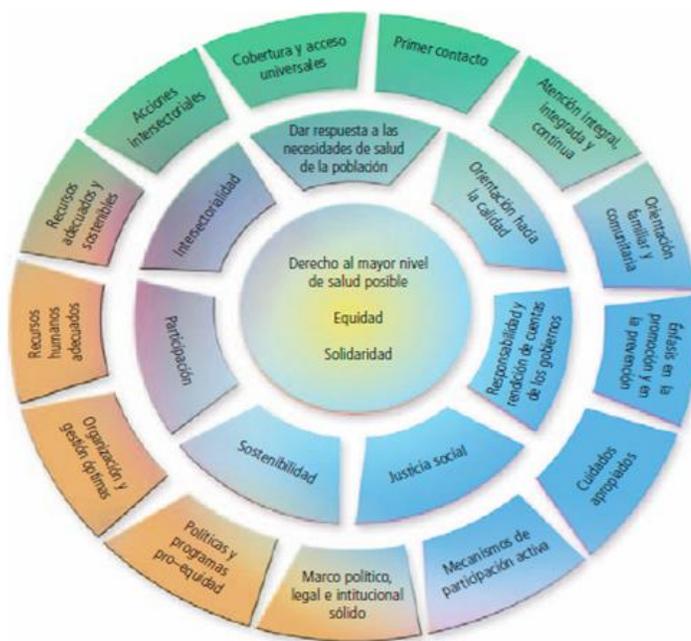
“En la Declaración de Alma-Ata de 1978 la APS fue definida como: “El cuidado sanitario esencial basado en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo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



^{**} <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>



La salud para la APS



Es un derecho fundamental, el Estado es el responsable y para alcanzar el máximo de salud posible en la población, otros sectores son tan importantes como los servicios de salud (y ellos son influidos directamente por los determinantes sociales de la salud y la enfermedad).

Reconocer que tenemos experiencias



Colombia ha tenido experiencias en torno a investigaciones e implementaciones de procesos de APS. A estos hemos de referirnos para obtener beneficios: "En Colombia bajo la operación del Sistema Nacional de Salud la estrategia de Atención Primaria fue implementada en los planes de salud como una de las estrategias para solucionar los problemas de salud en los grupos prioritarios de la población



en los inicios de los años 1980 del siglo XX. En las diferentes áreas del país en las cuales se materializó la EAP, esta fue concebida de múltiples maneras y prestada desde una amplia modalidad: desde la atención básica prestada por promotoras de salud y líderes comunitarios, hasta una concepción más estructurada brindada bajo el contexto de participación comunitaria con el apoyo de equipos multiprofesionales. En el país no se dispone de evaluación de la EAP, los documentos disponibles se circunscriben a la sistematización de las experiencias con reseñas aisladas y puntuales de orden operativo, algunas de estas de mayor impacto y permanencia pero sin que se lograra la continuidad de los procesos posteriores a la implementación del SGSSS (Fundación FES, 1989; Restrepo, 2002; Chicaiza, 2008; Suarez R, 2012)".

¡Ojo!: una visión hacia los costos

Dicen los autores que una deformidad hacia la APS que también se ha desarrollado, es esa visión selectiva donde impera la "contención de costos y como puerta de entrada a servicios de atención de predominio biomédico y curativo, estrategias para la inducción de la demanda que generan expectativas en la población y brindan bajas respuestas a la problemática en salud aunado a bajos índices de resolutivez, generando aun mayor insatisfacción en los usuarios (Defensoría del Pueblo 2003 y 2005). Esos resultados son la consecuencia de querer afrontar la problemática de salud de las comunidades desde la visión biologista y fragmentada desde el sector salud bajo la visión del aseguramiento, desconociendo los factores sociales determinantes de la inequidad en salud, la participación social y el trabajo intersectorial".

La OPS: impulsora

No existe duda de que la OPS (Organización Panamericana de la Salud) se ha convertido en una de las impulsoras más importantes de que el mensaje de la APS llegue a todo el continente americano.



Impulsa concepciones como: "énfasis en que un sistema de salud pro-equidad es aquel que confronta adecuadamente los determinantes sociales de la salud y de las inequidades en salud y en sí mismo es un determinante social de la salud. Los sistemas de salud pro-equidad se fundamentan en dos valores centrales: la salud como un derecho social fundamental de todos los ciudadanos, y la equidad social en salud".

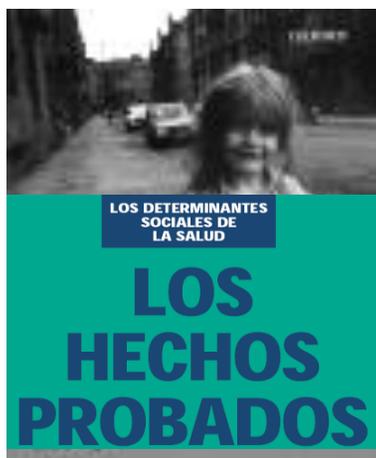


Afirman los autores: "Para que los sistemas de salud promuevan la equidad en salud deben ser fortalecidos en la dirección de lograr que trabajen con un enfoque no convencional de la salud pública, trascendiendo el énfasis individual y centrándose en la enfermedad del enfoque biomédico tradicional. Trabajar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

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

Hacia dónde el esfuerzo

Sostienen los autores que en, conclusión, para que un sistema de salud genere equidad en salud y reduzca las desigualdades sociales, debe centrar su actuar en:



Richard Wilkinson and Michael Marmot



1. Intervenciones con efectos sobre los determinantes sociales estructurales y/o los intermediarios de la salud. Sobre los primeros, a través de la acción intersectorial por la salud, el empoderamiento y la movilización social; y mediante acciones que promuevan el papel redistributivo del gasto público del sistema de atención de salud, la Atención Primaria, la protección financiera de los hogares y el trato respetuoso y digno de los usuarios, se actuará sobre los factores intermediarios.

§§ OMS, Organización Mundial de la Salud/CDSS, Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. (2008). "Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud". Ginebra, Suiza, resumen analítico del Informe Final. Recuperado en [www.who.int /social_determinants](http://www.who.int/social_determinants).



2. El sistema de atención en salud, que se diferencia de la noción más amplia de sistema de salud, es redistributivo cuando cumple con las siguientes características clave:
- Cobertura y acceso universal.
 - Financiamiento público, principalmente con impuestos generales progresivos y subsidios cruzados.
 - Ninguna carga para los pobres por la utilización de los servicios.
 - Beneficios y servicios integrales, atención integrada y de buena calidad, que garanticen acceso y protección financiera de los pobres.
 - Fortalecimiento de la provisión pública de servicios, porque es la más redistributiva.
 - Poner los valores y principios de la AP como fundamento organizador de la acción del sistema y de la prestación de los servicios.

Lo que debe hacerse y tal vez medirse

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

- Promueve y facilita la acción intersectorial por la salud a nivel local y comunitario.
- Potencia el empoderamiento y la acción social.
- Sirve como vehículo para conocer las necesidades de la población y establecer prioridades de intervención con participación comunitaria.
- Posibilita la inclusión de los sistemas de salud de las comunidades de pertenencia étnica.
- Propicia el mejoramiento de la inversión y asignación equitativa de recursos, la descentralización del poder y la participación comunitaria a nivel de sistemas locales y distritales de salud.
- Articula la atención clínica individual con la acción colectiva y sirve de orientadora y coordinadora del acceso a los demás niveles de atención en salud y a otros servicios sociales.
- Ayuda a la integración de los servicios de promoción de la salud, prevención y curación de las enfermedades y la rehabilitación.
- Mejora la prevención y manejo de todas las enfermedades, particularmente de las enfermedades crónicas, las consecuencias de los cambios climáticos y ayuda a la seguridad alimentaria y nutricional.
- Mejora la equidad en el acceso y la utilización de los servicios sociales y de salud".



Lineamientos para la implementación de la estrategia de Atención Primaria en los Entes Territoriales

La propuesta que hace el grupo está basada en el desarrollo de cuatro ejes.

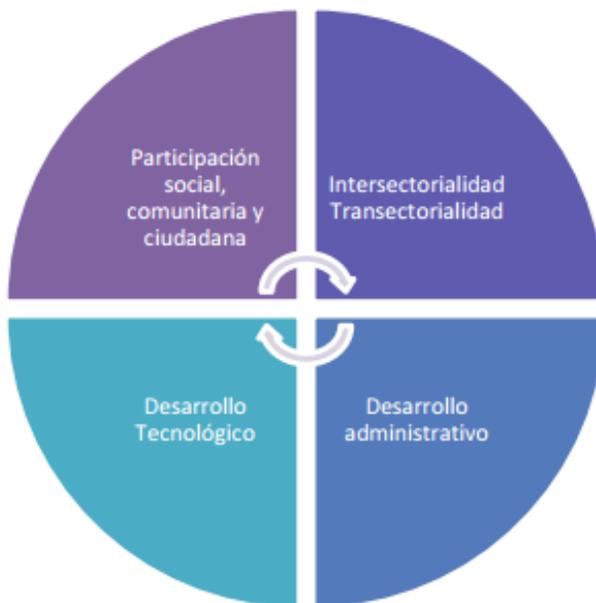


Figura 1. Componentes de la estrategia de Atención Primaria

- 1) La participación social, comunitaria y ciudadana.
- 2) La acción intersectorial y transectorial.
- 3) El desarrollo tecnológico.
- 4) El desarrollo administrativo.

Los dos primeros, son los componentes verticales que actúan como pilares y soportes fundamentales para alcanzar el desarrollo territorial y, los dos últimos, los componentes transversales que proporcionan todo el soporte de infraestructura de servicios y bienes, donde la unidad de implementación es el ente territorial en su totalidad, orientado al desarrollo integral del mismo.

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



Figura 2.

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

Desarrollo territorial

Es posible alcanzar el desarrollo territorial si se tiene:

- 1) Una participación permanente, continua, consciente y decisoria de las organizaciones sociales y comunitarias.
- 2) Si se tiene una coordinación efectiva de las instituciones y sectores.
- 3) Si se tienen unas redes integradas de servicios, con un sistema de información unificado, con producción de conocimiento y avance tecnológico, con el recurso humano necesario y capacitado.
- 4) Y si se tienen, finalmente, unos procesos institucionales y comunitarios que permitan una planeación, ejecución y evaluación de los planes, programas y proyectos concertados.



Necesidad de fortalecer los Consejos Territoriales de Planeación

Sostienen que el ente territorial es el espacio ideal para implementar la APS, y que, allí se pueden dar las condiciones, reconociendo que si bien hoy no existen (2012) es factible desarrollarlas. Al respecto afirman que, producto de su investigación, los Consejos Territoriales de Planeación por el seguimiento y evaluación de los Planes de Desarrollo Territorial. "Una vez aprobado el Plan de Desarrollo Territorial, por el legislativo territorial (Concejo Municipal o Asamblea Departamental), las diferentes instituciones del ente territorial, los sectores tanto público como privado y las organizaciones sociales y comunitarias son las encargadas de ejecutar y evaluar el plan de desarrollo territorial de acuerdo con los compromisos adquiridos por cada una de ellas" (Figura3).

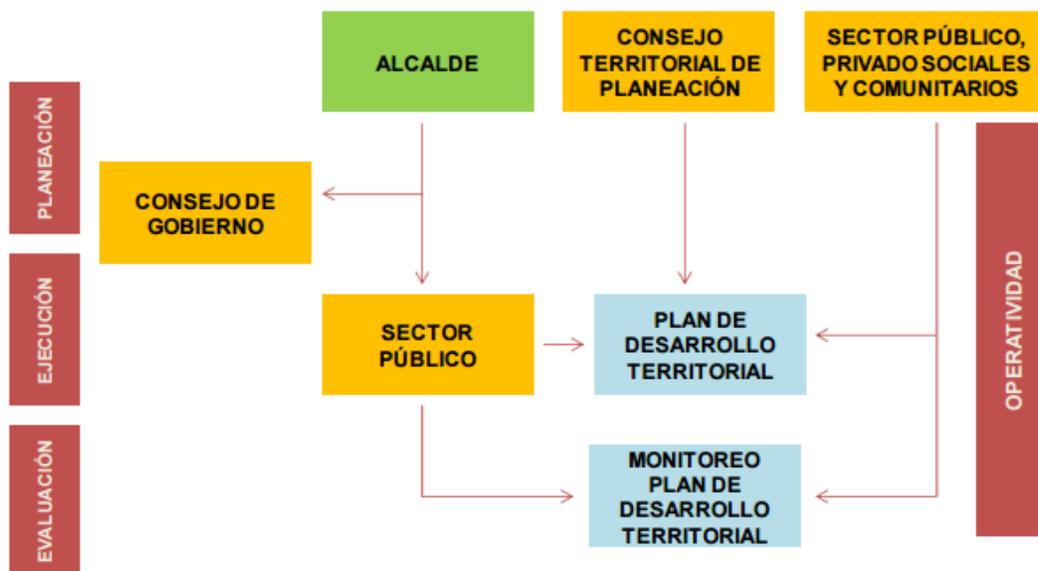


Figura 3. Gobernanza del proceso de Atención Primaria

El mensaje: Involucrar el sector político: es clave o es la clave. Proponen que cada una de las fases de implementación (participación social y comunitaria, acción intersectorial, desarrollo administrativo y desarrollo tecnológico administración y gestión) cumpla con:

- Primera fase o fase previa - de iniciativa.
- Segunda fase o de movilización.
- Tercera fase o fase de participación.
- Cuarta fase o fase de efectos y resultados.

Si bien se reconocen las limitaciones existentes para el momento, proponen un fuerte fortalecimiento del Ministerio de Salud, quien según ellos, debe asumir el liderazgo de la implementación.



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



http://repositorio.sena.edu.co/sitios/capactacion_organizacion_participacion_comunitaria/organizaciones_comunidad_10/magenes/magenes_contenido/fig_3.png

Cómo conciben la participación comunitaria

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

Formas de participación

- La participación administrativa (o auspiciada).
- La participación autónoma (o informal).

Participación administrativa

“La primera comprende aquellos casos en los que son los poderes públicos quienes permiten o incluso propician que los ciudadanos y sus colectivos influyan en el diseño y la ejecución de las políticas públicas. Es esta una participación promovida “desde arriba”, pues acontece casi siempre por iniciativa de las instituciones de gobierno, y dentro de los márgenes y procedimientos que dichas instituciones establecen por medio de leyes y de reglamentos. Es por ello que la mayor limitación de este tipo de participación proviene precisamente de su habitual subordinación a los intereses electorales, políticos y gremiales de los dirigentes políticos y administrativos, que sin esfuerzo pueden suspender o volver inoperantes los mecanismos de participación administrativa” (Prieto-Martín, P. 2010).

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

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

Participación autónoma

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

Historia

Figura 12. Rueda de la participación.



Fuente: Davidson, S. Spinning the wheel of empowerment. Planning, 1998; 1262: 14–15.

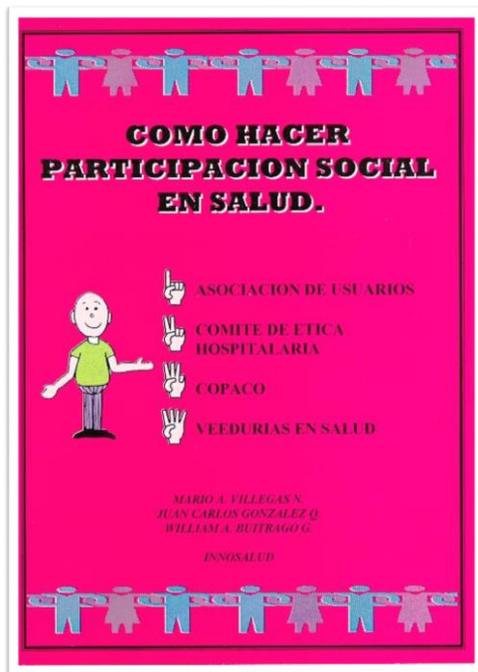
Un interesante recuento histórico que ofrecen es el siguiente:

- 1) Sistema Nacional de Salud con la expedición de los Decretos 056 y 350 del año 1975 y en los que se contempló la creación de Comités Comunitarios de Salud, para participar en la toma de decisiones relacionadas con programas de control epidemiológico y problemas locales de salud (plantas físicas y dotación).
- 2) Con la promulgación de la Estrategia de Atención Primaria a finales de la década de los setenta y comienzos de la década de los años 1980, los Comités Comunitarios de Salud amplían su



participación hacia los procesos de planeación y ejecución de las acciones de atención primaria de barrio y vereda; lo cual permitió establecer vínculos entre los equipos de salud y la comunidad obteniéndose logros reconocidos en los procesos de promoción del autocuidado de la salud y aumento en las coberturas de vacunación.

- 3) El Decreto 1216 de 1989 creó los Comités de Participación Comunitaria (Copacos o CPC), ampliando la esfera de participación como un actor más del Sistema, dando a la comunidad el espacio para participar en las juntas directivas de los organismos de salud conformados como establecimientos públicos.
- 4) El Decreto 1416 de 1990 incorporó en la conformación de los COPACOS de los organismos o entidades de prestación de servicios de salud, de niveles primero y segundo de atención en salud, a las Direcciones Territoriales de Salud, jefe de la dirección de salud municipal o departamental; a los Concejos Municipales y Asambleas Departamentales, a las Juntas Administradoras Locales, al sector educativo y a otros sectores.
- 5) El Decreto 1757 de 1994, estableció y definió las formas de participación en salud: "Las personas naturales y jurídicas participarán a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud..." (Superintendencia Nacional de Salud. Enero 2008, p. 15). El Decreto además menciona que:



5.1. **“La participación social**, es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad



y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria, así:

- 5.1.1. Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud contarán con la participación de las Asociaciones o Alianzas de Usuarios.
- 5.1.2. Veedurías en Salud. El control social podrá ser realizado a través de la veeduría en salud, que deberá ser ejercida a nivel ciudadano, institucional y comunitario, a fin de vigilar la gestión pública, los resultados de la misma, la prestación de los servicios y la gestión financiera de las entidades e instituciones que hacen parte del sistema.
- 5.2. **La participación ciudadana**, es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.
 - 5.2.1. Servicios de Atención a los Usuarios. Las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deben establecer un servicio de atención a los afiliados y vinculados al sistema.
 - 5.2.2. Servicios de Atención a la Comunidad. Los niveles de Dirección territorial del Sistema General de Seguridad Social en Salud organizarán un servicio de atención a la comunidad.
 - 5.2.3. Sistema de Atención e Información de Usuarios. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben tener un sistema de información y atención de usuarios como atención personalizada.
- 5.3. **La participación comunitaria**, es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.
 - 5.3.1. Los Comités de Participación Comunitaria. COPACOS. En todos los municipios se conformarán los Comités de Participación Comunitaria en Salud como espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado.
 - 5.3.2. Las Asociaciones o Alianzas de Usuarios. Es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, que velará por la calidad del servicio y la defensa del usuario ante las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud y ante las Empresas Promotoras de Salud.
 - 5.3.3. Los Comités de Ética Hospitalaria. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán conformar los Comités de Ética Hospitalaria en los cuales deben tener representación las Asociaciones o Alianzas de Usuarios y los Comités de Participación Comunitaria.
- 5.4. **La participación en las instituciones** del sistema general de seguridad social en salud, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud”.



Obstáculos y facilitadores de la participación social en salud

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN



USUARIOS

FALTA COHESIÓN COMUNITARIA
FALTA CONOCIMIENTO
FÁCILMENTE MANIPULABLE

PREVALENCIA DE DERECHOS
INDIVIDUALES: TUTELAS Y PETICIONES

AUSENCIA DE VISIÓN POLÍTICA

DIFERENCIACIÓN ENTRE USUARIOS
PÚBLICOS Y PRIVADOS

1) Describen como obstáculos para la participación atribuidos a la población:

- Factores que se ubican en ellos mismos y que se relacionan con los conocimientos, las actitudes y su grado de organización y cohesión. Así refieren, por ejemplo, el limitado conocimiento de la legislación y de los mecanismos de participación existentes.
- Muchos usuarios de estratos medios y bajos, perciben como obstáculo, el temor a represalias por parte de las instituciones de salud: "Por miedo a represalias, uno no dice lo que verdaderamente está fallando".
- Además, los usuarios del régimen contributivo y en edades económicamente productivas perciben la falta de tiempo como un obstáculo.
- Otro factor considerado con mucha frecuencia como obstáculo para la participación, es la falta de cohesión de la población, la carencia de organizaciones propias y de líderes que los orienten.
- También la mayoría de los líderes de ambos municipios (Tuluá, Palmira), refieren la falta de cohesión social y sentido de pertenencia, como obstáculos.
- Además algunos líderes atribuyen la falta de participación a la politización que de esa actividad hacen algunas personas.

2) Obstáculos para la participación atribuidos a las instituciones:

- Refiriéndose principalmente a la falta de credibilidad de los procedimientos y mecanismos institucionales porque no perciben ni claridad, ni respuestas oportunas y satisfactorias.
- Otros atribuyen la falta de participación a las actitudes del personal médico y administrativo: "... las actitudes de los médicos y de los funcionarios de las instituciones porque ponen una barrera al paciente; el médico ve al paciente como una cosa chiquita..."



- La falta de claridad en los procesos participativos, también aparece en las respuestas de los líderes, quienes además identifican una carencia de espacios para la participación en salud de la comunidad.
 - Algunos mencionan la falta de voluntad y cultura de las instituciones para promover ese comportamiento en los usuarios.
 - Además, también se refirieron a la falta de comunicación con los usuarios y las actitudes del personal de salud y administrativo, como barreras para la participación social.
 - Algunos funcionarios de instituciones públicas atribuyeron la falta de participación a la dificultad en implementación de la normatividad, por su complejidad, o la escasez de recursos.
- 3) Los formuladores de políticas entrevistados atribuyen la falta de participación, sobre todo a:
- Factores relacionados con las instituciones, como son: el temor del personal, tanto público como privado, a responder a las críticas de la comunidad.
 - La limitada capacitación e información que las instituciones proporcionan a los usuarios.
 - La ausencia de voluntad para abrir espacios participativos, especialmente, en la toma de decisiones.

Facilitadores

Factores facilitadores de la participación atribuidos:

- 1) A la población:
- La presencia de mayor y mejor conocimiento e información para participar consciente y eficazmente. "... es que el nivel de participación va de acuerdo al nivel de conocimiento que tiene la gente, de los derechos que tiene, yo participo en la medida en que conozco, si yo no conozco, especulo y digo una cantidad de bobadas, no lo importante" (*cita textual del documento base de este artículo*).
 - También consideran que constituir sus asociaciones y colaborar en las actividades relacionadas con salud, serían factores facilitadores.
- 2) Por su parte, los formuladores de políticas consideran que lo deseable es que la población se mantenga informada para defender sus derechos.
- 3) Factores facilitadores de la participación atribuidos a las instituciones:
- Los usuarios y líderes consideran la necesidad de recibir de las instituciones la capacitación e información pertinente para participar: "que las mismas entidades, saquen información y promuevan la capacitación".
 - También consideran que facilitaría la participación el recibir respuestas oportunas a las quejas.
 - Algunos mencionan como factor facilitador, la existencia de mecanismos de participación en las empresas donde están afiliados o los servicios de salud; mientras otros señalan el acceso directo al personal de salud.
- 4) El personal de salud considera como factores facilitadores:



- La existencia de una legislación y de los mecanismos para la participación.
- Sus propias acciones de comunicación directa con los usuarios.
- El capital humano de sus instituciones y las relaciones cordiales con la comunidad.

5) Los formuladores de políticas:

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

Para implementarla proponen:

- 1) Primera fase, fase previa o de iniciativa. Es la del compromiso de la comunidad y del sector político.
- 2) En segundo lugar, el acuerdo ha de establecerse a nivel administrativo, garantizando así un enfoque transversal e integrado dentro del sistema participativo municipal, que implique y aúne los esfuerzos de todas las áreas involucradas del ayuntamiento, y así reduzca las resistencias de cara a la implementación de los resultados.
- 3) Finalmente, será también preciso el acuerdo a nivel social, de manera que todos los grupos sociales involucrados en el proceso tomen parte activa en él desde su planteamiento. En conjunto, deberá garantizarse la debida planificación del proceso así como los recursos necesarios para su desarrollo.

Por desgracia, esta fase de iniciativa es la que más suele descuidarse en los procesos participativos reales, quedando así desde un inicio comprometidas todas las fases subsiguientes del proceso (Prieto-Martín, P. 2010).

Ganar credibilidad



https://ciertosenmovimiento.files.wordpress.com/2013/02/particip_ciudadana.jpg?w=348&h=211

Se debe tener o alcanzar:

- La neutralidad organizativa y la apertura.



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

Método

Proponen sensibilizar muy bien a la comunidad sobre las realidades que tienen. Luego, la misma comunidad debe caracterizar los problemas. Ulteriormente viene la movilización de esfuerzos para enfrenar los problemas, haciendo sentir la fuerza y el poder que se obtienen de la unión. Luego vienen las intervenciones, donde se muestra cómo transformar realidades, y se hacen efectivas. Para ello plantean la ejecución y por supuesto la evaluación de lo alcanzado, con la continuidad del proceso de forma cíclica.

Estrategias de viabilidad y factibilidad

Consideran que en los municipios se debe fortalecer a la población en su sentido de pertinencia y capacidad de decisión (diálogo social). Que han de buscarse alianzas entre distintos sectores sociales (salud, educación, seguridad). Deben fortalecerse los procesos de comunicación y promover aquellos que acercan y unen a la comunidad. Buscar recursos para mantener y sostener los programas.

La medida de éxito serán la creación y funcionamiento de organizaciones comunitarias y la forma como participen en lo concerniente a la salud.

Comentario

¡Carambas!, no existe duda de que acá está una de las claves de la salud; es más, del país: es conseguir la participación de la comunidad. Implica muchísimo compromiso de aquellos que la quieren impulsar, pues solo con hechos, la comunidad se empieza a comprometer y a participar.



<http://www.democracialocal.org/wp-content/uploads/2009/03/mota9bis2.jpg>



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

Las grandes modificaciones en salud, trascienden el actuar del sector e implican y comprometen otros. Esto es más que palpable al entender los determinantes de la salud y la enfermedad y saber que sobre ellos solo acciones integradas y desde distintos sectores, son las que lo pueden modificar.

Definición



<http://scielo.sld.cu/img/revistas/san/v13n5/f1219509.gif>

“La intersectorialidad conceptualizada como **la intervención coordinada** de instituciones representativas **de más de un sector social**, en acciones destinadas total o parcialmente a **tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida**, forma parte importante de esa respuesta social organizada” (*cita textual del documento base de este artículo*).

Parte de tres factores a analizar: los determinantes, los condicionantes y los facilitadores:

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

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

Factores desencadenantes de la intersectorialidad. Enfoques, técnicas, habilidades, estilos, métodos de trabajo y tecnologías gerenciales, cuya utilización y presencia es fundamental para asegurar una acción adecuadamente coherente y coordinada de los diferentes sectores de la sociedad ante los problemas de la salud, el bienestar y la calidad de vida.



La integración de diversos sectores con vistas a la solución de problemas sociales. Implica la certeza que para resolver problemas sociales se deben buscar soluciones integrales. Por supuesto que el actuar político (entendido como organización social) cobra una relevancia inmensa.

Valores

Parte de la inclusividad, entendiendo que lo que se hace en un sector repercute en otros. Asimismo, de la mancomunidad que supone compartir responsabilidades entre los sectores y ahí la solidaridad cobra valor al darse como un resultado. Lo cierto es que para la intersectorialidad la voluntad política es su génesis y el gobierno asume un papel protagónico para impulsarla. Por supuesto que está íntimamente unida con la participación comunitaria.

¿Que facilita la intersectorialidad?

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



“El documento de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (WcSDH) realizado en Río de Janeiro en octubre de 2011 por la Organización Mundial de la Salud, presenta las bases del éxito del enfoque de “Salud en todas las Políticas” en Australia Meridional realizado con sólidas relaciones intersectoriales, las cuales se identificaron como:

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

Cómo implementarla

Ahora... ¿con quién?



Una vez más se debe comenzar por una sensibilización del recurso humano, siendo clave que el Gobierno emita políticas que la impulsen. La preparación del recurso humano es clave.

Luego ha de venir una fase de movilización, tendiente a llegar a todos los sectores y comprometerlos. La siguiente etapa es la de la participación de los sectores. Ahí, identificar sobre lo que se va actuar y el papel de cada sector, es justo lo necesario para poder medirla en torno a los resultados al ejecutar esos planes que integran los sectores.



Propuesta Canadiense

Describen la propuesta canadiense (Agencia de Salud Pública de Canadá, año 2007), que afirma que para que la implementación de acciones intersectoriales sea exitosa se necesita:

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

En el documento original los autores describen, herramientas y mecanismos, dándole a los planes de salud pública un inmenso papel en la ejecución.

Resulta, a juicio de quien escribe este resumen,

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

¿En qué consiste?

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

Concepción de APS

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

Lo que busca es responder a la problemática del desarrollo. Con tal visión, los autores incluyen:

- 1) Las redes de servicios integradas e integrales.
- 2) Sistema unificado de información.
- 3) La gestión del conocimiento y de tecnologías.



Redes de servicios integradas e integrales

Qué son

Red de Servicios



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

Esencialmente este concepto se basa en unir las IPS bajo el objetivo de mejorar la atención de la población, conseguir el acceso cuando se necesita, disminuir la fragmentación actual de los servicios, evitar la duplicación, mejorar la integración entre prestadores y población (usuarios) y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos.

El sueño de la continuidad

Parten de la firme convicción de que un equipo de salud puede hacerse cargo de la salud de la persona, su familia y la comunidad donde vive y ello solo se traduce en beneficios. De hecho, no existe duda de que la continuidad genera compromisos tanto de los prestadores como de los usuarios y esto es clave para potencializar el actuar en pos de alcanzar el máximo de salud posible.

Implican

Los autores describen de forma certera los beneficios de las RISS. Afirman:

- 1) **Población y territorio a cargo definido** y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.
- 2) **Una extensa red de establecimientos** de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública (OPS 2007).



- 3) **Las RISS disponen de todos los niveles de atención**, proveen servicios electivos y de urgencia, y proporcionan cuidados agudos, de largo plazo y paliativos.
- 4) Dado que su enfoque principal es mantener a la población sana, las RISS se preocupan de enfatizar la entrega de **servicios de salud pública y de promoción de la salud**. Las RISS procuran asegurar una distribución equitativa de sus unidades operativas y la proximidad geográfica a la población servida.
- 5) **Las RISS se preocupan de integrar entre sí los programas focalizados** en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas; los servicios de salud personales; y los servicios de salud pública.
- 6) **Las RISS son integradoras y coordinan** las intervenciones en la prestación de servicios para satisfacer las necesidades de la población.
- 7) **Las RISS facilitan el flujo de información** a través de toda la red de servicios, sin importar donde se ubica el sitio de atención.

LO FUNDAMENTAL

Relación que establezcan



Equipo primario



Primer Nivel

Parten de que el denominado primer nivel es la clave operativa y ha de estar conformado por grupos multidisciplinarios para ofrecer la atención en el seno de la misma comunidad. La coordinación que desde acá se haga con los otros niveles debe responder para ofrecer una atención centrada en la persona, partiendo de ese conocimiento mutuo y su respectivo compromiso.

Si bien se reconoce que los grandes cambios en la salud solo serán alcanzados por acciones intersectoriales, no cabe duda de que las RISS resultan claves en torno a la respuesta inmediata de muchos de los problemas de la población.

Preparar a las personas

Una vez más se insiste en la imperiosa necesidad de formar el recurso humano bajo esta visión. Condiciones laborales adecuadas, transformaciones de la preparación en las universidades, son situaciones en las que se debe insistir. Cabe mencionar que en tal sentido el Ministerio hoy (2015) está promoviendo esa preparación del recurso humano con las universidades a través de la visión de la Salud y Medicina familiar.



¿Lo que se espera?

ELEMENTOS PARA IMPLEMENTAR EL MODELO



La **continuidad en la atención donde existe un médico permanente y de confianza** así como un equipo de más profesionales y técnicos de la salud, que asuman **la responsabilidad de responder por una población determinada**, que puede ser por comuna y así ofrecerle servicios preventivos, programas de apoyo, de atención integral y de servicios paliativos, evitando demanda espontánea de los servicios que congestionan los servicios logrando que se atienda a los más necesitados.

Ellos deberán fomentar los **servicios extramurales**, que facilitan las actividades sobre problemas específicos con otros sectores para llegar a la población marginal.

Sistema unificado de información



<http://www.cotrasur.com/site/images/content/sistema-de-informacion.jpg>

Definiciones

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



Es el estudio que trata la inserción y el uso de la tecnología de la información en las organizaciones, instituciones y la sociedad en general (Ciborra, 2002).

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

Compuesto por...

El Sistema de Información se desarrolla a través de las siguientes etapas:

- 1) Recolección.
- 2) Procesamiento.
- 3) Análisis.
- 4) Uso para la toma de decisiones.
- 5) Divulgación y socialización de la información.

El resultado ha de ser "favorecer la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios y también para la investigación y la docencia" (OMS, 2008).

Tipos de información

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



Información clínica. Para que la información permita identificar grupos de riesgos y facilite la toma de decisiones clínicas. Incluye la historia clínica, el registro de morbilidad y las hojas de consulta, remisiones, atención domiciliaria, utilización de pruebas diagnósticas, entre otras (PAHO/WHO 2007).

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

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



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

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

El sistema unificado de información debe permitir y apoyar:

- 1) Atención individual y de grupos.
- 2) Planificación de servicios.
- 3) Gestión institucional y de servicios.
- 4) Evaluación y control de la calidad.
- 5) Formación del recurso humano.
- 6) Investigación e innovación.
- 7) Cumplimiento de requerimientos legales.

Gestión del conocimiento y de tecnologías

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

Unirse con educación



La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa

Septiembre, 2009



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

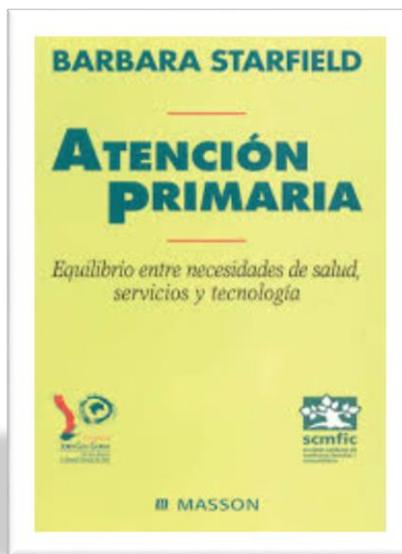
No existe duda de que para esto debemos reenfocar la forma como se enseña hoy la Medicina en el país. El dominio es hospitalario y el camino que debemos buscar es hacerlo más en comunidad, pues es allí donde están los mejores escenarios reales del futuro ejercicio de los médicos que se necesitan.

Concluyen los autores este aparte describiendo cómo creen que se pueden medir los resultados de las RISS.



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

Definición



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

Parten de que se deben tener las habilidades de hacer diagnósticos situacionales, de planear y organizar los recursos, de construir programas, de involucrar la calidad en el diario quehacer, de fortalecer el clima organizacional.

Sus componentes

El componente administrativo para la Atención Primaria está compuesto por cuatro procesos:

a) Planeación, b) Organización, c) Dirección y d) Evaluación.

En torno a la planeación, ya desde entonces (2012) proponían como clave la presencia de la APS en todo el Plan Decenal de Salud Pública, donde efectivamente está involucrada. Recordemos que los autores han hecho este documento para los municipios, por eso su insistencia en tal mecanismo. Describen una surtida variedad de metodologías para impulsar la planeación.

En torno a la organización y dirección, proponen al Gobierno Central como el impulsor y a los Consejos territoriales de Seguridad Social como los responsables de la implementación. Y para la evaluación proponen la existencia de un Plan de Desarrollo Territorial que incluye la APS.



Desafíos y retos en el corto plazo para la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud

¿Qué se necesita para que se implemente la APS en los municipios?



Afirman que es necesario:

- 1) **La decisión política** del Gobierno nacional para la implementación de la Atención Primaria como estrategia para el desarrollo social.
- 2) Establecer un **período de transición** para la aplicación y desarrollo de la estrategia.
- 3) **Definir y establecer metodologías** para la aplicación de la APS como estrategia del desarrollo territorial, y en particular del sector salud.
- 4) **Generar cultura** en todos los actores del ente territorial para que los Equipos de Atención Primaria (EAP) sean la columna vertebral de los planes de desarrollo territorial y de los planes decenales de salud.
- 5) Definir metodología e instrumento de **evaluación** de la EAP.
- 6) Establecer la **línea de base** del grado de desarrollo de los cuatro (4) componentes de la EAP en el país.
- 7) Establecer como política pública la AP como estrategia del **desarrollo territorial** para los sectores sociales.



Para los componentes participación social, comunitaria y ciudadana y la acción intersectorial/transectorial:

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

Para el componente desarrollo tecnológico:



REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

Retos para su implementación



- 1) Reglamentar el funcionamiento y la coordinación de las **redes de servicios integradas** e integrales a nivel territorial donde se establezca la operación, integración y gobernanza de las mismas.
- 2) Establecer y reglamentar un **sistema unificado de información de cobertura en aspectos como atención individual/de grupos, planificación de servicios, gestión** institucional y de servicios, evaluación y control de la calidad, formación del recurso humano, investigación e innovación, cumplimiento de requerimientos legales.



- 3) Promover y fortalecer la **Gestión del conocimiento y de tecnologías** para desarrollar políticas y mecanismos que garanticen las condiciones adecuadas para formar el recurso humano y generar investigación participativa aplicada al ente territorial.
- 4) Establecer un **sistema de evaluación unificado** con indicadores básicos para el monitoreo, verificación y control del desarrollo tecnológico aplicado a la planeación, ejecución y evaluación del Plan Decenal de Salud.

Para el componente desarrollo administrativo:

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

Este resumen, a pesar de su ambición de ser completo, ha dejado por fuera interesantes propuestas y desarrollos que los autores hicieron, razón por la cual recomendamos leer el texto original.



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