



## Atención Primaria en Salud...

# RESULTADOS, SISTEMATIZACIÓN, ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES DE LA EVALUACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN COLOMBIA

Resumen efectuado por Juan Carlos González\*\*



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



**DOCUMENTO:**

SISTEMATIZACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS DESARROLLADAS EN EL PAÍS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD -APS - Y REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD -RISS- EN LOS NIVELES TERRITORIALES

**Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS-RISS**

(versión final ajustada)

CONVENIO 485 MPS y OPS/OMS

LÍNEA DE GESTIÓN INTEGRAL EN SALUD PÚBLICA

Bogotá, enero de 2012

Roberto Suarez  
Sara Zamora  
Giovanni Conte  
María Fernanda Olarte

\*\*\* MD MPS. Director Departamento de Medicina Comunitaria. FUJNC – [juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co](mailto:juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co)



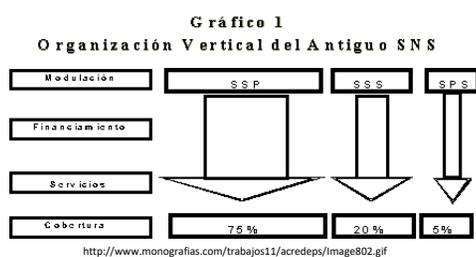
## Un problema

Hacer ver que las condiciones sociales de la persona y la población son tan importantes como las condiciones médicas fue todo un reto en el país. Hacer notar la necesidad de integrar sectores tan aparentemente disímiles como obras públicas (hacer acueductos) a la salud (enfrentaba a la diarrea) no fue tan fácil en la práctica como podría ser en teoría. La revisión deja en claro, a mi juicio, que el médico del momento tenía una visión predominantemente biológica y curativa y escasamente preventiva y, mucho menos, comunitaria.

Aun con lo anterior, el documento da a entender que en muchos municipios del país el proceso de APS empieza a impulsarse.

### Momentos a tener en cuenta en la aplicación de la APS

Los autores conceptúan que existen cuatro claves cronológicas para la implementación de la APS:



1. Ubicarla dentro del sistema de salud previo a la ley 100 de 1993.
2. Pensar en el momento posterior a la implementación de la ley 100.
3. La resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud.
4. La ley 1438 del 2011.

Antes de la ley 100, el avance de la APS está en un proceso de inclusión paulatino dentro del Sistema Nacional de Salud. La llegada de la ley 100 la hace perder y todo el intento de integración se ve transformado en una fragmentación de servicios y atenciones con un impuso notorio a la visión de costos. La aplicación de la Resolución del 2012 del 2000 procuró responder (sin éxito creería yo) a esa fragmentación y surge la *APS Renovada* como una respuesta a la actual crisis del Sistema General de Salud que se plasma en la ley 1438 del 2011.



## Una concepción que se impone



Interpreto (el que escribe este resumen) que la fuerza que se le dio a nivel municipal a la descentralización en salud, hizo que la APS se empezara a concebir más como salud para los más pobres y que se empezara a impulsar con más fuerza la prevención y la promoción de la atención. De hecho, se crean prestadores distintos para una u otra actividad. Se empiezan a formar otros equipos dedicados a impulsar la seguridad social, es decir, se completa un fraccionamiento haciendo retroceder la integración que buscaban Alma Ata y el país de los ochenta.

### Lo cierto (opinión)

A raíz de que el Estado con sus IPS van a quedar a cargo de la población del régimen subsidiado, estas IPS empiezan a ser un "acomodo" de la APS que venía antes de la ley 100 con la Seguridad Social y surge una mezcla "extraña" pero que se aleja de la necesaria integración que implica la APS conceptual y filosóficamente. A raíz de la ley 1438, se retoma, al menos en la teoría, la concepción integral de la APS.

### Los equipos: ¡la clave y el abandono!



[http://libu.s3.amazonaws.com/img/606\\_recursos\\_u\\_puj.jpg](http://libu.s3.amazonaws.com/img/606_recursos_u_puj.jpg)

Formar el recurso humano en APS fue la mayor dificultad. No se crearon programas "oficiales" para tal efecto. La capacitación surgió de las experiencias realizadas y, por ende, restringidas a quienes la



recibían. Ello va a determinar que no se tengan interlocutores y que sea un fenómeno aislado. Además, empezó a verse la dificultad en torno la contratación, con falta de continuidad y una dependencia de los políticos del momento quienes fueron, a raíz de la descentralización, los responsables de tales equipos. Si existieron experiencias exitosas en los ochenta, en particular en lo referido a las personas, la década de los noventa hace que se borren.

### Buscando alternativas en el recurso humano

En distintas partes de Colombia se empieza a promover la constitución de equipos, algunos de ellos denominados de APS. Los secretarios de salud se convierten en los organizadores. Se cuestiona si deben o no participar los médicos, por el riesgo de medicalizar todo el actuar.

### Promoción de personal técnico

Con el fin de sostener contacto con la comunidad se empieza a promover la formación de técnicos con énfasis hacia la comunidad.

### Lo que entró con fuerza

Como parte de la APS, entra la necesidad de caracterizar debidamente la comunidad. Diagnósticos de las familias, diagnósticos epidemiológicos, empiezan a ser usados en los municipios. Con base en ellos se inician los planes de salud los que, por cierto, hacen énfasis en las poblaciones más vulnerables.

### Promotores de Salud

Reconocidos por el común de ser los técnicos que van a las casas, se convierten pronto en los intermediarios de salud entre los servicios y la comunidad. Sin embargo, y a pesar de su importante papel, ocupan la escala más baja del modelo laboral en salud.

### Lo que tienen en común estas experiencias



<http://www.mspbs.gov.py/v3/wp-content/uploads/2015/03/ypacara1.jpg>

1. No cabe duda de que el principal punto en común es formar parte de los municipios y es de carácter oficial.
2. Todas parten de los diagnósticos de las comunidades, usando las visitas casa a casa.
3. Todas están dirigidas a la población subsidiada.



4. Todas tienen unos equipos de recursos humanos en contacto con la comunidad (extramurales).
5. El primer contacto con la persona y su familia se hace a través de visita, donde hacen diagnóstico y canalizan para otros niveles de atención de acuerdo a la priorización que elaboren de la situación encontrada.
6. Todas han usado los equipos de contacto primario para fortalecer el aseguramiento.
7. Todos los modelos tienen equipos de contacto primario (extramurales) e intramurales a donde son remitidos los casos priorizados.
8. Existe interés de todos los equipos en detectar riesgos psicosociales.
9. Estas experiencias muestran continuidad entre los distintos gobiernos que han pasado, casi desde el 2008 hasta el 2011.

### Diferencias

1. La constitución del equipo, en particular el que entra en contacto con la comunidad. Unos usan más profesionales, otros técnicos. Por ejemplo, en Bogotá se forman megaequipos con distintas responsabilidades.
2. Los equipos responden a un modelo y, de acuerdo a ese modelo, se hace la asignación de familias a cargo.
3. Existen modelos donde las visitas son a cargo de personal técnico y otros donde se hacen por profesionales.
4. Existen equipos donde incorpora personal a cargo de Salud Pública encargados de modificar el riesgo sanitario de la vivienda (educación sanitaria), por ejemplo, Boyacá.
5. La presencia del médico no es una constante de los equipos de contacto primario. Menos frecuente es la presencia de psicólogos o trabajadores sociales o nutricionistas. En cambio, la enfermera parece estar en todos los equipos.

### Particularidades



1. **Barranquilla:** Con sus PASO (Puntos de Atención en Salud Oportuno) y CAMINO (Centros de Atención Médica Integral Oportuno).
  - 1.1. Sus caminantes de la salud.



<http://www.saludcapital.gov.co/PublishingImages/imgStyle/logoprincipal.png>

2. **Bogotá:** con su desarrollo estratégico en cuatro aspectos.
  - 2.1. **Gestión del territorio**, que se desarrolla en tres niveles:
    - 2.1.1. La gestión en el propio ámbito.
    - 2.1.2. La gestión en las instituciones.
    - 2.1.3. La gestión con actores locales.

En este contexto, la gestión del territorio consiste en 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.

- 2.2. **Intervenciones que promuevan la salud.** En este escenario se busca incentivar:
  - 2.2.1. Las actividades de información, educación y sensibilización realizadas por los equipos de Salud Familiar y Comunitaria.
  - 2.2.2. La canalización de programas y servicios.
  - 2.2.3. El fomento y seguimiento a la adherencia a programas de salud.
  - 2.2.4. El fortalecimiento de las acciones individuales de promoción y prevención.
  - 2.2.5. Así mismo, se plantea la intervención plurimodal para la promoción de la salud mental y del desarrollo humano.
  - 2.2.6. 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.



**SESALUB**  
Secretaría de Salud de Boyacá

<http://www.cribsaludmental.gov.co/images/Logosecreasalud.PNG>

- 2.3. **Boyacá** con el esfuerzo en su modelo en la vinculación de la situación sanitaria de cada vivienda.
- 2.4. El **Valle** que propone integrar al Gobierno como autoridad sanitaria, el territorio donde se debe integrar sectores distintos a la salud y la comunidad, y la comunidad como gestora de la autogestión en salud. El documento deja entrever que el Secretario Departamental es un actor clave.



- 2.5. **Cundinamarca** hace énfasis en campañas tipo brigadas de salud (Patrullas de Salud Pública).
- 2.6. **Manizales** enfatiza más la atención a través de sus equipos (no hace tanto énfasis en el proceso de participación) y pareciese su énfasis en la búsqueda de una atención integral, no mencionándose la intersectorialidad y la participación.
- 2.7. En **Santander**, (como en Bogotá) se hace notoria una continuidad en la búsqueda de la APS por parte de la Gobernación desde el 2004: "Santander en Serio", "Santander Incluyente", 2008 y, "Santander Sano", 2011. Resulta evidente ese esfuerzo por armonizar el aseguramiento, la prestación de servicios, con la Salud Pública, y atención de desastres.
- 2.8. En **La Dorada** existe una continuidad desde 2010. Visitan casa por casa, hacen el diagnóstico, identifican el riesgo e implementan actividades, no solo de salud siguiendo lineamiento de la Resolución 412 (ejemplo AIEPI), sino que abordan la Salud Pública.



<http://versalles-valle.gov.co/apc-aa-files/39663333396334656164326562353431/imagen-pdm-50-.jpg>

- 2.9. **Versalles**, donde su fuerza está en la participación comunitaria. Desde la influencia del desarrollo del Instituto Campesino de Buga y Radio Sutatenza y la ANUC (Asociación Nacional de Unión Campesina), se promovió muy fuerte el liderazgo comunitario. Desde 1989, y partiendo de la Iglesia y la Alcaldía, se impulsan los CPC (Comités de Participación Comunitarios). Allí parten del papel de la comunidad en la solución de sus problemas. En 1998 y con una sólida organización comunitaria se lanzan a la APS, integrando a partir de este aspecto los demás relacionados con esta estrategia.

### Lo positivo de las experiencias

En común:

- El reconocimiento de las necesidades comunitarias a partir de diagnósticos bien elaborados (casa por casa).
- La promoción del acceso a los servicios.
- El usar el contacto casa por casa para incrementar el aseguramiento.
- El compromiso político que le ha dado continuidad a los procesos.



- El haber llegado a sitios más distantes.
- El papel del promotor comunitario.
- Promoción de formación de recurso humano.
- Intento de integrar la prestación con la salud pública.
- Impulso a la prevención.
- Intentos de trabajo intersectorial.
- La inclusión de la academia (Universidad de Antioquia).
- Acceso de los más pobres a los servicios de salud.

Mención especial al caso de Versalles, donde todo el desarrollo lo han logrado a partir de la participación comunitaria, incluso siendo un ejemplo de voluntariado comunitario.

## LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA



[http://www.fastonline.org/CD3WD\\_40/HLTHES/APS/APS205/GIF/P03B.GIF](http://www.fastonline.org/CD3WD_40/HLTHES/APS/APS205/GIF/P03B.GIF)

Está representada por la imagen del **promotor de salud** quien se encarga de ser el puente entre la comunidad y las organizaciones de salud. Su actuar está basado en:

- Identificar las condiciones en que viven las familias.
- Los procesos educativos a su cargo, procesos destinados a enfrentar problemas particulares de la salud y crear una apropiación de la comunidad en torno a su salud.

### Pero...

Si bien existe tal papel del promotor, su importancia se pierde en la comunidad ante la falta de respuesta del mismo a los problemas de la prestación. Es como si fracasara acá su papel de mediador.

Plantean en este trabajo que la participación comunitaria aún no es real. Salvo excepciones como la de Versalles, las opiniones de la comunidad no se promueven (no tienen impacto político) pues aún no se responde a las mismas. Es como si se dijera "¿Qué valor tiene hacer una recomendación de

cómo mejorar si el sistema no la va tener en cuenta?”. El ejemplo mayor es que la comunidad no participa en la construcción del modelo; a esta se le invita a participar de uno ya dispuesto.

### Primer contacto

Todas las experiencias coinciden en la búsqueda al interior de la comunidad a través de las visitas de los promotores de salud (o de los equipos configurados) lo que establece el primer contacto. De allí se remite a los miembros de la familia para la atención de lo que necesiten.

### El enfoque diferencial

A través de las visitas domiciliarias resulta evidente que se puede identificar poblaciones con situaciones especiales, lo que ha permitido hacerles planes particulares. Sin embargo, se reconoce una dificultad de los equipos para abordar poblaciones en situaciones especiales (por ejemplo, desplazados), pues resulta claro que las necesidades y los procesos para incluirlos son muy diferentes.

## INTERSECTORIALIDAD

Describen los autores de la evaluación que para las Entidades Promotoras de Salud (EPS), la APS es promoción y prevención. Resaltan que las autoridades municipales son las “más” avanzadas en torno a la concepción y aplicación de la APS y son las Empresas Sociales del Estado (ESE) las encargadas de aplicarlas. En tal sentido, ponen de manifiesto la dificultad de trabajar en red entre las distintas entidades en los casos de remisión.

### Unión con otros sectores



Expresan que realmente es muy limitada. Existen experiencias puntuales pero escasas. Algunas universidades públicas, o el SENA han capacitado personal. Expresa el documento que este aspecto está claramente retrasado en la evaluación de las experiencias.



## Sistemas de información

Dada la inmensa cantidad de información que se recoge de las visitas, por ejemplo, los sistemas de información resultan claves al momento de hacer planes. Se puede observar desarrollo en ello, sin embargo, el lograr que dichos sistemas sean funcionales para la toma de decisiones ha sido muy complicado y aún estamos atrasados en esto.

## Rectoría

Si bien la ley 1438 establece que la directriz de la APS ha de estar cargo del Ministerio, resulta evidente que aún no se ha podido crear un modelo funcional al respecto. Estas experiencias muestran un papel más importante a partir de las regiones, con la gobernación y los municipios (entes territoriales). Sin embargo, se pone de manifiesto que también existen muchos vacíos en torno a estas relaciones, dejando casi a los municipios con la dirección y ejecución de la APS.

## Resultados

Aquí encontramos otra debilidad. No existe forma aún de medir claramente los resultados. No ha sido fácil identificar qué es lo que impacta las acciones de APS desarrolladas. Tal vez las acciones educativas de algunos de los programas sí han mostrado resultados medibles e impactantes.

## Experiencias sobresalientes

El criterio de selección ha sido la permanencia a lo largo del tiempo y la identidad social alcanzada.

## Versalles



<http://www.elpais.com.co/elpais/sites/default/files/2012/01/medico675.jpg>

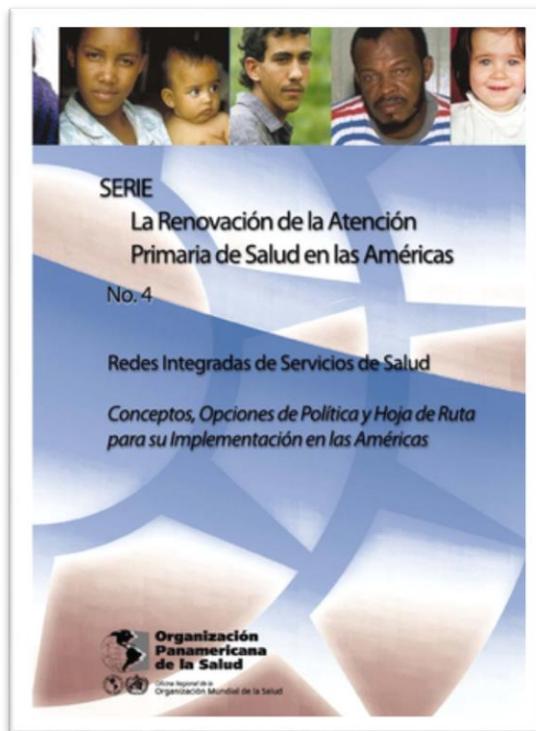
*Doctor Henry Valencia, uno de los impulsores de la salud y la comunidad en Versalles*

Dentro de las experiencias, este municipio ha alcanzado a lo largo del tiempo un desarrollo sostenido en sus procesos comunitarios. La clave ha sido una posición filosófica donde dicen que la solución de los problemas de la comunidad está en manos de la comunidad. Un aspecto operativo clave es que buena parte de su trabajo comunitario se basa en el voluntariado, permitiéndoles mantener desarrollos a pesar de los escasos recursos. Además, la integración de los servicios y de recursos en torno al



objetivo donde, por ejemplo, si salud necesita un psicólogo y educación lo tiene, lo aporta para ese proyecto. Ello ha llevado a que el liderazgo comunitario tenga mucha visión y permanezca hacia el futuro. Además, tienen una fuerza política con la comunidad que hace que las autoridades escogidas, sostengan los programas.

### Barranquilla



El programa representado con las siglas PASO y CAMINO se ha convertido en un proyecto de gestión representativa y actividades importantes en la ciudad. Existen más de 300 caminantes (promotores comunitarios) y visitan 450 familias al mes. El éxito ha sido la coordinación entre PASO y CAMINO y, la dificultad, el sostenimiento de los equipos por aspectos salariales (paga baja lo que da pobre continuidad). No han podido medir el grado de resolutivez lo que hace difícil conocer el impacto. La intersectorialidad es pobre.

### La Dorada

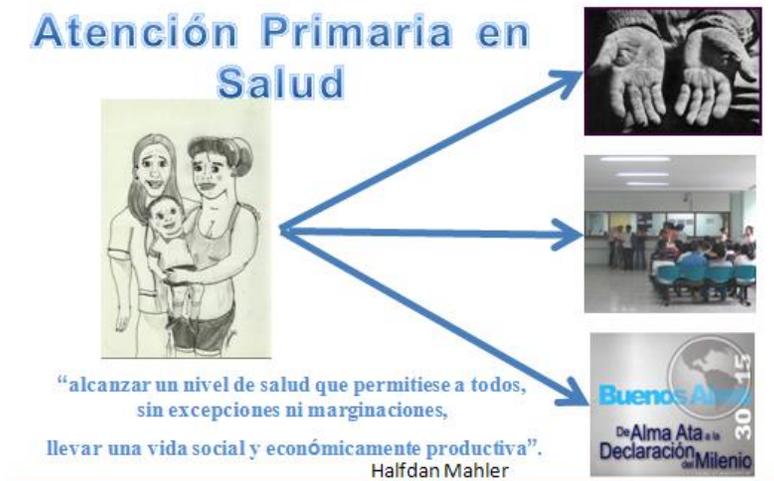
Bajo el nombre de *Atención Primaria Social* se ha logrado una continuidad desde 2005 a raíz de que el actual alcalde (2011) fue el Secretario de Salud de aquel entonces y construyó las bases del programa que hoy funciona. Han utilizado formas de clasificación interesantes encaminando su máximo esfuerzo a los barrios más deprimidos económicamente. Las Células de Acción Solidaria (CAS -por cada 500 casas una célula-) son los núcleos hacia donde se dirige la acción, los que presentan sus problemáticas y, con base en ello, se hacen las intervenciones. Estos CAS han de articularse con la ESE en torno a la prestación. Su logro más interesante ha sido el trabajo intersectorial, pues han vinculado a las ESE, la Iglesia, las comisarías de familia, el SENA y la educación. La participación es aún pobre, siendo los técnicos los que toman las decisiones.



## CONCLUSIONES: PARA MEJORAR

### De conocimientos

#### Confusiones acerca de la APS



1. No hay claridad conceptual sobre qué es APS.
2. 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.

#### Del modelo actual

1. La fragmentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es una limitante importante para la eficacia de la APS.
2. La lógica de la APS entra en contradicción con el modelo económico que rige el SGSSS.
3. Existe un problema de recurso humano debido a la alta rotación del personal y a las precarias condiciones laborales en el plano salarial y las tareas asignadas.
4. Falta de personal calificado en APS.
5. La conformación de los equipos básicos de APS está sujeta a las necesidades locales y a las posibilidades presupuestales.
6. En la mayoría de los casos no se evidencia la práctica efectiva de las Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS).
7. El acercamiento entre salud pública y aseguradoras es reducido y fragmentado.
8. La sostenibilidad debido a la infraestructura, planes y recursos no está asegurada.



### De la rectoría



## Rectoría



<http://image.slidesharecdn.com/sistemasdesaludcursoapsrissdr-salgado-110830102231-phpapp01/95/sistemas-de-salud-curso-aps-riss-dr-salgado-28-728.jpg?cb=1314700440>

1. Se evidencia un vacío institucional por parte del Ministerio de Salud.
2. Se percibe la necesidad de una mayor rectoría del Ministerio para hacer efectiva la APS.
3. A pesar de los esfuerzos de comunicación y sistemas de información, la toma de decisiones no está apoyada por unos procesos rigurosos de análisis.
4. En varias experiencias se solicitó la unificación de instrumentos de diagnóstico y de contar con un sistema de información nacional.

### De la implementación



[http://www.campusvirtualsp.org/sites/default/files/webfiles/images/renovacion\\_aps\\_ecu\\_0.png](http://www.campusvirtualsp.org/sites/default/files/webfiles/images/renovacion_aps_ecu_0.png)

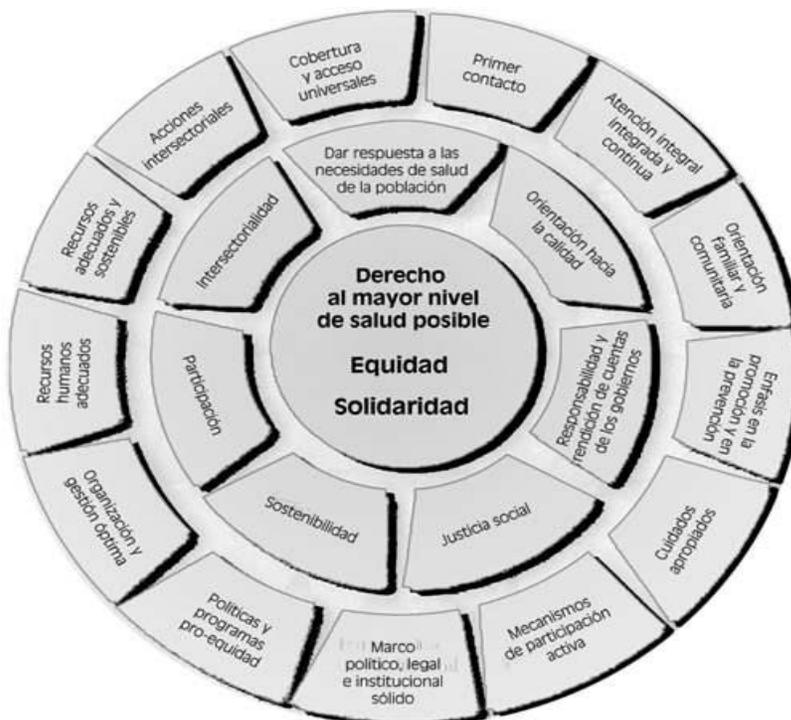
1. Algunas experiencias evidencian que la implementación de la APS es incipiente y que, por lo tanto, no trasciende los planes del Gobierno.
2. Falta de flexibilidad en la manera de hacer cultural y socialmente pertinente la APS en los diferentes lugares.
3. El definir el trabajo de la APS por metas lo hace insuficiente ya que no se mide la calidad.
4. En algunas experiencias asimilan la participación social con la salud comunitaria conduciendo así a políticas asistencialistas.
5. La APS es siempre selectiva dejando de lado poblaciones vulnerables.
6. Las experiencias se centran en un concepto de salud familiar que no necesariamente corresponde a lo que es salud familiar en realidad.
7. En las experiencias falta integrar al régimen contributivo para buscar la universalidad.



### De los municipios

1. La APS tiene una difícil proyección debido a su codependencia con los planes de gobierno departamental, municipal o distrital.
2. La voluntad política es un determinante importante para la implementación de la estrategia.

### Lo cierto es que...

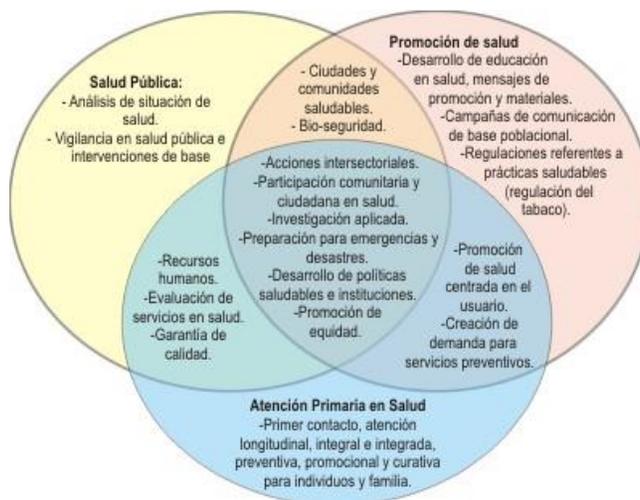


[http://www.aps.cisas.org.ni/sites/aps.cisas.org.ni/files/images/valores\\_principios.jpg](http://www.aps.cisas.org.ni/sites/aps.cisas.org.ni/files/images/valores_principios.jpg)

1. Existen experiencias positivas en APS en el país que evidencian la viabilidad de la APS.
2. Las experiencias son importantes, pero están sin comunicar y analizar.
3. 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 la APS.
4. 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.
5. La existencia de la normativa vigente (ley 1438) es una plataforma importante de sostenibilidad de la estrategia.
6. 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



<http://www.periodicoelpulso.com.co/images/ju05/debate/grafico.jpg>

### 1. En torno a la concepción de la APS:

- 1.1. Lograr claridad conceptual sobre lo que es APS, es importante la formación continuada del personal que trabaja directa o indirectamente en APS.
- 1.2. Lograr contratar el recurso pertinente y capacitado dentro de un régimen laboral estable con cargas laborales que hagan viable la APS.
- 1.3. Fortalecer la veeduría en la contratación del recurso humano para los equipos de APS.
- 1.4. Sustentar la toma de decisiones a partir del análisis situacional de cada caso por parte del equipo de APS.
- 1.5. Comunicar y aprovechar las experiencias positivas en APS por medio de una mesa de trabajo nacional.
- 1.6. Flexibilizar la APS para que sea cultural y socialmente pertinente en los contextos locales.
- 1.7. Replantear y lograr claridad sobre qué es la participación social en APS para establecer criterios similares en todo el país.
- 1.8. Replantear y lograr claridad sobre qué es la salud familiar en APS para establecer criterios similares en todo el país.

### 2. En torno al SGSSS:

- 2.1. Superar la fragmentación del SGSSS.
- 2.2. Integrar efectivamente las RISS.
- 2.3. Desarrollar mecanismos de inclusión para cobijar poblaciones del régimen contributivo.
- 2.4. Fortalecer la APS en el área rural.

### 3. En torno a rectoría y a la dirección:

- 3.1. Mayor rectoría y acompañamiento técnico por parte del Ministerio de Salud. Esto exige un proceso de flexibilización de la APS, pero en donde se acompañen los procesos de manera adaptada y socialmente sensible.
- 3.2. Promover la relación entre el sector público en salud con la investigación, la formación y la aplicación en instituciones de educación superior.



- 3.3. Lograr desvincular la APS de los planes de gobierno territoriales y que se convierta en política pública del sector salud.
- 3.4. Desarrollar un seguimiento a las metas a cumplir que esté acompañado de un monitoreo de la calidad del proceso tanto para los entes territoriales como para las EPS.
- 3.5. Fortalecer la relación entre municipio y gobernación.
- 3.6. Fortalecer las mesas de trabajo intersectoriales.
- 3.7. Articular los sectores de salud pública y aseguradoras.
- 3.8. Asegurar la sostenibilidad por medio del fortalecimiento de la infraestructura y por la asignación presupuestal de los recursos públicos y privados.
- 3.9. Unificar el sistema de recolección y procesamiento de datos en un sistema de información nacional que pueda ser utilizado en tiempo real.

**Comentario del editor:**

El presente trabajo nos pone a pensar en torno a qué buscaríamos si fuésemos a visitar programas de APS. Al respecto, este cuadro sería la propuesta que hoy puedo hacer:

CRITERIOS	ÁREAS	LO QUE SE VERÍA
<b>INTEGRALIDAD EN LA ATENCIÓN</b>	Del equipo (continuidad)	Un mismo equipo atiende a los pacientes cuando se enferman y cuando están sanos.
	Continuidad con la familia	Un mismo equipo atiende a la persona y a su familia
	Con la salud pública	El mismo equipo asume la atención (anterior) y la ejecución de las acciones de salud pública.
	De las redes integradas	El equipo está "integrado" con hospitales de segundo y tercer nivel y remite allí y recibe la contrarremisión de allí.
<b>PARTICIPACIÓN COMUNITARIA</b>	Organización comunitaria	Organización de las familias como <i>Alianza de Usuarios</i> .
		Organización de adultos mayores.
		Organizaciones juveniles.
	Organización en torno a la salud	Formación de cuidadores de salud. Organización de grupos terapéuticos.
<b>TRABAJO INTERSECTORIAL</b>	Con colegios	Construcción de programas compartidos entre la IPS de los colegios de la zona.
	Comité intersectorial	Participación de la Alianza de Usuarios y de la dirección de la IPS en el comité intersectorial de la zona.
	Comité de equidad social	Participación de la Alianza de Usuarios y de la dirección de la IPS en el comité intersectorial para la equidad de la zona.
	Saneamiento ambiental	Responsabilidad de la IPS en el saneamiento ambiental donde están ubicadas las familias.

**NOTA:** Reiteramos la invitación a que los que quieran lean el documento original:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Sistematizaci%C3%B3n%20experiencias%20de%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20en%20Salud.pdf>

