

Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Proyecto BUPPE:



**Gestión territorial de la salud:
perspectivas, aprendizajes
y aportes a la práctica**

Catalogación en la publicación
Biblioteca Facultad Nacional de Salud Pública

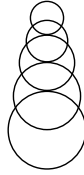
Universidad de Antioquia

Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica/ Universidad de Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia; 2017. 202 p.

Incluye referencias bibliográficas

ISBN 978-958-5413-18-4

1. Atención primaria de salud 2. Promoción de la salud 3. Gestión en salud 4. Salud pública



Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1803

Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica.

Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Andrés Colorado Vélez, Johnny Alexander Gómez-Granada, José Fernando Elorza Saldarriaga, Nairobi Cárdenas Velásquez, Juan Fernando García Cano, Diego Alejandro Ossa Estrada, Rene Casanova Yela, Sandra Milena Porras Cataño, Dayhana Álzate García, Nora Luz Salazar Marulanda, Sebastián Bedoya Mejía, Angélica López Patiño, Natalia Gaviria Angulo, Janier Hernando Álvarez Pérez, Luis Alfonso Acevedo Escalante, Diana Catalina Garcés Jaramillo, Geicy Sepúlveda Vergara, Javier Alonso Bolívar Echeverri, Dorian Ignacio Ospina Galeano, Álvaro Franco Giraldo, Luis Alberto Martínez Saldarriaga.

E-mail: apssuroeste@gmail.com - <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/apssuroeste/>

© Universidad de Antioquia

ISBN: 978-958-5413-18-4

ISBNe: 978-958-5413-19-1

Primera edición: 2017.

Diseño y diagramación: Erledy Arana Grajales, Imprenta Universidad de Antioquia.

Terminación e impresión: Imprenta Universidad de Antioquia.

Teléfono: 219 53 36. Calle 67 N.º 53-108. Medellín, Colombia.

Imagen de portada: Alejandro Serna Quintero. Celular: 311 602 52 91.

Revisión de estilo: Juliana Paniagua Arroyave.

Impreso y hecho en Colombia / Printed and made in Colombia.

Se permite la copia, de uno o más artículos completos de esta obra o del conjunto de la edición, en cualquier formato, mecánico o digital, siempre y cuando no se modifique el contenido de los textos y se respete su autoría.

Dependencia responsable de la publicación: Facultad Nacional de Salud Pública. Centro de Extensión. Teléfono: 219 68 07. Correo: cesaludpublica@udea.edu.co
Calle 62 N.º 52-59, oficina 106. Medellín, Colombia.

El libro Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica, es producto de los aprendizajes y experiencias del proyecto “Fortalecimiento de las capacidades locales para la implementación de la estrategia de APS, en los municipios de la cuenca del río San Juan de la región del Suroeste de Antioquia 2015-2016”; financiado por el Banco Universitario de Programas y Proyectos de Extensión – BUPPE de la Universidad de Antioquia por medio de la convocatoria 2014; en el proyecto participaron las Unidades Académicas de la Universidad de Antioquia: Facultad Nacional de Salud Pública, Facultad de Enfermería, Facultad de Odontología, Facultad de Ciencias Farmacéuticas y Alimentarias, Facultad de Medicina, Facultad de Comunicaciones y la Escuela de Nutrición y Dietética. Además de los gobiernos municipales y las Empresas Sociales del Estado de los municipios de Andes, Ciudad Bolívar, Hispania, Betania y Jardín. Y las instituciones: Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia - AESA, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, Savia Salud EPS y el SENA.

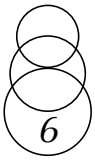
El contenido de la obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos contenidos en la obra, así como la eventual información sensible publicada en ella.

Agradecimientos

Nuestros profundos agradecimientos a todas las personas que hicieron posible este proceso:

Andes: John Jairo Mejía Aramburo-Alcalde, Elkin Darío Jaramillo- Ex alcalde, Carolina Cardona- E.S.E. Hospital San Rafael, Ana María Zuleta- Secretaria de Salud. **Betania:** Ronal Alejandro Sánchez-Alcalde, E.S.E. Hospital San Antonio, Cristina López Barrera-Secretaria de Salud. **Ciudad Bolívar:** Antonio de Jesús Castaño-Alcalde, E.S.E. Hospital La Merced, Javier Alonso Bolívar- Secretario de Salud. **Hispania:** Jorge Alberto Vanegas-Alcalde, E.S.E. Hospital San Juan del Suroeste, Miriam Jaramillo Lenis-Secretaria de Salud. **Jardín:** William Enrique Rendón-Alcalde, Álvaro Giraldo Vásquez-Ex gerente, Neftalí Pérez Arellano, Sandra Milena Yagarí- E.S.E. Hospital Gabriel Peláez Montoya, José Fernando García-Secretario de Salud.

Universidad de Antioquia: Mario de Jesús Restrepo -Vicerrectoría de Extensión, Álvaro Franco Giraldo-Vicerrector General, María Patricia Arbeláez-Vicerrectora de Investigación. David Hernández García-Secretario General. **Facultad de Odontología:** Ángela María Franco-Decana, Clara Escobar-Ex decana, Yomaira Viñas Sarmiento-Docente. **Facultad de Enfermería:** Lina María Zuleta-Decana, Sergio Alzate Mejía-Coordinador de extensión, Nairobi Cárdenas-Docente. **Facultad de Ciencias Farmacéuticas y Alimentarias:** Juan Carlos Alarcón Pérez-Decano, Yan Carlos Cataño-Docente. **Escuela de Nutrición y Dietética:** Gildardo de Jesús Uribe Gil-Director de la Escuela, Uber Alberto Isaza-Jefe extensión, Juan Fernando Rivera Gómez-Docente. **Facultad de Medicina:** Carlos Palacio Acosta-Decano, Daniel Felipe Patiño-Docente. **Facultad de Comunicaciones:** Ximena Forero Arango-Decana (e). **Facultad Nacional de Salud Pública:** Ruth Marina Agudelo Cadavid- Decana (e), Héctor Bayron Agudelo, Fabio León Rodríguez, Patricia Zapata, Gilma Estela Vargas, Jairo Ramírez, Alba Emilse Gaviria, Mónica Soto. **Seccional Suroeste UdeA:** Sara María Márquez-Directora, María González Agudelo- Ex directora.

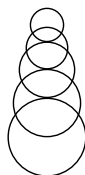


Igualmente a Luis Alberto Martínez Saldarriaga de la Asociación de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos de Antioquia, Julián Vargas Jaramillo y Marleny Dávila Martínez de la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, Ana María Escobar de Savia Salud EPS, Isabel Cristina Vásquez e instructoras del SENA.

A los líderes comunitarios: Lucero Bustamante Suarez, Francisco Javier Villegas, Luz Elena Arias, Margarita Bonilla Hurtado, Bertha Jaramillo Ángel, Óscar Ruíz Mesa, Lina Marcela Ospina Taborda, Beatriz Taborda, Rosa Erminia Gómez Zapata, Andrés Felipe Bedoya, Cruz Daris Bustamante, María Isabel Cardona, Daniel Castañeda Londoño.

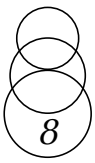
A los estudiantes que realizaron sus prácticas y/o trabajo de investigación en el marco del proyecto: Javier Andrés Zapata, Yuliana Carvajal, Dorian Ospina, Sara Patricia Chica, Kelly Ochoa, Paola Andrea Santa María, Eliana Ramírez, Eliana Ruiz, Dayana Jiménez, Sara Cristina Monsalve, Santiago Serquera Mesa, Janier Álvarez, Luis Alfonso Acevedo, Diana Catalina Garcés, Johana Botero Álvarez, Juan Camilo Betancur, Jenny Marcela Cano, Angélica López, Natalia Gaviria, Sebastián Bedoya, Geicy Sepúlveda, Johnny Gómez Granada, Ana Cristina Ortiz, Nora Alejandra Lora, Vanessa Vásquez, Mariana Arango, Melany Parra, Jor Franklin Maturana.

Para todos y todas, ¡gracias!

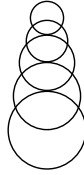


Contenido

| | |
|---|-----|
| Presentación | 9 |
| Lo clásico de los modelos de salud y de la Atención Primaria (APS): bases conceptuales previas a la investigación y a la renovación | 14 |
| Desigualdades territoriales en la salud de la población de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño, caracterizadas por la estrategia de APS durante el periodo 2014-2015..... | 29 |
| Salud en los territorios (Escenas de una película colombiana) | 54 |
| La relación universidad y municipios: visiones, acciones y decisiones para el desarrollo local | 66 |
| La acción intersectorial por la salud: una vía para la incidencia en los procesos sociales determinantes de la salud | 79 |
| La comunicación en la APS: una experiencia más allá de los medios | 95 |
| «Uno solo no es capaz». Desafíos de la gestión territorial de la salud en el ámbito municipal | 110 |
| El cuidado y la Atención Primaria en Salud como simbiosis en un campo de acción de la Enfermería:retos para una práctica interdisciplinaria basada en la Atención Primaria en Salud | 137 |



| | |
|--|-----|
| Influencia de los actores del sistema de salud en la reorientación de los servicios de salud en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño | 148 |
| Oportunidades y retos de la Telesalud para la gestión integral de la Atención Primaria en Salud | 160 |
| Construcción de una micro red integrada de servicios de salud. Diagnóstico inicial, conceptos básicos y criterios para su conformación | 173 |
| Sala situacional de salud. Una metodología para la toma de decisiones en salud, municipio de Ciudad Bolívar-Antioquia, 2016 | 188 |



Presentación

La Atención Primaria de la Salud tiene y ha tenido múltiples significados, por lo menos dos: (1) lo que queremos que sea y (2) lo que ha sido, es y está siendo.

Desde la Universidad queremos que la APS sea una idea fuerza potente, capaz de orientar la gestión de la salud en cada territorio, de desafiar y resignificar las ideas que sobre la salud se han enraizado producto del pensamiento biomédico. Una idea fuerza para movilizar un conjunto de valores asociados al derecho que tenemos como ciudadanos a disponer de la más alta calidad de salud posible, a una vida en sociedad donde los proyectos de vida personales se realicen con justicia social.

Una idea fuerza para comprender que la salud se produce más allá del ámbito de los hospitales, más allá de la alta tecnología, que por el contrario se produce en el seno de la vida cotidiana, como el producto de la forma de vivir, de trabajar y de consumir, lo que sugiere en consecuencia, que para producir más salud y para disminuir las enfermedades, es necesario estar lo más cercano a los lugares por donde transita y se realiza la vida cotidiana: el hogar, el barrio, la escuela, el lugar de trabajo. Estar allí con un doble propósito: para entender mejor las realidades de los diferentes grupos humanos y para construir con ellos los cambios que permitan que los procesos sociales de la vida cotidiana disminuyan el deterioro sobre la salud y aumenten el potencial para disfrutar la vida. Y con ello humanizar el trabajo en salud, humanizando al trabajador y a las relaciones que establece.

Pero también la APS es una idea fuerza para impugnar la ideología del libre mercado en la salud, porque se sostiene que la salud es una condición necesaria para la realización de los proyectos vitales con libertad y autonomía, es un pre-requisito para el desarrollo personal y social, y para la construcción de sociedades en paz. Por tanto, no puede estar sujeta a una racionalidad económica dispuesta en el libre juego del mercado, ni aceptarse desde una ética humanista que sea objeto de acumulación económica a favor de los particulares a expensas del dolor y sufrimiento humano.

Pero además de lo que queremos que sea, la APS también ha sido significada por lo que ha sido y por lo que es-está siendo. De manera específica, lo que ha representado en este último periodo de diez años, donde ha vuelto a la escena nacional, de la mano de la iniciativa de algunos gobiernos departamentales, distritales y municipales; y ahora más recientemente traída a colación por el Gobierno nacional desde el Ministerio de Salud, en una versión adaptada al contexto de mercado gobernado por las aseguradoras, enmarcada en el desarrollo de la política integral de atención en salud y su llamado modelo integral de atención en salud – MIAS. En este campo también los significados son múltiples y traducen apuestas técnicas y políticas distintas.

Desde la experiencia de los municipios del departamento de Antioquia, en particular desde lo que observamos en los del Suroeste antioqueño, a pesar de la existencia de una orientación política departamental (SSSA), de algunas voluntades políticas locales (alcaldes, secretarios de salud y gerentes de hospitales públicos), y de la convicción de algunos actores locales, la APS es una idea con poca fuerza para movilizar un cambio en la racionalidad de mercado y orientación de los sistemas de salud municipales. La APS ha sido orientada como un proyecto sectorial puntual, para mejorar el acceso los servicios de salud y la cobertura de la atención básica en familias vulnerables, con énfasis en el mejoramiento de las coberturas de la atención preventiva (para lograr cumplimiento de las llamadas metas de *promoción y prevención* que se establecen en el sistema de salud).

La APS en los municipios funciona como un proyecto de salud pública orientado a las familias, desplegado en paralelo a otros proyectos en las diferentes dimensiones del *Plan Decenal de Salud Pública*, todo ello como responsabilidad de un “equipo básico de salud”, que realiza su trabajo en el espacio “extramural”, y de responsabilidad del hospital público municipal. Es este su principal logro, pero también su gran limitación. Es una APS empobrecida en su potencial transformador, carente de una perspectiva de universalidad y atrapada en las angustias permanentes de la crisis financiera de los hospitales públicos. Pero no es solo eso.

No obstante, y aunque pareciera contradictorio, estas apuestas municipales por la APS tienen el potencial de movilizar iniciativas locales por otra gestión de la salud, una gestión alternativa a la racionalidad del mercado de la salud predominante.

Para entender esta contradicción, que señaló tempranamente el papel que podía jugar la Universidad en su rol de potenciar las capacidades de actores locales, es necesario reseñar sintéticamente algunos rasgos de la gestión municipal de la salud del presente, que fueron observados en el devenir del proyecto:

- **Existe una baja capacidad técnica, financiera y operativa de las secretarías municipales de salud**, que delegan en los hospitales públicos la conducción y desarrollo de la estrategia y de la propia gestión municipal de la salud.
- **Son exiguos los recursos para el desarrollo de la APS**. En estos concurren los aportes departamentales, municipales y de las E.S.E, pero no se compromete el aporte de los principales actores del aseguramiento, las EPS. Lo que explica la baja cobertura y discontinuidad en la gestión de la APS (periodos de 3-6 meses). Por lo anterior, la APS está centrada en los hospitales, en el quehacer predominantemente sanitario. Es por ello que el alcance de la intersectorialidad se circunscribe a una articulación “operativa” entre diferentes sectores para concurrir con acciones en territorios – poblaciones a partir de la competencia normativa. Por esta razón, carece de una perspectiva estratégica y de universalidad.
- Tal vez por una combinación entre la cultura política existente y la historia de violencia socio-política que pervive en nuestros municipios, **la participación ciudadana está centrada en los mecanismos formales de ley**, reducida a apoyar las convocatorias institucionales y participar en las actividades y eventos programados desde allí. No existen acuerdos construidos con los procesos organizativos en el territorio para la co-gestión de la salud.
- **Son precarias las condiciones laborales del personal que gestiona la salud en los municipios**, lo que impacta en la continuidad de los procesos, explica la alta rotación y desmotivación del talento humano en salud. En este escenario financiero, laboral y organizacional los procesos de selección, inducción, educación continua en el talento humano carecen de sentido, en tanto se trata de procesos temporales (3- 6 meses de ejecución).
- **La APS queda circunscrita así, al primer nivel de atención, sin vínculo con los demás niveles de atención y con una baja capacidad resolutive**. Una APS para canalizar a los servicios y lograr el cumplimiento de metas de “*promoción y prevención*”. Es por ello que los servicios de salud no han aumentado su capacidad de respuesta en función de las particularidades de sus perfiles epidemiológicos (por ejemplo: la contaminación por agrotóxicos, discapacidad, adicciones, salud mental). Además de funcionar de manera desarticulada con otros procesos de la salud pública, que funcionan en paralelo y en ocasiones sin ningún tipo de relación.

- Finalmente observamos que **la capacidad municipal para gestionar la información y tomar decisiones a partir de ella es muy débil**. Son inexistentes los procesos de análisis de situación de salud en los territorios específicos (veredas, corregimientos, barrios) que involucren a los actores comunitarios e institucionales. La vigilancia de la salud pública está desconectada de la rectoría, planificación, gestión y evaluación del sistema. La información producida en los procesos de caracterización de la propia APS no alimenta el diseño de estrategias para la acción.

Fue este el escenario concreto en el que existen apuestas locales por la APS, donde nos preguntamos si era posible y tenía sentido apostar por ella. Donde nos preguntamos qué papel le correspondía a la Universidad, si solo estaba orientada a lo formativo y si necesitaba ir más allá de ello.

En esta línea de interrogantes con sentido autocrítico, resultó fundamental preguntarnos: ¿Cómo ha sido el acompañamiento de la Universidad en estos procesos territoriales? ¿Cuál ha sido el papel de sus profesionales (los formados en ella) para movilizar una estrategia capaz de desafiar el contexto adverso en el cual se propone? ¿Por qué se da la docilidad y pasividad de los profesionales ante un contexto sanitario tan deshumanizado?

La discusión se encuentra abierta. Por ello, en función de aportar argumentos y elaboraciones conceptuales, filosóficas y prácticas sobre la pertinencia y desafíos de gestionar la salud en los entornos locales y de formular posibles respuestas a las preguntas planteadas, presentamos el libro *Gestión Territorial de la Salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica*.

El libro es una compilación de textos analíticos y reflexivos, derivados de la implementación del proyecto «Fortalecimiento de capacidades locales para la implementación de la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan de la región del Suroeste de Antioquia 2015-2016» co-financiado por la vicerrectoría de Extensión de la Universidad de Antioquia. Los textos fueron producidos por profesores, investigadores, funcionarios municipales, estudiantes de pre y posgrado, como resultado del análisis y la confrontación con la experiencia vivida, en los diferentes ejes temáticos que fueron trabajados durante el devenir del proyecto.

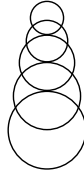
El proyecto representó la posibilidad de resignificar la manera de entender los desafíos de la gestión territorial de la salud en un contexto de profundas contradicciones producto de la orientación mercantil del sistema de salud, entendiendo que mientras la política nacional permanezca dominada por los intereses de la competencia y el

afán de lucro que promueve el mercado, es necesario intentar la construcción de fuerzas antagónicas en los actores locales, quienes pueden reivindicar la solidaridad, la participación y la cooperación como los criterios esenciales para gestionar la salud en el territorio y la reorganización de los servicios de salud.

Los textos pretenden ser insumo para el diálogo y la discusión de los equipos locales de salud, los líderes comunitarios, los tomadores de decisiones en los territorios, para estudiantes, docentes e investigadores interesados en comprender el complejo escenario de la gestión local de la salud en Colombia.

Gabriel Jaime Otálvaro Castro

PhD(c) en Salud Colectiva. Profesor Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Coordinador del proyecto BUPPE APS Suroeste.



Lo clásico de los modelos de salud y de la Atención Primaria (APS): bases conceptuales previas a la investigación y a la renovación

Álvaro Franco-Giraldo¹

Introducción

Es muy importante explorar de forma permanente en el campo de la salud pública y de las disciplinas conexas, métodos, teorías, modelos y enfoques en el campo práctico para cotejarlos con la realidad de nuestras localidades territoriales. Este ejercicio resulta significativo pues aporta a la práctica sanitaria y a la transformación de los servicios y procesos del sistema de salud. Esto es precisamente lo que nos hemos propuesto con este proyecto basado en la **Gestión territorial de la salud** y pensado como «**Perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica**».

El estudio es forjado por un grupo de investigadores de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, en una de las regiones más promisorias de Colombia, el Suroeste antioqueño y los municipios que rodean la cuenca del río San Juan. Se trata, así, de una revisión en lo fáctico de la experiencia de Atención Primaria en esta subregión del departamento.

¹ Médico, doctor en Salud Pública. Ex decano de la Facultad Nacional de Salud Pública. Profesor titular, Facultad Nacional de Salud Pública, vicerrector General de la Universidad de Antioquia. afranco@guajiros.udea.edu.co, alvarofrancogiraldo@hotmail.com.

A partir de dicha experiencia se construye conocimiento en temas como desigualdades territoriales de la salud en la población de la cuenca del río San Juan, rectoría y gobernanza, acción intersectorial, relación universidad y territorialidad; gestión del talento humano, cuidado y atención primaria, reorientación de servicios y redes integradas de servicio de salud, entre otros.

El presente capítulo introduce algunos elementos conceptuales previos a la presentación de los resultados del trabajo realizado en el Suroeste.

Partimos de algunas teorías y modelos que históricamente han surgido como expresiones y construcciones propias de la salud pública, que han contribuido a perfilar un núcleo académico disciplinar. El recorrido por disímiles enfoques de la sociedad y la salud en los dos últimos siglos, que desde la perspectiva metodológica e ideológica han afectado la práctica sanitaria, nos ayudan a entender y proponer alternativas para los sistemas de salud actuales y futuros (Franco, 2006). Este intento solo es una descripción de lo que pudiéramos considerar la clásica concepción de la Atención Primaria antes de la renovación y antes de que la acción investigativa nos pueda mostrar unos rumbos más claros para la gestión de la Atención Primaria y de los sistemas de salud en los territorios y en el país en general. Hemos estado en mora de perfilar esa atención primaria para el siglo XXI. Es lo que esperamos que surja de aquí y de la investigación en la práctica, después de recoger algunas bases teóricas de viejo uso.

1. El contexto teórico

Nuevas concepciones en torno a la salud, surgidas tras la irrupción del neoliberalismo en el seno de las agencias supranacionales (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud), han impulsado reformas sustanciales en los sistemas de salud y en la práctica de la salud pública en las últimas tres décadas al menos. Aquí se interpretan como limitaciones impuestas desde afuera al desarrollo de la salud pública. Este ha sido el caso de la negación de la acción de la Atención Primaria durante la última década del siglo XX.

Las teorías buscan soluciones a problemas propios de una disciplina y de su objeto de conocimiento; como tal, en salud pública deben enfocar los problemas relacionados con la vida, la salud y la manera de enfermar y morir de las poblaciones. Una teoría en salud pública debe dar cuenta de la salud de la población, pero no solamente la de los individuos en particular o de las meras relaciones interpersonales, o de grupos aislados, o de las relaciones del proceso de atención médico – paciente, como pudieron ser las teorías de Ilich (1975) en los años 60. Debe, ante todo, referirse al resultado colectivo de las intervenciones sanitarias.

Más concretamente la salud pública debe enfocar lo «público de la salud», que no significa ni un conjunto de servicios en particular, ni una forma de propiedad, ni la consideración de los problemas más frecuentes en salud, ni un componente gubernamental, sino «un nivel de análisis, a saber el nivel poblacional» (*Frenk, 1994*).

Es necesario de manera permanente preguntarse por los métodos y las conexiones utilizadas por la nueva propuesta de Atención Primaria en Salud, así como su potencial para renovar el modelo de salud, en particular en los sistemas de salud latinoamericanos. Estas preguntas nos servirán para introducir algunos elementos necesarios, con miras a la transformación del sistema de salud en Latinoamérica, pero en particular en Colombia donde se debate intensamente la posibilidad de salir de un modelo de mercado. La idea es, precisamente, servir a los intereses en el argot académico y propiciar el debate en la arena política.

1.1 Sobre los modelos de salud

Podemos remontarnos en la búsqueda de teorías y modelos en salud pública hasta encontrarnos con el **modelo médico clásico**, que encarna como ninguno el **modelo biologista**, sin desconocer la existencia de otros más antiguos. Este enfatiza en las dimensiones biológicas frente a las socioculturales, excluyendo a estas últimas de su papel en la generación de la enfermedad y por ende de las respuestas que pueda dar la sociedad en este campo.

El modelo entra en crisis al final del siglo XIX, pero se fortalece con el **modelo hospitalario** que mantiene su hegemonía durante el siglo XX. Basado en la atención de la enfermedad particular de los individuos, hace a un lado el proyecto colectivo del **higienismo** del siglo XIX, que pudo interpretarse como el modelo alterno. *De hecho los modelos alternos han subsistido frente a los modelos hegemónicos, bien como contradicción frente a estos o como práctica que se resguarda en alguna comunidad.*

A ese modo de articularse el hospital, la atención privada a los enfermos y el papel de los médicos como expertos en política de salud se le ha denominado **modelo médico clásico** (*Comelles, 1993*). Su hegemonía y orígenes datan del siglo XVIII, atado en un momento al principio de beneficencia y luego al de bienestar, siendo homologado por esta vía por el Estado. Asimismo, la intervención asistencial del Estado pretendía la legitimación de la clase política.

Por su parte, la idea **sanitarista, miasmática y ambientalista** se mantuvo durante la segunda mitad del siglo XIX, influyendo en las políticas públicas. Nuevas teorías **eco-**

logistas y ambientalistas reaparecen al final del siglo XX (McMichale, 2002), dando un salto cualitativo con respecto al higienismo del siglo XIX. Han sido importantes al final del siglo las reuniones de Oslo (1968), Río de Janeiro (1992), Sundsval (Suecia, 1991) o los programas de Río de Janeiro y el Protocolo de Kioto (OPS, 1998) que han hecho énfasis en el tema ambiental.

Posteriormente al siglo XIX, **la teoría del germen** se impone en las prácticas curativas, pero esencialmente en las preventivas (inmunizaciones específicas, por ejemplo), sirviendo también al **modelo preventivista epidemiológico**. Esta teoría atraviesa gran parte del siglo XX y hace crisis después de su segunda mitad. Sin embargo, la introducción de la terapéutica a mediados del siglo XX conduce a reforzar el **modelo médico biologista**, igual que lo hizo el hospital en siglos pasados.

Este ciclo oscilatorio de teorías y modelos se ve de nuevo fortalecido por nuevas estrategias y prácticas sociales como las preconizadas por *Alma Ata*-URSS (OMS, 1978), con la **Atención Primaria en Salud** y Ottawa (Canadá, 1984) fundamentada en las políticas públicas, en los estilos de vida y la participación ciudadana.

Al final del siglo XX, una nueva fase de este ciclo se ve llegar con **la genómica** y el desarrollo de la **teoría biomolecular**, que refuerzan el modelo biologista; pero simultáneamente surge el llamado de atención sobre las nuevas dimensiones sociales, éticas y políticas que afloran en el terreno de la salud derivadas de este renacer de la genética y la micro-medicina, responsables ellas de cambios insospechados, cambios en la causalidad de la enfermedad y en las soluciones prácticas.

1.2 Un modelo alternativo

Con la aparición de la Atención Primaria en Salud (APS) y el desarrollo comunitario, concomitantemente con las teorías de Mckeown (1976), se da según Ashton (1993) un hito importante para el surgimiento de la **Nueva Salud Pública**, la cual define como:

Un enfoque que busca una síntesis entre la actuación ambiental y las acciones tanto preventivas como curativas de tipo personal; su interés está puesto en las políticas públicas, en las conductas individuales y en los estilos de vida, dentro de un contexto ecológico y con planteamientos holísticos de la salud (p 4).

Las teorías de Mckeown *mostraban que la disminución de la mortalidad se debió en Inglaterra y Gales (1840-1970) a factores socio-ambientales y comunitarios, antes de que aparecieran las medidas terapéuticas (como el caso de los tuberculostáticos).*

Además de lo descrito atrás por el enfoque de Asthon y el enfoque de Lalonde, adalides de esta nueva perspectiva en países desarrollados, recientemente otros autores también defienden la Nueva Salud Pública, asociándola con las estrategias planteadas en la *Carta de Ottawa* (OMS, 1986) y la relacionan con el concepto de «ciudades sanas» de la OMS, (Proyecto europeo para el desarrollo de la promoción de la salud). No obstante, se plantea que «por supuesto la nueva salud pública no es ‘nueva’ ya que todas o cada una de sus facetas han hecho parte de otras prácticas» (Millio, 1993) como los movimientos de servicios de salud personales, actividades de voluntariado, mejoras ambientales y políticas de apoyo en las ciudades.

De todas formas, es importante destacar estas prácticas como expresiones de otro modelo o teoría en salud pública, o de una perspectiva alterna al modelo médico biológico o al modelo preventivista epidemiológico; **modelo alterno basado en la APS** el cual pondera los componentes de la salud pública, al buscar mejorar la salud rompiendo barreras y prácticas convencionales.

El enfoque europeo y canadiense de promoción de la salud, basado en ciudades y espacios sanos, ha enfatizado en las políticas públicas y trasciende las actividades comunitarias y de proyectos intersectoriales aislados (Millio, 1993), pues va más allá del enfoque estatal o gubernamental. Quienes han defendido la estrategia de «ciudades sanas» (Ashton, 1993) suministran la visión política necesaria y el imaginario para «la Nueva Salud Pública» de finales del siglo pasado, con herramientas como la defensa de la salud, la capacitación y la mediación.

En síntesis, la llamada «Nueva Salud Pública» fue un enfoque dentro de esta disciplina que apuntaba a desarrollar los postulados de la promoción de la salud con estrategias novedosas, producto de las diferentes conferencias internacionales en esta área. Hoy tiene como eje los determinantes sociales y las intervenciones estatales y de la sociedad civil; el desarrollo y la participación comunitaria, que van más allá del enfoque médico biológico y preventivista de la enfermedad, defendiendo la salud y promoviendo la vida. Integra cambios ambientales, medidas preventivas personales e intervenciones terapéuticas adecuadas, además de significar el renacer de las actividades de promoción de la salud. Se interesa por la pobreza y los más vulnerables y por la reorientación de los servicios, pasando de la asistencia hospitalaria a la Atención Primaria en Salud con el fortalecimiento de la acción política.

Se podría complementar que lo que muchos se han disputado como «la Nueva Salud Pública», no ha sido más que la interpretación e implementación de estrategias de Atención Primaria en Salud (APS), desde su concepción integral (o atención primaria integral).

2. Los sistemas de salud

Hasta aquí lo que hemos llamado modelos de salud se refiere más propiamente a **los modelos de atención en salud**. Pero, en el mismo campo es necesario trascender a **los modelos de sistemas de salud**, una perspectiva más integradora, sistémica y organizativa de la atención integral. Es en este contexto en el cual debatimos la posibilidad de diseñar **sistemas de salud basados en APS**.

En varios foros se han venido difundiendo algunas clasificaciones de sistemas de salud, presentamos a continuación algunas de ellas.

Usualmente los sistemas de salud se han clasificado como: sistemas segmentados, sistemas nacionales, sistemas privados, sistemas públicos (OPS, 2000; Medici, 2000), hasta llegar al más reciente concepto de «*pluralismo estructurado*». Este concepto se ha redefinido por los apologistas neoliberales con el afán de hacer sistémico lo imposible, para tratar de explicar o negar la fragmentación que ha dejado el mercado en las reformas de servicios de salud durante los últimos 15 años. Más recientemente, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en 1996, estableció una clasificación que va en la dinámica de las reformas, así: *sistemas segmentados*, *sistemas intensivos en el uso de contratos*, *sistemas públicos integrados* y *sistemas públicos administrados de contratos*.

Aquí cabría acotar que solo los modelos sociales y nacionales de carácter público logran hacer efectiva la atención primaria y transformaciones sustantivas en la salud de la población.

3. Sobre Atención Primaria en Salud (APS)

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud de Alma Ata – URSS, definió la APS como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad...» Declaración de Alma Ata – URSS (OMS, UNICEF, 1978,p.1).

Si se siguieran los postulados de Alma-Ata (OMS, UNICEF, 1978), habría que concluir que la APS se propone llegar a todos, principalmente a los más pobres, enfocada en los hogares y en las familias; no sería cuestión solo de servicios de salud. Desde la acción no puede entenderse la APS como atención médica, y menos como atención médica primaria, o peor aún, como atención por personal no calificado. Son estas algunas de las confusiones que se fueron presentando en este proceso desde Alma Ata. Otras fueron: confundir la tan promocionada «puerta de entrada al sistema» con el mero «contacto inicial de asistencia médica» desintegrando el proceso de atención que no basta con entrar al primer escalón del sistema. Tampoco coincide con el enfoque integral de la APS la reducción que se hace de ella en la idea de «servicios de salud para todos». APS no es solo servicios de salud.

De hecho, la política de «Salud para Todos en el año 2000» el más grande acuerdo internacional en salud pública del siglo XX, debió apoyarse en cinco tácticas operacionales, propias de la APS. Estas aún son válidas pero responden a cambios conceptuales y filosóficos que la revitalizan:

- Cobertura universal y prestación según necesidades (hoy se habla de equidad).
- Integración de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación (hoy diríamos además de integración, integralidad y articulación de las funciones esenciales de la salud pública FESP).
- Servicios eficaces, culturalmente aceptables, asequibles y susceptibles de gestión (hoy pensamos más en la diversidad cultural, en la aceptación de la diferencia y en la efectividad de las acciones de salud pública y promoción de la salud).
- Las comunidades deben participar en el desarrollo de servicios con auto responsabilidad (hoy participación ciudadana y empoderamiento).
- Acción sanitaria en relación con otros sectores del desarrollo (hoy, debe incluir la salud en la agenda multisectorial, enfocarse en los determinantes sociales de la salud y en el derecho a la salud).

Sus antecedentes se pueden ampliar en: (1). *La Conferencia Internacional de Atención Primaria y en la Declaración de Alma Ata – 1978.* (2). *En la evaluación que se hace de la APS a sus 25 años de formulación, por OPS y en la Resolución del Consejo Directivo de la OPS CD 44/9 julio de 2003.*

3.1 La renovación de la APS

A partir de la evaluación de la estrategia de APS y de la crisis general de los sistemas de salud, especialmente en los países pobres, la OPS y la OMS se han planteado en diferentes instancias y momentos la renovación de esta estrategia.

En el 2005, la OPS señala que la reorientación de los servicios de salud solo se logrará con sistemas de salud basados en la promoción de la salud y en la renovación de la Atención Primaria (OPS, 2005), los cuales deben:

- Asegurar servicios de atención primaria como «puerta de entrada» (acceso equitativo a servicios básicos), garantizando cercanía a las gentes, intersectorialidad y participación.
- Complementarse con diferentes niveles de atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y otros servicios de protección social.
- Introducir mecanismos de coordinación e integración (sistemas de referencia y contra referencia, sistemas de información – planeación, seguimiento y evaluación) y mecanismos de financiación y coordinación de la atención.

Ya antes, en esa misma dirección, la Resolución CD 44.R6 del Consejo Directivo de la OPS en 2003, aplicaba el mandato de los Estado miembros de OPS para renovar la Atención Primaria en Salud en las Américas (OPS/OMS, 2003), la cual llevó a la *Declaración de Montevideo* (Macinko y otros, 2007). Su eje fundamental propende por «adoptar fortalecer y desarrollar sistemas de salud basados en la APS, construidos sobre valores de equidad, solidaridad y el derecho a gozar del grado máximo de salud posible».

Más recientemente, en el 2009, la Organización Mundial de la Salud reafirmó los principios y valores de la Atención Primaria en Salud: la equidad, la solidaridad, la justicia social, el acceso universal a los servicios, la acción multisectorial y la participación comunitaria (OPS/OMS, 2009).

En el mismo sentido, el *Informe sobre la salud en el mundo del 2008* (OMS, 2008) propone cuatro áreas de política para reducir las inequidades sanitarias: subsanarlas por medio de cobertura universal, situar al individuo en el centro de la prestación de servicios, integrar la salud en las políticas públicas de todos los sectores y fomentar el liderazgo integrador en pro de la salud.

El sistema de salud (que tiene como estrategia la APS) se basa en sus principios y valores, hace énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Constituyen sus elementos esenciales: sostenibilidad, responsabilidad y rendición de cuentas; orientación hacia la calidad, respuesta a necesidades de salud de la población; atención integral, integrada y continua; políticas y programas por la equidad.

La Atención Primaria en Salud resurge así, en ese nuevo contexto, como la alternativa que devolvería a los sistemas de salud el rol que cumplieron hacia finales del siglo XX: «El rol (...) de manera preferencial, es colaborar con otros sectores en implementar las acciones estratégicas de la promoción de la salud mejorando la calidad de vida y la equidad» (OPS, 2006). Esta renovación es un reconocimiento a los esfuerzos que

se dieron al final siglo XX para «establecer políticas y programas de atención primaria como eje central de los sistemas de salud» (OPS/OMS, 2003).

3.2 La gestión de la APS

La gestión de la atención primaria tiene que ver con la forma como se relacionan los usuarios y el sistema de salud, se refiere a la forma como se articulan los equipos de trabajo y como configuran estructuras para la Atención Primaria de Salud. Más allá de la clásica estrategia, siguiendo la nueva APS, hay que dirigir la mirada hacia la gestión y operación de los servicios de salud con enfoque de promoción de salud.

Adicionalmente, es posible repensar la atención primaria a la luz de las funciones esenciales de la salud pública (un intento de renovación de la salud pública en la década de los 90). Precisamente, la principal de esas funciones tiene que ver con «el desarrollo de políticas y de la capacidad institucional en planificación y gestión de la salud». Así mismo, su proyección en términos de logros poblacionales debe retomar la *Declaración de los Objetivos de Desarrollo Sostenible* (Naciones Unidas 2015) y trascender sus metas operacionales, circunstancia nada fácil a pesar de que dichas metas no tienen el alcance de las que se propusieron en la «Salud para Todos» 25 años atrás.

Este regreso a la APS, se justifica por la mayoría de sus intérpretes en la salud internacional como la renovación, que deviene en (OPS, 2005):

- La aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que la APS puede resolver.
- La necesidad de corregir las inconsistencias de otros enfoques.
- El surgimiento de nuevas y mejores prácticas basadas en la evidencia que darían oportunidad a una APS más efectiva.
- El reconocimiento de las capacidades de la APS para reducir desigualdades, enfrentar determinantes sociales, superar la inequidad en salud y reconocer la salud como un derecho de todos.

No obstante, sigue latente la pregunta: ¿Qué es lo que se renueva de la APS o en qué se renueva esta?

Significaría más la renovación de la gestión de los sistemas de salud que de la propia estrategia, al volver a insistir en su aplicación, aunque con algunos cambios o desafíos mayores que los que existían en 1978 (OPS/OMS, 2005): enfoques sistémicos, con APS basada en la evidencia; reajustar los servicios de salud, reorientándolos hacia la promoción y la prevención; integración de servicios individuales y colectivos; un

marco institucional fuerte, orientado a la calidad y a la justicia social, responsabilidad y rendición de cuentas, sostenibilidad y respuesta de las necesidades de salud de la población; asignación de funciones y responsabilidades por niveles de atención, niveles territoriales y niveles gubernamentales.

4. La reorientación de los servicios de salud

Desde la *Carta de Ottawa* (OMS, 1986), se recomienda la reorientación de los servicios de salud como uno de los cinco pilares de la promoción de la salud, además describe sus elementos principales: *Consecución de un sistema de protección de la salud, jugar un papel mayor en promoción de la salud, sensible a necesidades culturales de individuos (respeto), una vida más sana para las comunidades, comunicación del sector sanitario con los sectores políticos y económicos, girar en torno al individuo como un todo.*

La 5ª Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, por su parte, le da mayor importancia al tema ubicándolo en el centro de la política sectorial: se basa en la visión canadiense para la reorientación integrada de los servicios de salud (Asociación Canadiense de Salud Pública, 1996). Esta 5ª Conferencia define principios, valores y lineamientos para la reorientación de los servicios de salud, y establece objetivos, estrategias y mecanismos apropiados. En la Conferencia se establece un nuevo marco operacional para la reorientación de sistemas de servicios de salud que se esboza en sus objetivos y estrategias (López y otros, 2000).

Las estrategias se separan en dos niveles: 1.) Para el desarrollo de sistemas de salud. 2.) En la prestación de servicios de salud. Es decir que apuntan tanto al diseño del sistema como a su implementación mediante cambios en el modelo de atención, en las modalidades de intervención y gestión, y en las acciones aplicadas a los individuos y a las comunidades. En esta orientación son destacables el rol coordinador de los servicios de salud y el mantenimiento de la ejecución intersectorial.

Algunos foros internacionales han retomado el tema de la reorientación de los servicios de salud, con una perspectiva un poco más amplia. Así se expuso en el 3er Congreso Internacional de Salud Pública de Medellín (2003) sobre la importancia de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) para la reorientación de los servicios de salud (Facultad Nacional de Salud Pública, 2003). Las funciones esenciales de la salud pública vienen a impulsar una nueva forma de reorientación de los servicios de salud pública en las Américas, al promover el empoderamiento de los núcleos familiares, comunitarios y regionales como estrategia fundamental para los sistemas de salud.

En esta reunión, Feo (2004) echa mano de las funciones esenciales de la salud pública para recomendar de nuevo la reorientación de los servicios de salud, basado en cuatro pilares de la promoción de la salud: (1) La promoción de la salud como responsabilidad compartida entre todos los actores claves del sector salud. (2) Garantizar políticas de salud y promoción, con carácter intersectorial. (3) Integración de los servicios de salud, ampliando su concepto como el continuo que va desde la promoción hasta la rehabilitación. (4) Producir conocimiento y evidencia.

En síntesis, las estrategias operacionales de la APS se deben orientar al fortalecimiento y a la reorganización de los servicios de salud, bajo la responsabilidad institucional. Como lo señalara Labonté (1992) se trata esencialmente de estrategias que además de apoyar el cuidado personal, vayan más allá del rol de los servicios de salud tradicionales. Ellas deben llevar al fortalecimiento individual y personal abriéndoles nuevas oportunidades a las personas, pero complementando con el desarrollo de pequeños grupos constituidos para trabajar sobre los problemas de salud y la carencia de poder. Son estrategias fundamentadas en el empoderamiento de las comunidades (Málaga y Castro, 2001; Carvalho, 2004).

Los *procesos participativos, per se*, tienen un carácter político y son indispensables en el desarrollo de las políticas públicas, desde la construcción del problema hasta la evaluación de su impacto (en términos de logros salutogénicos). Lo que importa en promoción de la salud, finalmente es potenciar a las comunidades para que tomen el control de sus vidas, de su salud y de sus propias comunidades (incluyendo los programas y proyectos de promoción de la salud).

En épocas de globalización y crisis del Estado-Nación, se da «la mayor demanda por la construcción de ciudadanía, la participación social y el empoderamiento de la comunidad» (Roses, 2004). Son de gran valía para la reorientación de los servicios, los mecanismos de participación y autodeterminación concebidos como *empowerment*.

Finalmente, un enfoque de servicios de salud como el que se propone con la reorientación, centrado en los derechos humanos y en la necesidad de tener sistemas de salud fuertes, debe echar mano de algunas estrategias complementarias y aterrizar en las realidades concretas:

El pilar central del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud descansa en un sistema de salud eficaz e integrado que abarque la atención de salud y los factores subyacentes determinantes de la salud, que responda a las prioridades nacionales y locales y que sea accesible para todos (Hunt, 2008).

5. A manera de conclusión

Para el logro de la salud poblacional el medio es la reorientación de los servicios, tomando a la APS como estrategia y a la promoción de la salud como el marco general de actuación que ilumina el camino hacia el mejoramiento de la calidad de vida y las condiciones de salud. La APS renovada debe recibir orientaciones desde la salud pública y de los sectores sociales que tengan este compromiso. Igual es el compromiso que se demanda de los gobiernos.

Los cambios y condicionamientos no son solo económicos sino que se dan en lo político, en la ciencia, en la técnica y la tecnología. Hasta ahora, esta tecnología ha estado al servicio de los intereses del modelo capitalista monopolista; el conocimiento desde la perspectiva social ha quedado relegado bastante, el conocimiento social no ha tenido la posibilidad de desarrollarse en estos años por la hegemonía del otro conocimiento (el de la tecnología dura). Si seguimos por esta vía, no será posible la renovación.

De otro lado, estas variables del contexto estarán actuando como determinantes y condicionantes no solo de la salud sino también de los sistemas de salud, del modelo de salud imperante y de las posibilidades de desarrollo de la Atención Primaria en Salud. De su comportamiento positivo o negativo en los espacios internacional o nacional, dependerán las posibilidades de existencia y las condiciones de equidad en los ámbitos locales. No faltarán proponentes en la literatura de salud y políticas públicas que considerarán el tema de los determinantes sociales como un nuevo modelo de salud, y en tal sentido con este esquema se deja aquí abierto el debate.

- La APS debe alzar el vuelo de la participación social. Desde Alma Ata 78, se recomienda la participación social y ciudadana (en ese momento se habló de participación comunitaria) como base para el trabajo en APS para que esta no se quede en un nivel de servicios de salud.
- Debe trascenderse de la atención en salud a la defensa de los derechos económicos sociales y culturales, al ejercicio de las políticas públicas de orden social (bienestar social), a dinamizar el proceso de desarrollo humano. El tema principal en el horizonte de la salud pública y de la promoción de la salud es el de los derechos económicos sociales, económicos y culturales (DESC); así muchos prefieren la garantía de los derechos DESC aunque no se permitan otros derechos como votar en unas elecciones u otras oportunidades políticas (Franco-Giraldo y Álvarez-Dardet, 2008).

La renovación de la APS debe ser un esfuerzo por reconquistar aquellos valores sobre los cuales se erigen los sistemas de salud; de ahí la importancia de volver a

posicionar esta estrategia en el ámbito sanitario, ampliando su filosofía a la práctica en salud, en general.

La reorientación de los servicios es el puente estratégico para transformar los sistemas de salud, enfocados a la promoción de la salud (vislumbrado desde Ottawa-Canadá); la política, su elemento sustancial; y la comunidad (*empowerment*), se constituye en el motor dinamizador de la acción. Adicionalmente, en épocas neoliberales el cambio de sentido de lo público (necesidad de construir «valor público»), es una obligación para llenar el vacío existente en las estrategias para renovar la Atención Primaria en Salud.

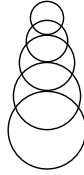
Coyunturalmente se requiere redimensionar las reformas sanitarias y los sistemas de salud, y ahí la atención primaria en salud resurge como eje para su transformación.

6. Referentes bibliográficos

1. Ashton, J. (1993). *Ciudades sanas*. Barcelona: Masson, S. A.
2. Asociación Canadiense de Salud Pública. (1996). *La salud bajo el reflector: la salud pública en la reestructuración de los servicios de salud*. Informe de la Asociación Canadiense de Salud Pública.
3. Carvalho, SR. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria «empowerment» no prometo de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 20(4),1088-1095. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400024>.
4. Comelles, J. (1993). La utopía de la atención integral de salud. Auto atención, práctica médica y asistencia primaria. *Revisiones en salud pública*, (3), 171-179.
5. Feo, O. (2004). Las funciones esenciales y la reorientación de los servicios de salud hacia un enfoque de prevención. Memorias del 3er. Congreso Internacional de Salud Pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 22 (9),73-79.
6. Franco, A. (2006). Tendencias y teorías en salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 24(2), 119-131. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/120/12024212.pdf>.
7. Franco-Giraldo A., & Álvarez-Dardet C. (2008). Los derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. *Gac Sanit*, 22(3),280-86.
8. Frenk, J. *La Salud de la Población. Hacia una Nueva Salud Pública*. Fondo de Cultura Económica. 1a edición; México; 1994.
9. Hunt, P (31 de enero de 2008). Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Consejo de derechos humanos séptimo período de sesiones tema 3 de la agenda.

10. Ilich, I. (1975). *Medical Nemesis. The expropriation of health*. London: Health Education Council.
11. Labonté, R. (noviembre de 1992). La participación social en la promoción de la salud (panel). En: Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Congreso realizado en Bogotá, Colombia.
12. López D., et al. (5 de junio de 2000). La reorientación de los sistemas de servicios de salud con criterios de promoción de la salud: Componente decisivo de las reformas del sector salud. En 5ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Congreso llevado a cabo en Ciudad de México.
13. Málaga, H., & Castro, ML. (2001). Cómo empoderar a los excluidos en el nivel local. En: Restrepo, H., et al. *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
14. Macinko, J., Montenegro, H., Nebot Adell, C., Etienne, C & Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 21(2/3), 72–84.
15. McMichael, AJ. (2002). *The Enviroment. In: Determinants of health and disease*. Oxford Textbook of Public Health 4th Edition (2002): Edited by Roger Detels, James McEwen, Robert Beaglehole, Heizo Tanaka. Oxford University Press.
16. Medici, A. (2000). Las Reformas de salud en América Latina y el Caribe. En: Sánchez H, Zuleta G. *La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*. Washington: BID/ Centro de estudios Salud y Futuro.
17. Millio, N. Ciudades sanas. La nueva salud pública y la investigación que necesitamos. *Revisiones en salud pública* 1993 (39), 155 – 167.
18. Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. In *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud* (p. 3). Alma-Ata, URSS: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270. Organización Mundial de la Salud. (1986). *Declaración de Ottawa*. Copenhague: OMS oficina Regional para Europa.
19. Organización Mundial de la Salud.(2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud más necesaria que nunca*. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2008/es/>.
20. Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Salud Pública en las Américas*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
21. Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Promoción de la Salud: logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Ottawa y la Carta del Bangkok y Perspectivas para el futuro*.

- CE138/16. 138ª Sesión del Comité Ejecutivo. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/documentos/conferencia_promo_salud.pdf.
22. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2002). *La Salud en las Américas. Publicación Científica 569. Vol. 1*. Recuperado de http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16931&Itemid=270.
 23. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.(2003). *Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros*. 55 sesión del Comité Regional 44.O Consejo Directivo. Washington, D.C. 22 al 26 de septiembre de 2003: Resolución CD44.R6. Recuperado de <http://www.amro.who.int/spanish/gov/cd/cd44-r6-s.pdf>.
 24. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.(2005). *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Borrador para discusión. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/RenovacionSalud.pdf>.
 25. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2009). *Atención primaria de salud, inclusión y fortalecimiento de los sistemas de salud*. 124ª. Reunión del Consejo Ejecutivo EB124. R8, 26 de enero de 2009. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
 26. Roses, M. (2004). La población y sus necesidades de salud: Identificación de áreas prioritarias y sus políticas públicas correspondientes. Memorias del 3er. Congreso Internacional de Salud Pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 22 (9), 9-20.



Desigualdades territoriales en la salud de la población de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño, caracterizadas por la estrategia de APS durante el periodo 2014-2015

Gabriel Jaime Otálvaro C.² Dorian Ospina G.³

Introducción

La última década ha sido testigo del regreso a la esfera pública de la preocupación por las desigualdades en la agenda política mundial. La crisis económica, las insurrecciones y las masivas movilizaciones en diferentes lugares del orbe dan cuenta de ello (CICS/IED/UNESCO, 2016). La creciente desigualdad globalizada pone en peligro la sostenibilidad de la sociedad en su conjunto. El aumento de las desigualdades amenaza con fracturar las sociedades, incrementar la inseguridad y hacer que la vida se viva con miedo y menos esperanza (Hardoon, 2017).

El origen del aumento de las desigualdades económicas en las últimas décadas, ha sido producto de la extensión del modelo neoliberal que se consolidó desde la década

2 Profesor Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. PhD(c) en Salud Colectiva. Coordinador del proyecto BUPPE APS Suroeste.

3 Gerente de Sistemas de Información en Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

de 1980, en el contexto de la globalización y la financiarización de la economía en el mundo (CICS/IED/UNESCO, 2016).

En la actualidad, a partir de la evidencia científica acumulada en el campo de la salud pública, se puede afirmar de manera categórica que la salud, la enfermedad y la mortalidad tienen una relación directa y proporcional con la situación socioeconómica de las personas. Es decir, cuanto peor es la situación socioeconómica es peor el estado de salud (Organización Mundial de la Salud, 2009; Stringhini et al., 2017). Entonces, la mala distribución de la salud en una sociedad es provocada por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes, servicios y condiciones de vida en una población. Las deficiencias y disparidades en las condiciones de vida son consecuencia de políticas y programas sociales insuficientes, acuerdos económicos injustos y una mala gestión política (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Resulta injusto que las diferencias sistemáticas en el estado de salud dentro de una población, sean el producto de desigualdades en las condiciones bajo las cuales se vive, cuando estas pueden evitarse mediante una acción social deliberada utilizando medidas razonables (Organización Mundial de la Salud, 2009). Actuar sobre las desigualdades sociales y las diferencias sanitarias injustas constituye un asunto de justicia social, un imperativo ético del quehacer de los salubristas y de la construcción de ciudadanía del presente.

Las inequidades sociales en salud se refieren a las diferencias injustas en las oportunidades, recursos y resultados en salud que tienen las personas en relación con características sociales como la clase social, el género, el territorio o la condición etno-racial, que generalmente operan de manera simultánea y complementaria. Las inequidades en la salud de las poblaciones son el resultado de las condiciones que determinan como la población crece, vive, trabaja y envejece y del tipo de sistemas de atención a las enfermedades que se utilizan. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por procesos políticos, sociales y económicos (Organización Mundial de la Salud, 2009). Es esto lo que se conoce como los determinantes sociales de las inequidades en salud.

La disminución de las inequidades en salud, mediante la acción sobre los determinantes sociales constituye uno de los principales referentes de la agenda política internacional de la salud en el mundo. Las principales orientaciones para la reducción de las inequidades, propuestas como agenda internacional, se sintetizan en tres recomendaciones: mejorar las condiciones de vida de la población; mejorar la distribución desigual del poder, del dinero y los recursos; y medir y analizar la magnitud del problema y evaluar el efecto de las intervenciones (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Esta agenda ha sido acogida por el Estado colombiano mediante el *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), lo cual supone un esfuerzo intencionado para lograr una acción concertada en diferentes niveles entre las entidades gubernamentales, los organismos internacionales, las organizaciones privadas y la sociedad civil.

Para avanzar en la reducción de las inequidades en salud en Colombia se requiere un sistema de salud con una sólida capacidad de articulación de actores sociales, para intervenir sobre los procesos sociales determinantes de la mala salud de los grupos humanos y no solamente para la atención o prevención individual de la enfermedad. La actuación sobre los procesos sociales determinantes de la salud, requiere contar con la participación de todos los poderes públicos, la sociedad civil, las comunidades locales y el sector empresarial; las políticas y los programas deben englobar todos los sectores clave de la sociedad, no únicamente el sector sanitario (Organización Mundial de la Salud, 2009). La actuación aislada del sector sanitario o un énfasis centrado en la atención individual, resultan insuficientes para incidir sobre los procesos sociales determinantes de la salud.

El panorama general del sistema de salud en Colombia, luego de más de dos décadas de haber sido reformado, expone un alto indicador de cobertura universal del aseguramiento en salud y un reducido gasto de bolsillo en comparación con otros países similares del mundo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Por otra parte, las principales dificultades que afronta el sistema de salud se pueden sintetizar en el deterioro de la capacidad de direccionamiento de los entes territoriales; el debilitamiento del quehacer y los resultados en salud pública, la crisis financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas; la corrupción en las más altas esferas de la estructura del sistema, el aumento del descontento social con el sistema de salud, la desconfianza y confrontación entre los diferentes actores del sistema de salud (Franco, 2003; Molina, Ramírez, & Ruiz, 2013). Este es el resultado de la profundización de la mercantilización de la salud, que se introdujo con la reformas del Estado en la década de 1990.

Uno de los planteamientos centrales realizados para propiciar los cambios en el sistema de salud colombiano, tiene que ver con buscar su reorientación hacia la estrategia de Atención Primaria de la Salud – APS (Congreso de la República, 2011). La APS es una propuesta en la que se reconoce la salud como un derecho humano necesario para alcanzar un desarrollo social equitativo, con la cual se pretende lograr el máximo nivel de salud posible mediante un sistema de salud organizado bajo valores y principios de equidad, solidaridad, justicia social, participación ciudadana, intersectorialidad, entre otros (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2007).

Los resultados de la investigación en el ámbito global demuestran que la APS es un componente clave para alcanzar la efectividad de los sistemas de salud, que puede adaptarse a los diversos contextos sociales, culturales y económicos de los diferentes países, dado que es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud (Macinko, Montenegro, Nebot, & Etienne, 2007). También se ha demostrado que los sistemas de salud basados en la APS tienden a ser más equitativos y a tener mejores resultados en cuanto a la salud a nivel poblacional (Kruk, Porignon, Rockers, & Lerberghe, 2010; Macinko et al., 2007; Starfield, 2012).

A pesar de la ratificación normativa de la estrategia de APS en el año 2011, esta no ha sido desarrollada como política nacional de forma sistemática. Los esfuerzos para su desarrollo han estado a merced de las voluntades locales de los entes territoriales (departamentos y municipios) que la han implementado sin contar con un respaldo financiero y una orientación técnica desde el nivel nacional, razón por la cual se encuentran diversidad de concepciones, formas de implementación y alcances.

En ciudades como Bogotá y en departamentos como Antioquia, con orientaciones distintas, la implementación de la estrategia acumula ya una década de trayectoria y experiencias. El mejoramiento de indicadores claves de la salud pública y la reducción de inequidades en salud se ha atribuido precisamente a la implementación de la estrategia (Mosquera-Méndez, Granados-Hidalgo, & Vega-Romero, 2008). Los principales obstáculos para su desarrollo se han identificados en el propio sistema de salud y su lógica estructurante del aseguramiento (Otálvaro, Zuluaga, Blanco, & Restrepo, 2016; Vega, Acosta, Mosquera, & Restrepo, 2008; Vega, Hernández, & Mosquera, 2012).

En el departamento de Antioquia desde el año 2006, soportado en la decisión política de la entonces Dirección Seccional de Salud de Antioquia, se retomó la APS con enfoque familiar y de desarrollo humano como estrategia orientadora de la política de salud departamental. Para el año 2010 la APS se desarrollaba en 63 de los 125 municipios del departamento (Dirección Seccional de Salud y Protección social de Antioquia, 2010). Para el periodo 2012-2015 en el Plan de Desarrollo Departamental *Antioquia la más educada*, se diseñó el programa Salud Contigo con el cual se pretendió articular la promoción de la salud, la educación, la intersectorialidad y la participación social, para el acompañamiento a las familias y las comunidades procurando el cuidado esencial de la salud e impactando en los determinantes sociales de la salud. La cobertura proyectada fue del 25% de las familias del departamento (Gobernación de Antioquia, 2012).

Sin embargo, la implementación de la estrategia en algunos de los municipios del departamento no ha logrado generar transformaciones tendientes a aumentar la capacidad de respuesta para afrontar las necesidades propias de los perfiles epidemiológicos. Tampoco ha obtenido la articulación con otros actores sociales para incidir sobre los

determinantes sociales de la salud, reduciendo su desarrollo como proyecto sectorial para mejorar el acceso y la cobertura de la atención básica en familias vulnerables focalizadas, con énfasis en el aumento de la cobertura de la atención preventiva (Otálvaro-Castro, 2017). Estos resultados son destacables pero movilizan una concepción y operacionalización muy limitada de la APS.

La subregión Suroeste del departamento de Antioquia se caracteriza por su vocación agrícola, especialmente por la producción cafetera, aun cuando allí se desarrollan otras actividades productivas como la ganadería extensiva, la minería y se viene presentando una reorientación hacia el turismo (Gobernación de Antioquia, 2013). Las dos terceras partes de la población de esta subregión habitan territorios rurales, en los que se revelan profundos niveles de desigualdad social y precariedad en las condiciones de vida, aunque no es la subregión de mayores carencias materiales en el departamento; ocupa el tercer lugar en el Índice de Calidad de Vida entre las nueve subregiones, luego de Valle de Aburrá y de la subregión Oriente (Gobernación de Antioquia. Departamento Administrativo de Planeación., 2014; Lotero Contreras, Moreno Monroy, Díaz, Gómez Vargas, & Vanegas Lopez, 2006).

Los reportes oficiales caracterizan esta región como una zona de grandes desigualdades, de una pobreza estructural de difícil superación, producto de una alta concentración de la tierra, resultado de la ocupación histórica del territorio y de los procesos de colonización agraria y asentamiento poblacional (Gobernación de Antioquia, 2013). La subregión Suroeste es una de las más desiguales del departamento, el cual a su vez es uno de los más desiguales del país: el 92% de los predios son pequeñas parcelas de menos de veinte hectáreas y el indicador Gini de concentración de la distribución de la tierra es superior a 0,7 (Gobernación de Antioquia, 2013), muy superior al promedio nacional. De acuerdo con el Censo Nacional Agropecuario –CNA 2014, el 45% de la población residente en el área rural dispersa se encontró en condición de pobreza multidimensional (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE, 2016a). Algunos estudios recientes han identificado marcadas inequidades en salud entre la población rural y urbana en estos territorios (Franco-Cortés et al., 2016; Ospina-Galeano & Otálvaro-Castro, 2016).

En el marco del proyecto BUPPE APS Suroeste se realizó un análisis tendiente a estimar las desigualdades sociales en las condiciones de vida de la población participante de la estrategia de APS. Se trazaron como objetivos la identificación de las expresiones territoriales en cuanto a la distribución urbano-rural y la exploración de su relación con la situación de salud y de acceso a los servicios preventivos; para obtener con ello nuevas lecturas e insumos para la construcción de estrategias en pos de la construcción de equidad en los territorios.

1. Consideraciones metodológicas

Se realizó un análisis observacional analítico utilizando datos consignados en la plataforma web diseñada para la estrategia de Atención Primaria en Salud denominada @stat. Dichos datos correspondieron a las historias familiares aplicadas por las promotoras de salud durante los años 2013 y 2015 en los municipios de Jardín, Andes, Ciudad Bolívar, Hispania y Betania ubicados en la subregión Suroeste de Antioquia. La base de datos fue suministrada por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en el segundo semestre de 2016.

Para efectos de este análisis, se utilizaron los datos correspondientes al periodo 2014-2015, considerando que para dicho intervalo de tiempo los cinco municipios desarrollaron procesos de caracterización de la población, como parte de la implementación de la estrategia APS, bajo lineamientos departamentales de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Durante el desarrollo de la estrategia de APS, los individuos pueden ser visitados y encuestados en diferentes ocasiones en el transcurso del año. Sin embargo, el análisis consideró únicamente los datos correspondientes a la primera visita realizada, pues no toda la población registrada en la base de datos tenía más de una visita.

La base de datos que contiene la información de la población caracterizada por la estrategia, es administrada en cada municipio y nivel departamental a través del programa @stat. Tiene siete módulos que consignan información respecto a (1) datos básicos de las personas, (2) datos sociodemográficos, (3) datos de salud, (4) datos acerca de las viviendas, (5) datos familiares, (6) datos de mujeres gestantes, (7) datos de la canalización a los servicios de salud. En su conjunto los diferentes módulos de la base de datos consignan 127 variables.

Para este análisis, y acorde con su propósito, se seleccionaron 35 variables de la base de datos relacionadas con: características sociodemográficas de la población, condiciones de vida, características de la vivienda y saneamiento básico; situación de salud y acceso a servicios de salud, las cuales estaban consignadas en los módulos del software de: personas, familias, datos sociodemográficos, datos salud y viviendas. En este sentido este trabajo no realizó un análisis exhaustivo de la totalidad de variables de la base de datos.⁴

4 Para consultar un análisis exhaustivo de la base de datos se recomienda revisar el trabajo de grado *Caracterización de la población participante de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en los municipios del Suroeste antioqueño de la cuenca del río San Juan, 2014 y 2015*, de Vanessa Vásquez G., presentado para optar al título de Gerente de Sistemas de Información en Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública, en el primer semestre de 2017.

Se estimaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Se exploraron desigualdades en las condiciones de vida y salud entre los encuestados, considerando como eje de desigualdad la zona de residencia, fuera ella urbana o rural. Para establecer la significación estadística de dichas diferencias se utilizó el Test exacto de Fisher y la prueba de Ji-cuadrado. Se asumió como asociación significativa aquella cuyo valor de probabilidad fuera menor a 0, 05.

Se utilizó el software gestor de bases de datos *Microsoft Office Access* 2013 para realizar la validación y relación de los datos de cada vivienda con los de cada familia e individuo. Para realizar los análisis estadísticos se utilizó el software *IBM SPSS Statistics* V20.

2. Resultados

Se presentan los resultados en tres apartados: (a) las características sociodemográficas y las condiciones de vida, en el que se incluyen la descripción de variables como la edad, el sexo, la zona de residencia, la clasificación de pobreza, la escolaridad y analfabetismo, la posición ocupacional, las condiciones de la vivienda y de saneamiento básico; (b) situación de salud, en la que se incluyó la situación de aseguramiento en salud, la situación nutricional, la experiencia de enfermedades infecciosas en la primera infancia y riesgos en salud mental en todos los grupos de edad; y (c) la experiencia de acceso a la atención preventiva, en el que se abarcaron variables como la planificación y toma de citología/mamografía en mujeres, la consulta de joven sano y el tamizaje de próstata en hombres.

2.1 Características sociodemográficas y condiciones de vida

En total fueron encuestados de primera vez 13044 personas residentes de los municipios de la subregión Suroeste durante el periodo 2014-2015. La mayoría de los encuestados residían en la zona rural de la región (88%). De acuerdo con esto, la cobertura total estimada de la estrategia de APS para este periodo fue del 13%. Entre los encuestados, la proporción de hombres y mujeres fue similar. En cuanto a la edad, la primera infancia (menores de cinco años) representó el 4,5% del total de individuos; un poco más de la tercera parte de la población encuestada tenía entre 29 y 59 años de edad (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas de la población caracterizada por la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño, 2014-2015

| Variable | | N | % |
|--------------------|-----------------------------|-------|------|
| Género | Hombre | 6606 | 50,6 |
| | Mujer | 6433 | 49,3 |
| | Otro | 5 | 0,1 |
| Ciclo vital | Primera infancia (< 5 años) | 583 | 4,5 |
| | Infancia (6-13 años) | 2175 | 16,7 |
| | Jóvenes (14-28 años) | 3096 | 23,7 |
| | Adultos (29-59 años) | 5009 | 38,4 |
| | Adulto mayor (>60 años) | 2181 | 16,7 |
| Zona de residencia | Rural | 11484 | 88,0 |
| | Urbano | 1560 | 12,0 |

Fuente: Base de datos de Atención Primaria en Salud.

El 90,7% de la población ha sido encuestada por el sistema de identificación y clasificación de potenciales beneficiarios para programas sociales – SISBEN. Si bien, en la zona rural existe menor proporción de población encuestada por el SISBEN, en esta reside una mayor proporción de población pobre, clasificados en los niveles 0 y 1⁵, aunque los barrios seleccionados por la estrategia son priorizados precisamente por sus condiciones de pobreza y conflictividad social. El análisis sugiere diferencias estadísticamente significativas entre residentes de la zona rural y urbana, en cuanto a condiciones de vida se refiere (Tabla 2).

5 La asignación de subsidios de programas sociales se asigna según el puntaje obtenido en la encuesta SISBEN aplicada a las personas-familias. Los puntajes de corte son determinados por el Departamento Nacional de Planeación y son diferenciales para las principales ciudades, la zona rural y el resto de cabeceras municipales. La mayor parte de los subsidios se asigna a la población clasificada en niveles 0, 1 y 2. Para ampliar la información al respecto se puede consultar: www.sisben.gov.co.

Tabla 2. Población encuestada por el sistema de selección de beneficiarios – SISBEN y clasificación de la pobreza en habitantes caracterizados por la estrategia de APS, en la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño 2014-2015

| Variable | | Zona de residencia | | | | Valor p |
|--------------|---------|--------------------|-------|--------|-------|---------|
| | | Rural | | Urbana | | |
| | | N | % | N | % | |
| SISBEN | No | 1176 | 10, 2 | 35 | 2, 2 | 0, 000 |
| | Sí | 10308 | 89, 8 | 1525 | 97, 8 | |
| Nivel SISBEN | Nivel 0 | 476 | 4, 6 | 59 | 3, 9 | 0, 000 |
| | Nivel 1 | 5215 | 50, 7 | 744 | 48, 8 | |
| | Nivel 2 | 4267 | 41, 5 | 627 | 41, 1 | |
| | Nivel 3 | 331 | 3, 2 | 95 | 6, 2 | |

Fuente: Base de datos de Atención Primaria en Salud.

Respecto a la escolaridad, al evaluar la distribución según zona de residencia, una mayor proporción de residentes de la zona urbana alcanzaron mayores niveles educativos, particularmente en lo relacionado con la educación secundaria y superior (valor $p < 0, 05$). Entre los adultos encuestados (población mayor a 18 años), la proporción de analfabetismo fue del 13%. Llama la atención la alta proporción de población infantil y juvenil que no se encontraba estudiando en el momento de la encuesta, 29% en la población de 5 a 13 años y 17, 6% en la población adolescente y joven entre 14 y 18 años (Tabla 3).

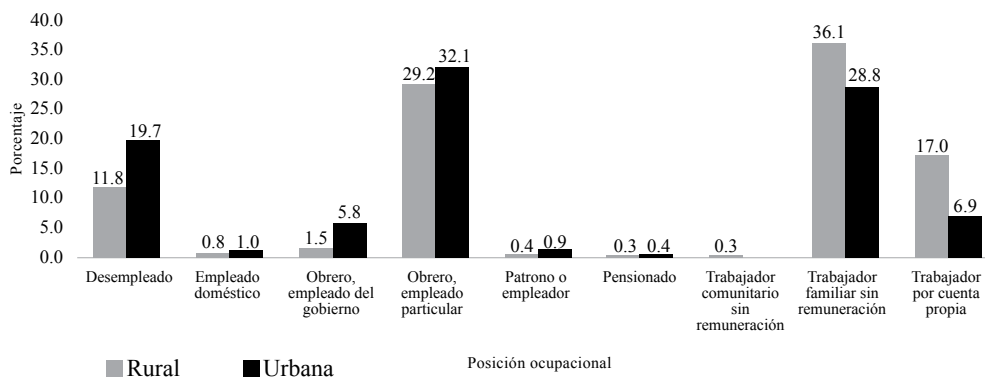
En relación con la posición ocupacional de las personas en edad laboral (entre 15 y 64 años) identificados entre los encuestados por la estrategia de APS, cerca de un tercio de la población estaba constituida por trabajadores familiares sin remuneración (35, 2%); otro tercio ejercían como obreros de empresas particulares (30%) y un 15, 8% son trabajadores por cuenta propia. El 12, 7% reportó estar en situación de desempleo. Comparativamente, se resalta la mayor proporción de trabajadores familiares sin remuneración y por cuenta propia en la zona rural, a su vez que de obreros - empleados de empresas particulares y gubernamentales, y desempleados, en la zona urbana (Figura 2).

Tabla 3. Escolaridad en población caracterizada por la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño, 2014-2015

| Variable | Categorías | Zona de residencia | | | | | | Valor p |
|--|-------------------|--------------------|------|--------|------|-------|------|---------|
| | | Rural | | Urbana | | Total | | |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Nivel educativo alcanzado (población >= 18 años) | Nivel superior | 196 | 2,4 | 55 | 4,6 | 251 | 2,6 | 0,000 |
| | Básica secundaria | 1912 | 23,0 | 429 | 35,7 | 2341 | 24,6 | |
| | Básica primaria | 4171 | 50,1 | 479 | 39,8 | 4650 | 48,8 | |
| | Preescolar | 897 | 10,8 | 98 | 8,1 | 995 | 10,4 | |
| | Ninguno | 1149 | 13,8 | 142 | 11,8 | 1291 | 13,5 | |
| Analfabetismo* (población >= 18 años) | Sí | 1102 | 13,2 | 141 | 11,7 | 1243 | 13,0 | 0,156 |
| | No | 7223 | 86,8 | 1062 | 88,3 | 8285 | 87,0 | |
| Estudia actualmente (población 5-13 años) | Sí | 1208 | 70,3 | 157 | 75,8 | 1365 | 70,9 | 0,105 |
| | No | 510 | 29,7 | 50 | 24,2 | 560 | 29,1 | |
| Estudia actualmente (población 14-18 años) | Sí | 747 | 82,6 | 76 | 80,0 | 823 | 82,4 | 0,571 |
| | No | 157 | 17,4 | 19 | 20,0 | 176 | 17,6 | |

Nota. *Considerando analfabetismo funcional y absoluto. Fuente: Base de datos de Atención Primaria en Salud.

Figura 2. Posición ocupacional de población entre 15 y 64 años caracterizada por la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño 2014-2015



Fuente: Base de datos de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

En cuanto a las condiciones de vivienda y saneamiento, quienes residen en la zona rural presentaron peores condiciones de saneamiento básico. Así mismo, como resultado de las condiciones deficitarias de infraestructura de saneamiento básico, una mayor proporción de las familias realizan una disposición final de excretas y aguas grises en campo abierto (valor $p < 0,05$).

Las condiciones de acceso al agua para consumo humano son marcadamente diferenciales entre la población urbana y la rural, aunque en ambos casos el estado de las fuentes de agua es deficitario, en tanto una alta proporción de ellas se encuentra contaminada o en riesgo de contaminación. A pesar de ello, una alta proporción de la población no hierve el agua para el consumo, lo que es mayoritario en la zona urbana (Tabla 4).

Tabla 4. Condiciones de vivienda y de saneamiento básico de la población caracterizada por la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño, 2014-2015

| Variable | | Zona de residencia | | | | Valor p |
|---|---------------------|--------------------|------|--------|------|---------|
| | | Rural | | Urbana | | |
| | | N | % | N | % | |
| Tipo de vivienda | Apartamento | 324 | 2,8 | 274 | 17,6 | - |
| | Casa | 10688 | 93,6 | 1255 | 80,8 | |
| | Inquilinato | 6 | 0,1 | 3 | 0,2 | |
| | Pieza | 121 | 1,1 | 19 | 1,2 | |
| | Rancho | 271 | 2,4 | 3 | 0,2 | |
| | Tambo | 12 | 0,1 | - | - | |
| Vivienda construida en terreno geológicamente estable | No | 965 | 8,4 | 136 | 8,8 | 0,701 |
| | Sí | 10457 | 91,6 | 1418 | 91,2 | |
| Hacinamiento | No | 9723 | 85,1 | 1304 | 83,9 | 0,211 |
| | Sí | 1699 | 14,9 | 250 | 16,1 | |
| Tipo de fuente de agua | Acueducto | 4405 | 38,6 | 1486 | 95,6 | 0,000 |
| | Subterránea Pozo | 504 | 4,4 | - | - | |
| | Superficial | 6513 | 57,0 | 68 | 4,4 | |

Tabla 4. (Continuación)

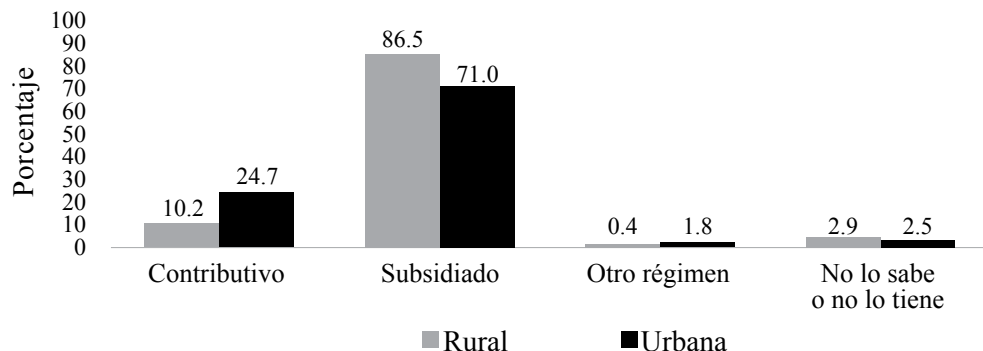
| Variable | | Zona de residencia | | | | Valor p |
|-----------------------------------|----------------------------|--------------------|------|--------|------|---------|
| | | Rural | | Urbana | | |
| | | N | % | N | % | |
| Estado fuente de agua | Contaminada | 2594 | 37,0 | 40 | 58,8 | 0,000 |
| | Descontaminada | 862 | 12,3 | 11 | 16,2 | |
| | En riesgo de contaminación | 3561 | 50,7 | 17 | 25,0 | |
| Calidad del agua | Desconocida | 561 | 4,9 | 12 | 0,8 | 0,000 |
| | No potable | 5634 | 49,3 | 231 | 14,9 | |
| | Potable | 5227 | 45,8 | 1311 | 84,4 | |
| Tipo de tratamiento de agua | Desinfectada | 39 | 0,3 | 74 | 4,8 | 0,000 |
| | Filtrada | 35 | 0,3 | 2 | 0,1 | |
| | Hervida | 9823 | 86,0 | 886 | 57,0 | |
| | Sin hervir | 1525 | 13,4 | 592 | 38,1 | |
| Disposición final de excretas | Alcantarillado | 1742 | 15,3 | 1451 | 93,4 | 0,000 |
| | Campo abierto | 5491 | 48,1 | 83 | 5,3 | |
| | Pozo séptico | 3958 | 34,7 | 16 | 1,0 | |
| | Sumidero | 231 | 2,0 | 4 | 0,3 | |
| Disposición final de aguas grises | Alcantarillado | 1722 | 15,1 | 1460 | 94,0 | 0,000 |
| | Campo abierto | 5569 | 48,8 | 73 | 4,7 | |
| | Pozo séptico | 3948 | 34,6 | 17 | 1,1 | |
| | Sumidero | 183 | 1,6 | 4 | 0,3 | |

Fuente: Base de datos de Atención Primaria en Salud.

2.2 Situación de salud

Un 97% de la población refiere estar asegurada en salud. Una proporción mayoritaria pertenece al régimen subsidiado, siendo mayor en este caso para la población rural. El número de afiliados al régimen contributivo residente de la zona urbana duplica a los residentes de la zona rural afiliados en el mismo régimen (Figura 3).

Figura 3. Aseguramiento en salud de la población caracterizada por la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño, 2014-2015



Fuente: Base de datos de Atención Primaria en Salud.

En cuanto a la situación nutricional, los resultados sugieren diferencias estadísticamente significativas relacionadas con la lactancia materna exclusiva en menores de un año. La proporción de quienes residen en la zona urbana y no tuvieron lactancia materna exclusiva (26,7%) es casi tres veces la proporción de aquellos que residen en la zona rural (9,1%) (valor $p < 0, 05$). (Tabla 5).

En cuanto a la situación nutricional referida como producto de la observación de las promotoras de salud, quienes realizan la caracterización de la población, los hallazgos sugieren una mayor proporción de signos de desnutrición en la población rural en los niños y niñas de la primera infancia y en adolescentes, mientras que resulta mayor en el grupo de 5-13 años urbano respecto a los rurales. El sobrepeso a la observación resulta mayor en los niños, niñas y adolescentes urbanos respecto a los rurales.

Respecto al reporte de enfermedades infecciosas en la primera infancia, durante el mes previo a la realización de la encuesta, si bien no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas, en la zona rural se identificó una mayor prevalencia de enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda. La cobertura del programa de Crecimiento y Desarrollo fue levemente mayor en quienes residían en la zona rural (Tabla 6), lo que puede sugerir un efecto de la focalización de las acciones de los equipos de APS, que se han concentrado en facilitar el acceso a los servicios preventivos especialmente en población rural en la última década.

Tabla 5. Situación nutricional de la población caracterizada por la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste Antioqueño, 2014-2015

| Ciclo vital | Variable | Categorías | Zona de residencia | | | | Valor p |
|-------------------------|----------------------------------|------------|--------------------|------|--------|-------|---------|
| | | | Rural | | Urbana | | |
| | | | N | % | N | % | |
| Población < 1 año | Tuvo lactancia materna exclusiva | Sí | 160 | 90,9 | 11 | 73,3 | 0,033 |
| | | No | 16 | 9,1 | 4 | 26,7 | |
| Población < 5 años | Signos de desnutrición | Sí | 13 | 2,5 | 1 | 1,8 | 0,999 |
| | | No | 513 | 97,5 | 54 | 98,2 | |
| | Sobrepeso a la observación | Sí | 9 | 1,8 | 3 | 5,6 | 0,097 |
| | | No | 504 | 98,2 | 51 | 94,4 | |
| Población de 6-13 años | Signos de desnutrición | Sí | 15 | 1,1 | 4 | 2,4 | 0,262 |
| | | No | 1304 | 98,9 | 166 | 97,6 | |
| | Sobrepeso a la observación | Sí | 27 | 2,1 | 3 | 1,8 | 0,999 |
| | | No | 1277 | 97,9 | 163 | 98,2 | |
| Población de 14-18 años | Signos de desnutrición | Sí | 9 | 1,0 | - | - | 0,495 |
| | | No | 896 | 99,0 | 95 | 100,0 | |
| | Sobrepeso a la observación | Sí | 21 | 2,3 | 3 | 3,2 | 0,999 |
| | | No | 875 | 97,7 | 92 | 96,8 | |

Fuente: Base de datos de Atención Primaria en Salud.

Tabla 6. Experiencia de enfermedades infecciosas en el último mes y acceso a la atención preventiva en la primera infancia en la población caracterizada por la APS de los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste Antioqueño, 2014-2015

| Variable | | Zona de residencia | | | | Valor p |
|--|----|--------------------|------|--------|------|---------|
| | | Rural | | Urbana | | |
| | | N | % | N | % | |
| Experiencia de enfermedad diarreica aguda en el último mes | Sí | 105 | 20,0 | 6 | 10,9 | 0,147 |
| | No | 421 | 80,0 | 49 | 89,1 | |
| Experiencia de infección respiratoria aguda en el último mes | Sí | 99 | 18,8 | 7 | 12,7 | 0,358 |
| | No | 427 | 81,2 | 48 | 87,3 | |
| Participación en programa de Crecimiento y Desarrollo | No | 63 | 12,0 | 3 | 5,6 | 0,183 |
| | Sí | 462 | 88,0 | 51 | 94,4 | |

Fuente: Base de datos de Atención Primaria en Salud.

En lo que concierne a la salud mental, los análisis revelaron algunas diferencias por destacar, al indagar por el consumo problemático de alcohol, la implicación en actos violentos y el intento de suicidio.

Específicamente en la niñez la proporción de implicación en actos violentos e intento de suicidio es mayor en los niños y niñas urbanos (en este último el valor $p < 0,05$), mientras el consumo problemático de alcohol es mayor en los niños y niñas rurales. Los jóvenes que residen en la zona urbana presentaron una mayor proporción respecto a los rurales en consumo problemático de alcohol, implicación en actos violentos e intento de suicidio (en los tres casos valor $p < 0,05$). En la población adulta urbana también es mayor la proporción de consumo problemático de alcohol, de implicación en actos violentos (valor $p < 0,05$) y de intento de suicidio. En los adultos mayores el comportamiento de los tres aspectos indagados es más heterogéneo, es idéntico en el intento de suicidio entre población rural y urbana, es mayor el consumo problemático de alcohol en la población rural, mientras que la implicación en actos violentos es mayor en la población urbana. Ninguno de estas diferencias en el adulto mayor fue estadísticamente significativa (Tabla 7).

Tabla 7. Procesos destructivos en la salud mental de la población caracterizada por la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño, 2014-2015

| Ciclo vital | Variable | Zona de residencia | | | | Valor p | |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------|------|--------|-----|---------|-------|
| | | Rural | | Urbana | | | |
| | | N | % | N | % | | |
| Infancia (10-13 años) | Consumo problemático de alcohol | Sí | 30 | 5,0 | 3 | 3,3 | 0,605 |
| | | No | 568 | 95,0 | 88 | 96,7 | |
| | Implicado en actos violentos | Sí | 14 | 2,3 | 3 | 3,3 | 0,481 |
| | | No | 584 | 97,7 | 88 | 96,7 | |
| | Ha tenido intentos de suicidio | Sí | 3 | 0,5 | 3 | 3,3 | 0,033 |
| | | No | 595 | 99,5 | 88 | 96,7 | |
| Jóvenes (14-28 años) | Consumo problemático de alcohol | Sí | 163 | 6,0 | 32 | 8,8 | 0,027 |
| | | No | 2570 | 94,0 | 331 | 91,2 | |
| | Implicado en actos violentos | Sí | 66 | 2,4 | 17 | 4,7 | 0,022 |
| | | No | 2667 | 97,6 | 346 | 95,3 | |
| | Ha tenido intentos de suicidio | Sí | 48 | 1,8 | 14 | 3,9 | 0,014 |
| | | No | 2685 | 98,2 | 349 | 96,1 | |

Tabla 7. (Continuación)

| Ciclo vital | Variable | Zona de residencia | | | | Valor p | |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------|------|--------|-----|---------|-------|
| | | Rural | | Urbana | | | |
| | | N | % | N | % | | |
| Adultos (29-59 años) | Consumo problemático de alcohol | Sí | 252 | 5,7 | 46 | 7,5 | 0,083 |
| | | No | 4145 | 94,3 | 566 | 92,5 | |
| | Implicado en actos violentos | Sí | 119 | 2,7 | 27 | 4,4 | 0,028 |
| | | No | 4278 | 97,3 | 585 | 95,6 | |
| | Ha tenido intentos de suicidio | Sí | 83 | 1,9 | 18 | 2,9 | 0,090 |
| | | No | 4314 | 98,1 | 594 | 97,1 | |
| Adulto mayor (>60 años) | Consumo problemático de alcohol | Sí | 106 | 5,6 | 10 | 3,3 | 0,126 |
| | | No | 1774 | 94,4 | 291 | 96,7 | |
| | Implicado en actos violentos | Sí | 42 | 2,2 | 12 | 4,0 | 0,074 |
| | | No | 1838 | 97,8 | 289 | 96,0 | |
| | Ha tenido intentos de suicidio | Sí | 32 | 1,7 | 5 | 1,7 | 0,999 |
| | | No | 1848 | 98,3 | 296 | 98,3 | |

Fuente: Base de datos de Atención Primaria en Salud.

2.3 Acceso a la atención preventiva

El instrumento de caracterización de la población que es encuestada por las promotoras de salud que dinamizan la estrategia de APS, incluye un conjunto de preguntas en las que se indaga por los antecedentes de acceso a la atención preventiva, en los servicios que están contenidos en el Plan Obligatorio de Salud según corresponda con la edad de la persona.

Al indagar por esto, el equipo básico de la estrategia de APS puede identificar las personas que requieren atenciones de tipo preventivo, que pueden ser realizadas por el propio equipo o remitidas al prestador de servicios que corresponda. Esta acción del equipo básico de salud en la estrategia de APS, se ha convertido en un objetivo principal de la política departamental buscando fomentar el énfasis preventivo de la atención en salud, así como garantizar el cumplimiento de las denominadas metas de «Promoción y Prevención - PyP».

Para este análisis, dicha información puede indicar la experiencia de acceso a la atención preventiva en las variables seleccionadas, teniendo en cuenta que la población

de los municipios de la cuenca del río San Juan ha estado expuesta a la implementación de la APS durante 10 años, con focalización en la población rural, y que la estrategia se ha desarrollado con el objetivo explícito de fomentar la atención preventiva en los contenidos del Plan Obligatorio de Salud.

En general, la proporción de mujeres entre los 14 y 50 años de edad que planificaba en el momento de ser encuestadas fue relativamente bajo en todo el territorio. Entre quienes expresaron que planificaban, los métodos más frecuentes fueron los inyectables y los quirúrgicos. Por otro lado, en comparación con las residentes de la zona urbana, se observó una mayor proporción de mujeres mayores de 18 años residentes de la zona rural que no se realizaban el autoexamen de mama o la mamografía. Situación similar para el caso de los hombres mayores de 40 años, donde hubo mayor acceso al test de tamización para cáncer de próstata para quienes residían en la zona urbana (valor $p < 0,05$) (Tabla 8).

Tabla 8. Experiencia de acceso a la atención preventiva de población caracterizada por la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño, 2014-2015

| Población | Variable | Zona de residencia | | | | Valor p | |
|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------|------|--------|-----|---------|-------|
| | | Rural | | Urbana | | | |
| | | N | % | N | % | | |
| Mujeres de 14 a 50 años | Planificación familiar | No | 1353 | 45,1 | 178 | 43,3 | 0,526 |
| | | Sí | 1647 | 54,9 | 233 | 56,7 | |
| Mujeres de 14 a 50 años | Método de planificación que utiliza | Anovulatorio oral | 434 | 26,4 | 71 | 30,5 | - |
| | | Condón | 101 | 6,1 | 10 | 4,3 | |
| | | Dispositivo intrauterino | 86 | 5,2 | 5 | 2,1 | |
| | | Espermicidas | 7 | 0,4 | - | - | |
| | | Implantes | 92 | 5,6 | 11 | 4,7 | |
| | | Inyectables | 349 | 21,2 | 55 | 23,6 | |
| | | Métodos naturales | 46 | 2,8 | 1 | 0,4 | |
| | | Óvulos | 7 | 0,4 | 1 | 0,4 | |
| | | Parches | 7 | 0,4 | 2 | 0,9 | |
| | | Quirúrgico | 518 | 31,5 | 77 | 33,0 | |

Tabla 8 (Continuación)

| Población | Variable | | Zona de residencia | | | | Valor p |
|-------------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------------|------|--------|------|---------|
| | | | Rural | | Urbana | | |
| | | | N | % | N | % | |
| Mujeres > 18 años | Se ha realizado la citología | No | 710 | 17,5 | 115 | 17,5 | - |
| | | Sí | 3353 | 82,5 | 544 | 82,5 | |
| | Resultado de citología | Alterado | 155 | 4,6 | 25 | 4,6 | - |
| | | No sabe | 307 | 9,2 | 27 | 5,0 | |
| | | Normal | 2891 | 86,2 | 492 | 90,4 | |
| | Se realiza autoexamen de mama | Sí | 2633 | 64,8 | 475 | 72,1 | 0,000 |
| | | No | 1430 | 35,2 | 184 | 27,9 | |
| | Se ha realizado la mamografía | Sí | 406 | 11,2 | 111 | 18,5 | 0,000 |
| | | No | 3229 | 88,8 | 489 | 81,5 | |
| | Población de 14 a 29 años | Consulta alteraciones joven | Sí | 978 | 33,3 | 71 | 18,4 |
| No | | | 1955 | 66,7 | 314 | 81,6 | |
| Hombres > 40 años | Tamizaje próstata | Sí | 525 | 28,5 | 95 | 40,1 | 0,000 |
| | | No | 1314 | 71,5 | 142 | 59,9 | |

Fuente: Base de datos de Atención Primaria en Salud.

3. Conclusiones y discusión

Los hallazgos de este análisis son coincidentes con otros estudios nacionales que retratan las marcadas desigualdades sociales de las poblaciones rurales del país (Departamento Nacional de Planeación, 2015; República de Colombia Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2014) y de estudios sobre las desigualdades en los territorios del Suroeste antioqueño (Franco-Cortés et al., 2016; Gobernación de Antioquia, 2013; Ospina-Galeano & Otálvaro-Castro, 2016).

Vale la pena anotar que en términos generales, la población que ha sido caracterizada por la estrategia de APS en esta subregión, constituye mayoritariamente un subgrupo de la población más pobre de los municipios, con mayor proporción en el área rural.

Además la cobertura de la estrategia para los años analizados resultó relativamente baja, solo un 13% del total de la población de la cuenca del río San Juan. Quiere decir esto que los datos compilados por la estrategia, se refieren esencialmente a la población más pobre del territorio analizado.

El análisis permitió identificar desigualdades sociales relacionadas con el territorio de residencia de la población caracterizada, en los tres grandes componentes analizados: las condiciones de vida, la situación de salud y el acceso a la atención preventiva.

Respecto a las condiciones de vida se constató una mayor concentración de la población pobre en la zona rural, así como un menor nivel educativo y una mayor proporción de población infantil que no se encontraba estudiando. Se destaca una mayor proporción de población juvenil que no estaba estudiando en la zona urbana (aunque la diferencia no es estadísticamente significativa).

En relación con el trabajo se encontraron, de manera generalizada, altos niveles de población desempleada y más de dos terceras partes de la población económicamente activa con trabajo precario; en lo rural predominaron los trabajadores familiares sin remuneración y por cuenta propia, mientras en lo urbano los obreros tanto de empresas particulares como públicas. El registro de la posición ocupacional podría ser mejorada buscando distinguir las especificidades del trabajo urbano y rural, otros trabajos podrían sugerir alternativas al respecto (Franco-Cortés et al., 2016; Ospina-Galeano & Otálvaro-Castro, 2016).

Frente a las condiciones ambientales y de las viviendas, las desigualdades territoriales son más evidentes y reconocidas especialmente porque quienes residen en la zona rural presentan peores condiciones de saneamiento básico, y de acceso y calidad a fuentes de agua para el consumo humano. Estos resultados coinciden con los hallazgos de la última Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 2015, que señala como la cobertura de alcantarillado para cabeceras municipales fue del 93,1% y del 16,8% en la zona rural; mientras que el acceso a acueducto fue del 97,6% en la zona urbana y de 61,2% en el resto del territorio (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE, 2016b).

En relación con la situación de salud el análisis mostró una orientación de las desigualdades territoriales más heterogénea. Mientras que para la población rural resultan peores algunos indicadores nutricionales, como la lactancia materna exclusiva en menores de un año, para la población urbana fueron significativas las diferencias en distintos indicadores de salud mental como los intentos de suicidio en la infancia, el consumo problemático de alcohol, la implicación en actos violentos y el intento de suicidio en adolescentes y jóvenes, así como la implicación en actos violentos en adultos.

Teniendo en cuenta que un poco más de 3/4 partes de la población se encuentra afiliada al régimen subsidiado, (que en el ámbito rural significa la afiliación del 86% de la población) y que esta población tiene en la ESE⁶ – hospital público municipal la principal institución prestadora de servicios de salud, al analizar las desigualdades respecto a la experiencia de acceso a la atención preventiva los hallazgos sugirieron un efecto positivo de la estrategia de APS en la reducción de disparidades. Lo que queda confirmado en la medida que la proporción de población rural que accede a actividades preventivas como el control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años y la consulta de alteraciones del joven, es mayor en la población rural que la urbana. Así mismo, se encontraron resultados similares a los de la población urbana en actividades como la planificación familiar y la realización de citología en mujeres entre los 14 y los 50 años. En este sentido, la APS realizada en los municipios, ejerce un efecto que equipara la oportunidad de acceso a la atención preventiva en la población rural, respecto a la urbana.

Por el contrario, se observó la permanencia de desigualdades en la experiencia de acceso a la atención preventiva a favor de la población urbana, en la realización de mamografías en mujeres mayores de 18 años y el tamizaje de próstata en hombres mayores de 40 años. Sin embargo, la brecha urbano – rural resulta menor respecto a lo reportado en los últimos estudios nacionales como la ENDS 2015, que refiere una diferencia de cerca de 27 puntos porcentuales a favor de quienes residen en la zona urbana respecto a la cobertura de mamografía y de 20 puntos porcentuales a favor de los residentes urbanos en el tamizaje de próstata (Profamilia, 2016). Este puede ser el hallazgo más relevante de este estudio y el indicador más positivo del alcance que ha tenido la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan.

No obstante, los hallazgos indicaron que en algunos casos las coberturas de la atención preventiva son bajas si se comparan con los promedios nacionales. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres de 13-49 años que utilizan anticonceptivos en la actualidad, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, fue de 80,9% en comparación con el 56% de las mujeres entre 14-50 años caracterizadas por la estrategia de APS; las mujeres de 21 a 69 años que se han realizado la citología alguna vez en su vida, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, fue de 94,6% en comparación con el 82,5% de las mujeres mayores de 18 años caracterizadas por la estrategia. En otros casos, los hallazgos son similares a lo encontrado en los estudios nacionales, como es en el caso del autoexamen de seno, la mamografía y el tamizaje de próstata (Profamilia, 2016).

6 E.S.E. Empresa Social del Estado, que constituye la figura mediante la cual se transformaron los hospitales públicos como parte de la reforma introducida con la Ley 100 de 1993, que creó el actual Sistema General de Seguridad Social en Colombia.

4. Recomendaciones

Se sugiere realizar análisis de desigualdades a partir de la información producida por la estrategia de Atención Primaria en Salud. En los diez años de implementación en el departamento de Antioquia no se encontraron reportes o informes de análisis desde esta perspectiva, que enriquezcan la toma de decisiones y la reorientación de acciones tendiente a reducir la brecha de desigualdades entre la población rural y la urbana.

En el análisis de desigualdades es indispensable la identificación de algunas características básicas de la población, de manera que ello permita su diferenciación y clasificación en grupos sociales a comparar. Se identificó que el registro y clasificación de la población según características de su posición ocupacional, el oficio, las relaciones laborales y productivas es deficitario, lo que no permite identificar rasgos particulares del poblador y trabajador rural que están directamente relacionados con su perfil de exposición y deterioro de la salud. En este sentido, se recomienda ajustar el instrumento de caracterización de la estrategia de APS, para incorporar variables clave que permitan la medición de las desigualdades sociales y territoriales.

A pesar de la limitada cobertura de la estrategia de APS en la región analizada, los hallazgos sugieren un efecto positivo de la implementación de la estrategia, especialmente en relación con el mejoramiento del acceso a los servicios preventivos en la población rural, equiparando las condiciones de esta población respecto a la urbana, lo cual resulta meritorio. Esto permite colegir que en la medida que aumente la cobertura de la estrategia se obtendrán mejores resultados en la cobertura de la atención preventiva de la población.

Las autoridades políticas del departamento y de los municipios deberían considerar con seriedad la meta de universalidad de la estrategia en las zonas rurales mínimamente. La evidencia demuestra que los sistemas de salud con universalidad de acceso, así como aquellos modelos basados en la atención primaria, contribuyen en mayor medida a la equidad en salud (Hernández-Aguado, Santaolaya Cesteros, & Campos Esteban, 2012; Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Resulta llamativa la constatación de la baja cobertura en algunas actividades de atención preventiva (uso de anticonceptivos y citología) respecto a los promedios nacionales, en tanto ese ha sido el énfasis de la estrategia departamental. Es necesario revisar con detalle y de manera específica los procesos implementados para la inducción de la demanda y de atención efectiva en cada una de las actividades preventivas que deliberadamente son impulsadas desde la estrategia, para identificar donde están las barreras que limitan mejores resultados. Para ello, sería relevante también generar orientaciones, desde el nivel departamental, con el fin de realizar monitoreo periódico de dichas coberturas.

Los hallazgos ratifican la existencia de brechas de desigualdad entre la población rural y urbana. Estas desigualdades sociales tienen relación directa con el hecho de ser poblador(a) rural, lo que genera inequidades de carácter territorial que ponen en desventaja a la población campesina y rural. El diseño actual de la estrategia de APS departamental no contiene acciones acordes con la complejidad de dicho perfil de condiciones de vida. Esto debería motivar el diseño e implementación de acciones intencionadas desde la política departamental de salud para disminuir estas inequidades, que son una causa principal de la mala salud de la población rural. El trabajo orientado a la construcción de equidad social y en salud, exige un abordaje integral de las desigualdades desde la acción sobre sus causas.

Aunque el sistema de salud no está entre los determinantes sociales de la salud de mayor peso, no debe desestimarse su potencial contribución a la reducción de las inequidades. Las características de la Atención Primaria de la Salud la hacen idónea para este objetivo, en la medida que promueve la igualdad en el acceso a los servicios de salud, una atención proporcional a las necesidades y un trabajo conjunto con otros sectores, con los que se pueden conseguir efectos positivos en la equidad efectiva en salud (Hernández-Aguado, Santaolaya Cesteros, & Campos Esteban, 2012; Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

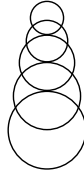
5. Referentes bibliográficos

1. Acosta, A. (2013). Colombia: Escenario de las desigualdades. *Tendencias*, 14(1), 9–35. Retrieved from <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/rtend/article/view/974/1210>.
2. CICS/IED/UNESCO. (2016). *Informe Mundial sobre Ciencias Sociales 2016: Afrontar el reto de las desigualdades y trazar vías hacia un mundo justo, resumen; 2016*. Francia. Retrieved from <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002459/245995s.pdf>.
3. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011 (2011). <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE. (2016a). *3er Censo Nacional Agropecuario. Hay campo para todos. Tomo 2 - Resultados*. Bogotá, D.C. Retrieved from <https://www.dane.gov.co/files/images/foros/foro-de-entrega-de-resultados-y-cierre-3-censo-nacional-agropecuario/CNATomo2-Resultados.pdf>
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE. (2016b). *Boletín de resultados Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ECV 2015*. Bogotá D.C. Retrieved from https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Tecnico_ECV_2015.pdf.

6. Departamento Nacional de Planeación. (2015). *El campo Colombiano: un camino hacia el bienestar y la paz. Misión para la transformación del campo*. Bogotá D.C. Retrieved from [https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Agriculturapequarioforestal_y_pesca/El CAMPO COLOMBIANO UN CAMINIO HACIA EL BIENESTAR Y LA PAZ MTC.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Agriculturapequarioforestal_y_pesca/El_CAMPO_COLOMBIANO_UN_CAMINIO_HACIA_EL_BIENESTAR_Y_LA_PAZ_MTC.pdf)
7. Dirección Seccional de Salud y Protección social de Antioquia. (2010). *Lineamientos para la promoción de la salud con sentido humano en Antioquia* (1a edición). Medellín-Colombia: Universidad de Antioquia. Retrieved from <https://www.dssa.gov.co/index.php/descargas/733-libro-lineamientos-promocion-salud/file>
8. Franco-Cortés, Á. M., Otálvaro-Castro, G. J., Ochoa-Acosta, E., Ramírez-Puerta, S., Escobar-Paucar, G., Agudelo-Suárez, A.,... Manrique, N. (2016). Inequidades en salud de la primera infancia en el municipio de Andes, Antioquia, Colombia. Un análisis desde la epidemiología crítica. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 15(31), 246–261. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-31.ispi>
9. Franco, S. (2003). Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma a la salud y seguridad social en Colombia. *Gerencia Y Políticas de Salud*, 2(4), 58–69. Retrieved from <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/viewFile/2805/2067>
10. Galvis, L. A., & Meisel, A. (2010). *Persistencia de las desigualdades regionales en Colombia: Un análisis espacial* (Documentos de trabajo sobre Economía Regional No. 120). Bogotá D.C. Retrieved from <http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/DTSER-120.pdf>
11. Gobernación de Antioquia. (2012). Plan de Desarrollo 2012-2015 «Antioquia la más educada.» Medellín-Colombia: Gobernación de Antioquia.
12. Gobernación de Antioquia. (2013) *¿De qué vivirán los pobladores rurales? Memorias del foro subregional suroeste*. Ciudad Bolívar. Retrieved from <http://conectarural.org/sitio/sites/default/files/mem-suroeste.pdf>
13. Gobernación de Antioquia. Departamento Administrativo de Planeación. (2014). *Calidad de Vida de Antioquia, medida a partir del Índice Multidimensional de Condiciones de Vida*. Medellín. Retrieved from http://antioquia.gov.co/images/pdf/encuesta_2013/ECV-2013.html
14. Hardoon, D. (2017). *Una economía para el 99%*. Oxford, UK. Retrieved from https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/bp-economy-for-99-percent-160117-es.pdf
15. Hernández-Aguado, I., Santaolaya Cesteros, M., & Campos Esteban, P. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 6–13. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.036>

16. Kruk, M. E., Porignon, D., Rockers, P. C., & Lerberghe, W. Van. (2010). The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: A critical review of major primary care initiatives. *Social Science & Medicine*, 70, 904–911. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.11.025>
17. Lotero Contreras, J. A., Moreno Monroy, A. I., Diaz, W., Gomez Vargas, A. B., & Vanegas Lopez, J. G. (2006). *Indicadores de competitividad de Antioquia y sus regiones: resultados y jerarquías*. Medellín. Retrieved from <http://www.camaramedellin.com.co/site/Portals/0/Documentos/Biblioteca/herramientas/competitividad-antioquia-estrategias-comerciales.pdf>
18. Macinko, J., Montenegro, H., Nebot, C., & Etienne, C. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*, 21(2–3), 73–84. <http://doi.org/10.1590/S1020-49892007000200003>
19. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/Plan Decenal - Documento en consulta para aprobaci%25C3%25B3n.pdf>
20. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
21. Molina, G., Ramírez, A., & Ruiz, A. (2013). *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano : el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares*. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública «Héctor Abad Gómez.»
22. Mosquera-Méndez, P., Granados-Hidalgo, G., & Vega-Romero, R. (2008). La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para Bogotá-Colombia y su relación con la disminución de inequidades de resultados en salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 7(14), 88–109. Retrieved from http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol7_n_14/estudios_1.pdf
23. Organización Mundial de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Organización Mundial de la Salud*. Buenos Aires, Argentina. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
24. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Retrieved from http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf

25. Ospina-Galeano, D. I., & Otálvaro-Castro, G. J. (2016). *Desigualdades en las condiciones de trabajo y en el modo de vida de trabajadores informales del municipio de Ciudad Bolívar, Antioquia, 2015*. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Retrieved from http://opac.udea.edu.co/cgi-olib/?infile=authk.glue&style=authk&nh=20&calling_page=hitlist.glu&key=617315
26. Otálvaro-Castro, G. J. (2017). Capacidades municipales para la gestión territorial de la salud en el suroeste Antioqueño. ¿Están preparados los municipios para la reorientación del modelo de atención? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(1), 126–27. Retrieved from <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/326800/20784085>
27. Otálvaro, G., Zuluaga, S., Blanco, D., & Restrepo, L. F. (2016). Gestión de la Atención Primaria de la Salud en un contexto de mercado: análisis de caso en un hospital público de Bogotá, Colombia, 2008-2011. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 316–329. <http://doi.org/DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n3a06>
28. Profamilia. (2016). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 - Resumen ejecutivo*. Bogotá D.C. Retrieved from http://profamilia.org.co/docs/Libro_RESUMEN_EJECUTIVO.pdf
29. República de Colombia Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2014). *Censo Nacional Agropecuario*. Bogotá D.C.
30. Starfield, B. (2012). Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 20–26. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.009>
31. Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., Avendaño, M., Muennig, P., Guida, F.,... Kivimäki, M. (2017). Socioeconomic status and the 25x25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *The Lancet*, January, 1–9. [http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7)
32. Vega, R., Acosta, N., Mosquera, P., & Restrepo, O. (2008). La política de salud en Bogotá, 2004 -2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. *Medicina Social*, 3(2), 148–169.
33. Vega, R., Hernández, J., & Mosquera, P. (2012). Una explicación desde el contexto y contenido de las políticas de salud al modelo híbrido y segmentado de atención primaria en salud en Bogotá. *Saude Em Debate*, 36(94), 392–401.



Salud en los territorios (Escenas de una película colombiana)

Andrés Colorado Vélez⁷

Se abre el telón

Según Cine Colombia, 2016 fue el mejor año en la historia del cine del país: durante el último lustro, cada año los colombianos han asistido a más películas, se han abierto más salas y los ingresos han aumentado (Arcadia, 2017). No obstante, hay una película colombiana llamada *Salud en los territorios* que pocos suelen mirar, a pesar de su despliegue mediático. La película trata de captar la atención del público en general con un gran cubrimiento en medios: titulares a todo color en la televisión y en las primeras páginas de los periódicos en torno a los desfalcos, la mala atención, los robos, la desfinanciación y privatización de la salud en el país.

Con la intención de dar elementos para la formación del público con miras a una mejor comprensión de la película en mención, este artículo hace un resumen en cinco escenas, poniendo el lente en algunos de los actores (comunidad, universidad, territorios) y en situaciones más representativas (la participación social, la intersectorialidad, la formación académica) de **Salud en los territorios**, la película colombiana.

7 Sociólogo Universidad de Antioquia. Profesional social del proyecto BUPPE APS Suroeste.

Escena 1: tres viejas imágenes/fotos del territorio... ¿que parecen actuales?

En el año 2010, siendo integrante del Observatorio de Investigación del INDER-Medellín, asistí a un evento en Plaza Mayor llamado *Ciudad Abierta*. Al ingreso del evento, a los invitados se nos obsequió una pequeña libreta de apuntes que, con el paso del evento, fui llenando con textos cortos que bien pueden pasar como poemas y que ahora hacen las veces de fotos o imágenes reflexivas que, desde mi punto de vista, cifraban parte de los problemas allí abordados.

En tres imágenes/fotos pensé, pues, cómo veía algunos de los problemas socio-territoriales que estaban en la agenda del evento y que las lógicas, forma y fondo del evento mismo, antes que subsanar, alimentaban. Se había dado cita en Medellín a múltiples actores para pensar la región, pero entre el mar de invitados internacionales, si acaso se veían los invitados locales —no los de Medellín, sino los de otras regiones de Antioquia—. Se hacía alarde de la descentralización, pero ninguna referencia al monstruo de mil cabezas del clientelismo y las maquinarias políticas. Se insistía en la necesidad de la participación, pero se pasaba por alto su instrumentalización.

Imagen/foto 1: Región

Dicen que me quieren.
Dicen que les importo,
que les preocupa mi presente
y que quieren lo mejor
para mí en el futuro.
Por eso, dicen,
se citan y reúnen
para hablar, discutir,
proponer y soñar
mi porvenir.
Lástima que no
se me consulte
qué quiero para mí.

Imagen/foto 2: Descentralización

Cuando hablan de planeación
nacional,

*estratégica,
local,*
suelen darme por apellidos
*inclusión social,
participación activa,
gestión pública.*
Pero nada hablan de la cuna
en que me arropan:
codicia política.
Y menos de los brazos
que me arrullan y mecen:
prestidigitación gamonal.

Imagen/foto 3: Participación ciudadana

Es vinculante y discursiva.
Es extensiva,
algunas veces agresiva
y otras tantas pasiva.
Su juventud es un arma
de doble filo:
cuando no se le reprende
como a un niño,
se le exige tener ya hijos.
No es sorda
pero,
si muda y de piedra.

Escena 2: una foto reciente de los territorios, los protagonistas de esta película

¿A razón de qué rememoro esta experiencia de seis años atrás? La razón es sencilla: nada nuevo o muy poco, hay bajo la luz del sol. La región, la descentralización y la participación ciudadana son elementos transversales para pensar y proyectar los territorios. En consecuencia, cambia el escenario, pero los problemas persisten.

Digo que lo nuevo es poco porque a diferencia del evento *Ciudad Abierta*, en el proyecto *APS Suroeste* se fue a la región para dialogar, reflexionar y re-crear la región y los territorios con sus actores. Y esto es ya una ganancia, ellos son los protagonistas:

se dialogó, se pensó y creó durante 24 meses, con actores de los cinco municipios del Suroeste que hacen parte del proyecto (Jardín, Betania, Andes, Ciudad Bolívar e Hispania) y cinco unidades académicas de la Universidad de Antioquia una ruta de investigación e intervención que se tradujo en cinco componentes para fortalecer las capacidades locales para la gestión integral y continua de la estrategia APS: (1) rectoría e intersectorialidad, (2) participación y gestión comunitaria, (3) gestión del talento humano en salud, (4) reorientación de los servicios y (5) monitoreo, evaluación y gestión de la información (Universidad de Antioquia, 2014).

Pero afirmo que no hay nada nuevo porque cuando se oyen y observan con atención los diálogos y la actuación de los actores locales, se confirma que en los territorios los males persisten. Por ejemplo, en lo referente a la información proveniente de los diagnósticos e investigaciones y a la participación comunitaria.

Respecto a los diagnósticos se evidencia:

- Incongruencia en las bases de datos DANE, SISPRO y municipio.
- Desarticulación de la información de la Dirección Local de Salud y hospital.
- Datos faltantes para el manejo de los mapas y traslado al ASIS e inexistencia de mapas de la zona rural de los municipios.

En suma, diagnósticos que no cumplen con uno de sus cometidos transversales: ser una herramienta para la lectura y conocimiento de los territorios. No en vano la generación y dinamización de estos se constituyen en objetivos del proyecto APS Suroeste.

En cuanto a lo segundo, es decir, a la participación comunitaria, se les oye y se confirma que el guion no cambia, que los roles se repiten:

- Participación comunitaria instrumental-representativa.
- Fallas en la estrategia comunicativa.
- Desidia de la comunidad.
- Actores comunitarios sin peso, voz y voto.

Una secuencia dramática que, en suma, se expresa en la existencia de diversos comités y escenarios de participación comunitaria que por falta de liderazgo y de incidencia real en los problemas sociales de los territorios, generan apatía en la comunidad.

No obstante, las debilidades y amenazas en torno a los escenarios de participación ciudadana y los vacíos en la información no son exclusivas de los territorios del proyecto APS Suroeste. Son una secuencia de la película en la que actúan los 1.122 municipios de Colombia. Es decir, se trata de un problema estructural de país. Sin embargo, cuan-

do se piensa en estrategias para su solución, ministerios, secretarías departamentales y municipales, esgrimen siempre las dos mismas herramientas. Por un lado, la creación de software y formatos para llenar bases de datos que nunca o casi nunca se articulan, comparan y dinamizan. Y por otra parte, la formación del ciudadano en temas como liderazgo y participación, además de la creación de nuevos escenarios participativos que nunca o casi nunca, debido a los elementos que convergen en las escenas y secuencias reveladas arriba, dan buenos frutos.

A pesar de ello, la caracterización de las organizaciones, la actualidad de los diagnósticos, la formación de líderes y el fortalecimiento de la participación ciudadana, son herramientas imprescindibles para cambiar el guion y rol de los actores, el escenario, el argumento y el final de esta película nacional, regional, municipal. Tan necesarias son que en el proyecto APS Suroeste, se retoma la caracterización y los diagnósticos y de la mano con la comunidad asistente a los espacios formativos, se transforman y apropian como herramientas para aprender a profundizar los conocimientos que se tienen de los propios territorios, con miras a una participación más crítica y propositiva.

Escena 3: una alternativa desde el territorio en el escenario de la salud neoliberal actual

En *Atención Primaria en Salud. ¿De regreso al pasado?*, una reflexión del profesor Álvaro Franco Giraldo, publicada en la revista de la Facultad Nacional de Salud Pública en 2011, en el apartado *Elementos para la discusión*, sostiene que:

La verdad es que esta estrategia [APS] sólo ha mostrado su efectividad en países con regímenes político-económicos no capitalistas, es decir, en sociedades no sustentadas en la desigualdad social... (...) Los gobiernos de derecha, de ideología neoliberal que aún existen en nuestro continente no estarán dispuestos a hacer este tipo de concesiones. En ese sentido proponer la APS en el actual régimen político colombiano, es buscar una especie de mezcla del agua con el aceite (Franco, p89).

¿Qué significado tiene entonces hacer APS hoy en Colombia? El modelo de la salud en Colombia se sustenta en una visión neoliberal, regido por el mercado, la desregulación, la competencia en condición de eficiencia y la separación de funciones. El paciente es visto como un cliente consumidor y no como un usuario, por ello proponer la APS, como dice el profesor Franco, es buscar una especie de mezcla del agua con el aceite.

Sin embargo, aunque en el campo de la química, debido a las moléculas que componen los líquidos y a la fuerza de atracción que se genera, la mezcla propuesta no

es posible, en el escenario de la realidad social mezclar el agua (estrategia APS) con el aceite (modelo neoliberal de la salud), es menos imposible que en el campo de la química. Ahora, para aquellos que creen que dicha mezcla no puede darse, debido al modelo de salud que tiene Colombia, esta experiencia –la del proyecto APS Suroeste– bien sirve para mostrarles que intentar la combinación no solo es posible sino que es absolutamente necesario jugar a buscar alternativas y fórmulas para llevar a cabo la mezcla.

¿Qué fórmulas hay para lograrlo? El profesor Franco, en el texto en mención, da pistas, propone elementos a tener en cuenta a la hora de mezclar:

La cuestión no es la renovación de la estrategia, los que deben renovarse son los sistemas de salud, regresando a la APS, paradójicamente, volviendo al pasado (Franco, pg 89).

La renovación tiene que empezar con una reforma de «la reforma» de los sistemas de salud. (...) No basta con incluir el término de la APS en la legislación de reforma, como ocurrió con la Ley 1438 de 2011 de Colombia, sino se rompen las estructuras institucionales proclives al predominio del mercado y de las empresas privadas del negocio de la salud, por encima de las instancias públicas, en la propuesta de reforma. (...) Esta reforma debe garantizar los valores, la descentralización, la equidad y el acceso a los sistemas de salud. Es decir, la reforma no podrá ser meramente sectorial (Franco, pg90).

Articulando entonces los argumentos expuestos por el profesor y sumando otros elementos como las experiencias exitosas en el plano local (el caso del municipio de El Peñol por ejemplo), las experiencias de la academia en la materia, es decir, los proyectos de investigación e intervención realizados y los espacios que la legislación, a pesar de sus inconsistencias crea para pensar, diseñar y actuar, el proyecto APS Suroeste erige una propuesta para fortalecer las capacidades locales para la gestión integral y continua de la estrategia APS que, como antes se ha dicho, se sustenta en los siguientes componentes: (1) rectoría e intersectorialidad, (2) participación y gestión comunitaria, (3) gestión del talento humano en salud, (4) reorientación de los servicios y (5) monitoreo, evaluación y gestión de la información (Universidad de Antioquia, 2014).

Para ello, se conjugan elementos como una **metodología participativa** (que, como antes se ha dicho, durante 24 meses posibilitó el diálogo entre actores de los cinco municipios del Suroeste que hacen parte del proyecto y de cinco unidades académicas de la UdeA). Se avoca a la **voluntad política** (se apunta a la renovación de las prácticas políticas apelando a la responsabilidad compartida entre todos los actores claves del sector salud, apuntando a la reorientación del sistema de salud, poniendo la salud en la agenda multisectorial) y a los **espacios creados por la legislación** (toda vez que el

Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es indicativo y contiene los principios rectores de la política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social. Los gobiernos departamentales, distritales y locales deben adaptarlo a su propia problemática y gestionarlo para su ejecución, enfatizando en el desarrollo de políticas y de la capacidad institucional en planificación y gestión de la salud).

La renovación —como señala el profesor Franco— tiene que empezar con una reforma de «la reforma» de los sistemas de salud. Y mejor aún: con un cambio de modelo. Pero mientras ese escenario ideal se construye, hacer APS en el contexto colombiano significa buscar alternativas, formular estrategias para mezclar el agua (estrategia APS, entendida no como un programa sino como una forma de pensar y gestionar la salud en los territorios con puntos de vista que articulen los esfuerzos y recursos económicos y humanos, en busca de solución a los problemas desde los aspectos que los determinan y los generan) con el aceite (modelo neoliberal de la salud), como en la actualidad lo está buscando hacer el proyecto APS Suroeste.

Escena 4: la co-protagonista: la academia, y otros roles que debe interpretar en salud en los territorios, la película

La universidad tiene un rol co-protagónico en la *Salud en los territorios*, encarna en sus actuaciones muchos de los males que le diagnostica y señala a otros actores del territorio en sus roles y escenas: la desidia en la participación (porque es vertical e instrumental), la falta de formación de los actores y ausencias de liderazgo, así como la inexistencia o poca eficacia del trabajo en red, que se traducen, por ejemplo, en:

- Asambleas estudiantiles, de profesores y multiestamentarias donde reinan los dos o tres de siempre mientras las jardineras, los corredores y salones, los bares y parques no tienen como contener a miles de estudiantes.
- Decisiones verticales que unos pocos toman haciendo oídos sordos a los deseos que las mayorías, en distintos escenarios de participación, expresan.
- Escenarios de participación donde voz y voto son un saludo a la bandera.
- Facultades, departamentos y grupos de investigación que no dialogan e intercambian conocimientos.

En *Atención Primaria en Salud. ¿De regreso al pasado?*, al profesor Álvaro Franco, otra inquietud le surge: además de capacitar, *¿qué rol interpreta la universidad en dicho escenario?* En este punto, bien valdría acudir a la sabiduría popular:

«Uno no puedo dar lo que no tiene», se afirma en la cotidianidad.

Sin embargo, la universidad —y esto sí que es una perogrullada—, se interesa, muchas veces, más en pontificar desde su torre de marfil que en ensuciarse las manos solucionando problemas cotidianos. O como se dice en la cotidianidad predica pero no aplica.

En la problematización del proyecto APS Suroeste, se identificó una *debilidad en las capacidades locales para la gestión integral y continua de la estrategia APS* (Universidad de Antioquia, 2014). Este aspecto del diagnóstico, enfocado a la gestión territorial de los municipios, se presenta con variados matices en el interior de la academia; la universidad, replica en sus facultades, departamentos, institutos e incluso en sus grupos de investigación: débil rectoría e intersectorialidad, apatía en torno a la participación, talento humano con necesidad de cualificación constante, desarticulación de la información, informes y análisis que no alimentan la toma de decisiones. No en vano, el decano, en el texto en mención, cierra su reflexión diciendo:

Pero un desafío no menos importante es para el mundo académico nacional e internacional, de los países y de los organismos multilaterales, de quienes participamos en este espacio intelectual y político; estamos en la obligación de renovar las propuestas teóricas y la práctica política, que en este momento debieran estar superando las estrategias planteadas para los sistemas de salud en el siglo XX (Franco, p93).

Renovar las propuestas teóricas y la práctica política, le exige a la universidad observarse, pensarse. Y ese ejercicio —si se hace, en caso de que hoy haya alguien que así lo afirme—, todo indica, que no se está haciendo muy bien: los diagnósticos y escenarios donde interviene la universidad así lo señalan. Cuando el profesor dice: *además de capacitar, ¿qué rol interpreta la universidad en dicho escenario?*, no deja duda de que su pregunta está en la vía de la renovación teórica y práctica.

Acogiendo, entonces, inquietudes y sugerencias como las señaladas por el profesor Franco —que están en consonancia con las que nos señala el acumulado de la experiencia—, al pensar en las comunidades y su participación en los escenarios políticos y sociales, en el proyecto APS Suroeste, a la luz del diagnóstico realizado: *Participación ciudadana y gestión comunitaria no incidente en la gestión de la salud* (Universidad de Antioquia, 2014), en el **Componente 2**, por ejemplo, se pensó un curso con un enfoque en la Educación Popular. Al contrario de la cátedra magistral, dicho enfoque cifra la formación en una vocación transformadora, en escenarios donde la universidad y la comunidad a través de un diálogo horizontal, reflexionan la realidad social y crean estrategias que comiencen a transformar y renovar, de abajo hacia arriba, las lógicas del modelo de salud.

No obstante, para que estos esfuerzos cobren vigor con el tiempo, la renovación de las propuestas teóricas y la práctica política de la universidad deben sumar y no restar. Ahora, pedirle a la universidad en el escenario neoliberal de la mercantilización de la educación, que de un giro que no centre gran parte de sus tareas, por ejemplo, en formar filas, batallones de posgraduados sino que ponga sus mejores recursos humanos y económicos al servicio de causas que no dan puntos para escalar los ranking de universidades, es como pedirle al sistema de salud que la renovación tiene que empezar con una reforma de «la reforma» de los sistemas de salud. Y eso, por lo menos en el mediano plazo, no va a pasar. Cuando se dice que renovar las propuestas teóricas y la práctica política le exige a la universidad observarse y pensarse, se plantea que sobre este aspecto —que es transversal— se debe construir.

¿Cómo? ¿Tal vez diseñando una estrategia APS para la academia? Puede ser. Una maniobra para trabajar en esa ruta y replantear el rol de la academia en lo que puntualmente se refiere a la ejecución de la estrategia APS. Así lo plantea el profesor Franco cuando en *Atención Primaria en Salud. ¿De regreso al pasado?*, cita y parafrasea el *Informe sobre la salud en el mundo, 2008*, en el que se proponen cuatro áreas de política para reducir las inequidades sanitarias: 1) subsanarlas por medio de cobertura universal; 2) situar al individuo en el centro de la prestación de servicios; 3) integrar la salud en las políticas públicas de todos los sectores y 4) liderazgo integrador en pro de la salud (Franco, 2011).

Para el caso de la universidad el numeral 3, *integrar la salud en las políticas públicas de todos los sectores*, se convierte en una tarea urgente. Las facultades, departamentos, institutos y grupos de investigación operan como islas, se requiere que integren la salud y la APS a sus proyectos de extensión e investigación. Un asunto que desde la experiencia aún no pasa.

Este ejercicio no es otra cosa que poner en práctica la intersectorialidad, uno de los pilares del éxito de la estrategia APS, como ya se señaló, por ejemplo, en el caso del municipio de El Peñol o como bien puede apreciarse en el proyecto APS Suroeste a través de su propósito y los cinco componentes que le dan vida. En suma, lo que se quiere señalar es que mientras la academia le brinda, por ejemplo, al actor comunitario unas herramientas para que diagnostique su entorno y haga una caracterización de los espacios, dinámicas y procesos organizativos, con miras a la actuación en red, incidiendo de una forma más contundente sobre la raíz de los problemas de su comunidad, la academia, (a pesar de los feudos, jerarquías, egos, cargas laborales y sueldos) debe sumar esfuerzos para, en un principio, actuar mancomunadamente y poner en práctica lo que predica. Mucho mejores serán los resultados en sus intervenciones y el diálogo y los aprendizajes para ella y los territorios.

Escena 5: salud en los territorios, ¿una película que permite soñar y crear un nuevo final?

Muchos son los caminos que llevan a Roma. Sin embargo, como el viaje es largo y complejo, es necesario hacer equipo (diálogo horizontal, investigación, intercambio de saberes, intersectorialidad, información, formación, son algunas premisas, mandamientos del trabajo en equipo) para diseñar y realizar la travesía y llegar a la meta, una premisa que las mieles de la gloria individual algunas veces hacen olvidar. Aunque hay otras ocasiones en las que se forma equipo y se proyecta la idea clara de llegar a Roma, pero suele pasar que el diálogo horizontal y el intercambio de saberes y experiencias, premisas o soportes del trabajo en equipo, se ven interrumpidos por el ego o los intereses propios.

Un ejemplo de esto se observa en algunos apartados de *Innovar la innovación* (Colorado, 2013), una cita pertinente para redondear este resumen de la película colombiana *Salud en los territorios* y sugerir una última orientación para el fortalecimiento del rol de los actores en el territorio:

La Lexis 22, editada en el año 1982, define la innovación como *la acción y efecto de innovar.// Novedad que se introduce en algo*. Una enunciación clara y breve, dirán quienes tienen una relación cercana con la investigación; muy obvia, opinarán, tal vez, los inexpertos al no percibir las cualidades y características de la innovación en dicha definición.

El término innovación, su definición, no se amplía ni profundiza en el Larousse ni en otros diccionarios o enciclopedias de la época, contrario a los días que hoy corren, principios de la segunda década del siglo XXI, cuando la innovación en el mundo, y particularmente en Colombia, es el apellido de cuanto plan, programa y acción se proponen implementar en las áreas de la economía, la salud, la educación y la política las instituciones públicas y privadas. Lo que no implica, sin embargo, que la definición de innovación se haya ampliado mucho:

Como *una oportunidad de negocio y desarrollo de capacidades* suelen entender las empresas la innovación. El Estado, por su parte, la concibe como *el escenario en el que los emprendedores se animan a impulsar hasta el límite sus ideas*; mientras la universidad la suele asumir como *una prueba para tratar de responder a las demandas del mercado*.

En suma, la definición continúa diciendo que la innovación es la novedad que se introduce en algo. ¿Pero qué piensa de ello la comunidad, el ciudadano de a pie? ¿El trío universidad-empresa-Estado les pregunta que entienden por innovación? De ser así: ¿toma en cuenta su opinión?

La necesidad hace parir gemelos, dijo alguna vez en una crónica sobre Cuba García Márquez aludiendo a la capacidad de invención, a la creatividad, a la innovación con que el pueblo cubano enfrentaba los primeros años del bloqueo: a falta de una solución, encontraban dos.

Como se ve, el ciudadano de a pie que tiene claro —pues la cotidianidad se lo recuerda todos los días— que innovación siempre ha habido: del caballo al carro, del Renault 4 al Renault 6, del bus al metro; está presente en el rebusque ambulante visible en parques, aceras y semáforos; salta a la vista, abunda en las esquinas. El ciudadano entiende que la innovación es hija de la necesidad y de la creatividad que hay que poner en práctica para sobrevivir en la vida. Por eso mira, no sin extrañeza, cuando empresa-universidad-Estado, citándose en congresos y reuniones de expertos, elevan actas, sentencias y programas, a veces pomposos y enredados, para desarrollar una actividad que para él es tan obvia, común y necesaria como respirar (Colorado, 2013).

Y sí, así suele suceder. Para llegar a la innovación (a Roma), el trío empresa-universidad-Estado, con muy buenas intenciones forma equipo de trabajo y traza una ruta para llegar a la meta de la innovación en muchos pueblos, ciudades, barrios y territorios colombianos. Y no contentos con llegar, proyectan que una vez el trío se va, esos pueblos, ciudades y barrios deben tener la capacidad de seguir innovando. Ahora, aunque algunas veces lo logran, no siempre llegan a Roma, a la meta que se trazaron. ¿Por qué razón?

Si bien la respuesta a dicha pregunta tiene varias posibilidades, la práctica, y la experiencia que de ella emana, señala un aspecto clave: Porque les cuesta —o no quieren— comprender que en el territorio, antes que un trío, como de serenatas, lo que se necesita conformar es un gran conjunto musical.

Por otra parte, como este es un asunto de corresponsabilidad ahí los territorios tienen un rol protagónico: por sus experiencias, deben no solo pregonar sino además encarnar la participación que enseñan a la comunidad. ¿Cómo? Por ejemplo, ayudando a la academia en la tarea que ella tiene pendiente: a pensarse a sí misma.

Para lograrlo es imprescindible que el territorio (sus múltiples actores/habitantes/instituciones) se convenza de los conocimientos que ha adquirido en la vida, a través del estudio y la práctica, y proponga una relación más horizontal con los saberes académicos, pues no es un trío, como los de guitarra (universidad, empresa, Estado) lo que hay que conformar para componer (pensar) y cantar (actuar) en los territorios, sino un conjunto, una gran orquesta, como las de salsa vieja, para actuar y llenar de buena música el territorio. Una gran orquesta en la que universidad-territorio-empresa-Estado hagan las veces de vocalistas, trompetistas, trombonistas, pianistas, flautistas, etc.

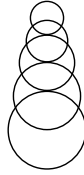
Comenzar, pues, a soñar y crear un nuevo final para la película colombiana *Salud en los territorios* no solo es posible, sino además necesario. ¿Por dónde empezar? Por el trabajo en equipo (diálogo horizontal, investigación, intercambio de saberes, intersectorialidad, información, formación, son algunas de sus premisas).

Si el diálogo horizontal y el intercambio de saberes y experiencias, son premisas o soportes del trabajo en equipo, no solo al trío empresa-universidad-Estado le compete terminar de convencerse de las fortalezas humanas e intelectuales de los territorios para sumarlo al trío como un par, como otro igual, y formar un conjunto musical.

Sin embargo, a lo territorios les compete comprender que el conocimiento y el saber no solo está en manos de la universidad y los doctores que vienen de la ciudad a decir qué y cómo se deben hacer las cosas. El campesino, la ama de casa, el líder social, el loco del pueblo, los jóvenes, los estudiantes, los adolescentes y los comerciantes tienen un saber que hay que oír e integrar a las ideas, decisiones y acciones que se elaboren y tomen para gestionar el territorio (para llegar a Roma). Por esta vía la semilla de la capacidad instalada que se siembra en los territorios, florecerá más pronto.

6. Referentes bibliográficos

1. Colorado, Andrés. (6/06/2013) Innovar la innovación. Sociología de polaroid. Recuperado de: <http://sociologiadepolaroid.blogspot.com.co/search?q=innovar+la+innovaci%C3%B3n>.
2. Franco, A. (2011). *Atención primaria en salud. ¿De regreso al pasado?* *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30 (1), 83-94.
3. Revista Arcadia. (5 de enero de 2017). *El consumo de cine en Colombia, en niveles históricos*. Revista Arcadia. Recuperado de: <http://www.revistaarcadia.com/cine/articulo/cine-en-colombia-cifras-resumen/61415>.
4. Universidad de Antioquia. (2014). Proyecto para el fortalecimiento de capacidades locales para la implementación de la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan de la región Suroeste de Antioquia 2015-2016. Medellín.



La relación universidad y municipios: visiones, acciones y decisiones para el desarrollo local

José Fernando Elorza Saldarriaga⁸.

El siguiente texto es una visión personal y crítica constructiva de la experiencia obtenida desde la administración del proyecto de Atención Primaria en Salud APS Suroeste, tanto en su etapa de diseño como en su fase de ejecución. El documento comparte un análisis que a partir del estudio de caso pretende servir de apoyo a la formulación e implementación de futuros proyectos, tanto universitarios como de desarrollo institucional en los entornos municipales

1. Motivación inicial

Los términos de referencia de la convocatoria 2014 del Banco Universitario de Programas y Proyectos de Extensión – BUPPE, de la Vicerrectoría de Extensión de la Universidad de Antioquia buscaban, entre algunas otras metas, lograr que las unidades académicas trabajaran articuladas para la solución de un problema específico. Es por esto que las unidades del área de la salud trabajarían juntas por el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud – APS en los municipios del Suroeste de Antioquia, todas con experiencias distintas pero con un mismo objetivo.

8 Administrador en Salud, énfasis en servicios de salud de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Administrador del proyecto BUPPE «Fortalecimiento de capacidades locales para la implementación de la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río san Juan de la región del Suroeste de Antioquia 2015-2016» Universidad de Antioquia.

A medida que se realizaba la presentación de la convocatoria tanto a las unidades académicas como a los actores municipales e institucionales, fueron llegando diferentes personas que aportaron en la construcción bajo la metodología del marco lógico (Gómez et al., 2013) pues aunque el proyecto nació a través de una convocatoria, su diseño fue concertado con los diferentes actores partiendo de las necesidades que tenían para el desarrollo de la estrategia de APS. Gracias a ese consenso se llegó a la identificación de una problemática común: *los actores locales presentaban debilidad para la gestión integral, integrada y continua de la estrategia APS.*

Una vez identificado el problema se concretó una ruta de trabajo a partir de cinco objetivos específicos, que determinaron las formas de intervención con los actores locales:

- a. Fortalecer la capacidad de rectoría de las autoridades locales para un adecuado desarrollo de la gobernanza y de la intersectorialidad.
- b. Fortalecer los procesos y dinámicas de participación social y comunitaria.
- c. Potenciar las capacidades y los procesos de gestión del talento humano en salud.
- d. Reorientar los servicios de salud municipales, aumentando su capacidad resolutoria, la calidad, pertinencia y eficiencia en las respuestas a las necesidades locales en salud.
- e. Fortalecer los procesos de gestión de la información, de monitoreo y evaluación (Universidad de Antioquia, 2014).

De esta manera surgió lo que hoy se denomina el proyecto «Fortalecimiento de las capacidades locales para la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, en los municipios de la cuenca del río San Juan de la región del Suroeste de Antioquia».

Era difícil no contagiarse de la visión, energía, optimismo y experiencias de los profesores y actores municipales e institucionales en pro de la salud municipal, a medida que se diseñaba el proyecto. Fue motivante la participación de cinco unidades académicas (Enfermería, Odontología, Nutrición y Dietética, Ciencias Farmacéuticas y Alimentarias y Salud Pública)⁹, cinco municipios con sus respectivas Empresas Sociales del Estado – E.S.E (Andes, Betania, Ciudad Bolívar, Hispania y Jardín) y tres instituciones del orden departamental (Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la EPS Savia Salud y la Asociación de Empresas Sociales del Estado – AESA)¹⁰, todos con el propósito de lograr que la estrategia APS tuviera el impacto deseado en la salud de la subregión.

9 En el segundo año de ejecución del proyecto se sumaron las facultades de Medicina y Comunicación.

10 En el segundo año de ejecución se integró al proyecto el Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA.

Gracias al trabajo articulado, que partió de las necesidades locales, y al esfuerzo y dedicación que se vio reflejado en la propuesta, los jurados escogieron el proyecto para ser cofinanciado y ejecutado durante los años 2015 y 2016. Con la aprobación de la propuesta comenzó el verdadero reto para los diferentes actores: trabajar conjuntamente por el fortalecimiento de la estrategia APS en la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño.

2. La universidad como agente de cambio

Hablar de la Universidad de Antioquia como agente de cambio no es nada nuevo, sus funciones misionales de docencia, investigación y extensión, así lo demuestran. Por un lado, la docencia permite formar a los estudiantes en diferentes campos disciplinarios y profesionales con miras a la transformación de la realidad en bien de la comunidad. Por otro lado está la investigación, «que tiene como finalidad la generación y comprobación de conocimientos, orientados al desarrollo de la ciencia, de los saberes y de la técnica, y la producción y adaptación de tecnología, para la búsqueda de soluciones a los problemas de la región y del país; por último está la extensión como la relación permanente y en doble vía de la universidad con la sociedad» (Universidad de Antioquia, 2015). Es precisamente la extensión aquella función misional que impulsa, mediante programas y proyectos, la transferencia para la apropiación social del conocimiento, con miras a contribuir con la promoción del desarrollo regional y mejorar la calidad de vida de la población.

Sin embargo, la misión social de la extensión universitaria está cada vez más en riesgo: el modelo económico del país ha llevado a que muchos sectores renuncien al quehacer definido en su misión para dedicarse actividades que garanticen su sostenibilidad. Un ejemplo de ello se observa en la crisis que afrontan las universidades públicas, como lo describe el rector de la Universidad de Antioquia Mauricio Alviar.

En una entrevista concedida al periódico El Espectador, el 19 de diciembre de 2016, Alviar plantea que la educación pública cada día es más inviable. Por ello, es muy probable que en su afán de conseguir recursos económicos que ayuden a solventar los costos de sostenimiento, se vea a la extensión universitaria como un agente para la operación de proyectos en diferentes municipios y departamentos. Esta situación ha generado que extensión se convierta en una agencia de empleo con un inmenso ejército de contratistas a su cargo, en su gran mayoría recién egresados de los diferentes pregrados, (esto aspecto no es negativo, por el contrario, es una gran oportunidad laboral), que por los afanes y ritmos desenfrenados de la política, de la universidad y la realidad social de los municipios, se convierten en profesionales con una orientación más técnica y operativa, relegando su capacidad de análisis, planeación y gestión.

En consecuencia, se redunda en la ejecución de actividades que no permiten la transmisión de conocimiento a los actores municipales, impidiendo que se deje *capacidad instalada*, entendida esta como la capacidad que adquieren los actores municipales para encarar o responder a las necesidades locales una vez se retira un proyecto.

Precisamente ese es uno de los principales retos que enfrenta la academia en los proyectos de intervención social, cómo potenciar las habilidades, conocimientos y posibilidades de gestión y articulación de los actores sociales para que estos puedan dar continuidad al trabajo comunitario, independiente de la presencia institucional desde una visión que privilegie cuestiones prácticas y no solo teóricas.

La academia se volvió experta en llegar a las poblaciones a decirles qué y cómo deben hacer las cosas: cómo debe ser la gestión, cómo se debe comportar la comunidad, cómo debe apoyar el alcalde la salud pública municipal y cómo deben trabajar las múltiples instituciones para la solución de un problema específico, pero todo esto mediante contenido teórico, (apoyado en las leyes, en lo que nombran los libros o en lo propuesto por algún experto internacional), pero pocas veces se les brindan a los municipios herramientas pertinentes, según sus necesidades y capacidades, para que ellos mismos puedan resolver sus problemas.

La universidad es especialmente transmisionista (Mejía, 2011) y pocas veces retoma el conocimiento de actores locales como secretarios de salud, gerentes de hospitales o líderes comunitarios que aventajan a la academia en cuestiones prácticas, pues han venido perfeccionando desde hace muchos años su quehacer en el territorio.

3. Estrategias para el cambio

El proyecto BUPPE APS Suroeste intentó salirse de estos esquemas, apostando por un trabajo interdisciplinario (Jar, Ana M, 2010) entre diferentes unidades académicas, municipios e instituciones que participaron en su diseño y ejecución, lo que permitió formular un proyecto que partía de las necesidades propias de la región.

Se definieron entonces una serie de estrategias para trabajar con los municipios. Una de ellas fue la realización de encuentros mensuales en un municipio anfitrión, que tenían como finalidad reunir las diferentes unidades académicas y los actores institucionales participantes en el proyecto para trabajar un tema particular que ayudara al desarrollo de los objetivos específicos planteados.

Esto permitió un diálogo permanente y la generación de alternativas para abordar y solucionar problemas que impedían el desarrollo y continuidad de la estrategia APS. Como resultado de estos encuentros se reconoció por ejemplo la necesidad de garantizar la financiación de la estrategia con recursos propios de los municipios, pues en la

mayoría de los casos la APS depende de los recursos que llegan de la Gobernación de Antioquia, por lo general en los últimos meses del año.

Otra de las estrategias implementadas fue la de los padrinos, que consistía en que cada unidad académica apadrinara un municipio para acompañarlo en los talleres y actividades desarrollados en el proyecto.

Un aspecto clave en el desarrollo del proyecto fue la conformación de un equipo técnico multidisciplinario que permitió el desarrollo de forma precisa de varios de los objetivos. El equipo estuvo integrado por un sociólogo, quien trabajó en el fortalecimiento de los procesos y dinámicas de participación social y comunitaria con líderes comunitarios de los cinco municipios; un comunicador encargado de la estrategia de comunicaciones para el posicionamiento y movilización social en torno a la estrategia de APS; un administrador en salud encargado de la parte logística y administrativa; y por último el coordinador, un docente encargado de orientar las acciones para desarrollar los cinco objetivos y los 12 productos propuestos.

La evidencia de las debilidades en el trabajo intersectorial e interdisciplinario en la gestión municipal de la salud, que incide en el bajo impacto de las acciones institucionales, impulsó a que el proyecto pensara en las prácticas académicas interdisciplinarias como metodología para apoyar la gestión municipal de la salud. El objetivo era desarrollar prácticas académicas integradas entre diferentes unidades académicas y articuladas a desafíos de la gestión territorial de la salud, con un doble propósito: aportar a la formación integral de los estudiantes y aumentar las capacidades en los actores locales para la gestión municipal. Para esto se realizó una consulta a las unidades académicas sobre objetivos y condiciones de las prácticas, se identificaron necesidades de los actores municipales, se concertaron objetivos de formación y se conformaron equipos de practicantes según disponibilidad de estudiantes y recursos locales.

De este modo, se desarrollaron 20 prácticas académicas con los programas de Gerencia de Sistemas de Información en Salud GESIS, Administración en Salud con sus dos énfasis: Gestión de Servicios de Salud y Sanitaria y Ambiental, Enfermería, Comunicación Social Periodismo y las Tecnologías en Alimentos y Regencia de Farmacia. Se promovió además el diseño y desarrollo de trabajos de grado articulados a este contexto, lo que logró un ambiente de trabajo interdisciplinario, amplió el alcance de los productos académicos y estimuló la investigación, que aportó a la toma de decisiones (Elorza, 2017).

Un ejemplo de esto fueron las prácticas desarrolladas en la Secretaría de Salud en el municipio de Ciudad Bolívar y en la E.S.E Hospital Gabriel Peláez Montoya del municipio de Jardín, durante el segundo semestre de 2015, por los programas de GESIS y Administración en Salud con sus dos énfasis, que trabajaron en la consolidación y producción de un Análisis de Situación en Salud – ASIS. El trabajo fue bien valorado

por los diferentes actores municipales y se convirtió en una importante herramienta para la toma de decisiones.

Los pactos intersectoriales¹¹ fue uno de los productos que tuvo un gran impacto en la ejecución del proyecto. Es una herramienta donde se abordan diversos problemas sociales, a través de la acción conjunta de diferentes actores políticos, institucionales y comunitarios, para lograr mejores resultados que los alcanzados de forma independiente (Universidad de Antioquia, 2016). En el caso particular de los cinco municipios, se promovió una serie de encuentros y ejercicios de diálogo acompañados por el proyecto, donde se priorizó la salud mental en el tema de consumo de sustancias psicoactivas como problemática.

El objetivo del proyecto era lograr, que una vez consolidados los pactos, estos se dinamizaran a través de la sala situacional, una metodología que permite con diferentes actores del territorio, la discusión y el análisis de una serie de problemáticas en un espacio físico o virtual, con el fin de promover la toma de decisiones efectivas para la solución de un tema priorizado (Universidad de Antioquia, 2016).

Este producto se convirtió en un gran reto para el proyecto por las dificultades del trabajo intersectorial en los municipios. En el caso de Ciudad Bolívar por su avance en el pacto, se logró reunir a diferentes actores con capacidad para la toma de decisiones, incluyendo el alcalde, lo cual permitió una discusión de las estrategias para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas¹². Este hecho mostró a los diferentes actores e instituciones, que el trabajo intersectorial en pos de la solución de una problemática común, es cada vez más necesario. Por ello, este piloto se convirtió en un referente para los demás municipios, mostrando como el desarrollo de los pactos se puede abordar desde la metodología de sala situacional.

Todas estas estrategias, logros y alcances fueron posibles gracias a la aplicación de un modelo gestión territorial de la salud propuesto por el profesor Gabriel Otálvaro, coordinador del proyecto, y liderado por el equipo técnico, que consiste en darle a los actores las herramientas para que ellos mismos puedan realizar mejores procesos de planeación y trabajo intersectorial. El modelo consta de cinco procesos que parten de una visión compartida (construcción de acuerdos básicos con los diferentes actores clave institucionales y municipales); identificación y comprensión de las necesidades sociales; organización de respuestas en salud individuales, familiares y colectivas; ges-

11 En este libro se encuentra disponible el capítulo: «La acción intersectorial por la salud: una vía para la incidencia en los procesos sociales determinantes de la salud» que permite profundizar en el tema de la intersectorialidad.

12 En este libro se encuentra disponible el capítulo: «Sala situacional en salud una metodología para la toma de decisiones, Ciudad Bolívar Antioquia, 2016» que muestra el proceso de preparación y desarrollo de la sala situacional en el municipio de Ciudad Bolívar.

tión intersectorial y comunitaria de respuesta para incidir en los determinantes sociales de la salud; y por último un monitoreo, evaluación y retroalimentación permanente de los pasos anteriores¹³.

4. Estrategias para el cambio: logros vs dificultades

A pesar de los logros que tuvo el proyecto en su etapa de ejecución, también se presentaron dificultades que impidieron avanzar más en los objetivos propuestos. Una de estas cuestiones se dio con los problemas para la consolidación del trabajo interdisciplinario pues algunas unidades académicas mostraron cierta apatía y desinterés, que se vio reflejado en los pocos logros obtenidos en la potenciación de temas como investigaciones, trabajos de grado, prácticas académicas, entre otros.

La asignación de un docente con pocas horas de trabajo específico, solo permitió la participación en los encuentros mensuales municipales y en las reuniones de planeación, impidiendo un verdadero trabajo interdisciplinario y desaprovechando grandes oportunidades para movilizar la docencia, la investigación y la extensión de sus unidades a los municipios. Asumir que los encuentros mensuales eran una alternativa para trabajar de forma interdisciplinaria con las unidades académicas, instituciones y municipios, no presentó los resultados esperados. Las horas asignadas para cada uno de los docentes, en el mejor de los casos no superó las 741 horas durante los dos años de ejecución del proyecto; esta asignación horaria representó un promedio de 31 horas mensuales de trabajo, invertidas en los encuentros municipales (reuniones preparatorias y realización de los encuentros).

Esta condición impidió que estrategias como el apadrinamiento a los municipios tuviera los logros deseados, pues obstaculizó que los docentes pudieran vincularse más con temas y objetivos específicos como el fortalecimiento de la gestión del talento humano en salud, la reorientación de los servicios, entre otros.

Dadas estas circunstancias durante el último semestre de ejecución, tanto el equipo técnico del proyecto como sus practicantes, realizaron visitas mensuales de asesoría y acompañamiento a cada uno de los municipios para trabajar temas y productos que se tenían planteados resolver con la estrategia de apadrinamiento, como el asunto de los pactos intersectoriales. En las visitas se aprovechó además para adelantar el modelo de gestión territorial de la salud, las salas situacionales y los ejercicios de planeación de las acciones de APS 2017-2019, con los recursos que llegan de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, acciones que generaron gran adherencia y aceptación de los actores municipales hacia el proyecto.

13 La presentación de apoyo se pueden consultar en: <https://apsuroeste.wordpress.com/>, <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/apsuroeste>.

Con el desarrollo de este trabajo de campo se confirmó la importancia de establecer un vínculo cercano con los actores sociales municipales, más allá de los encuentros mensuales previstos inicialmente, para proponer herramientas claras y dejar capacidad instalada en la subregión.

Otras de las dificultades presentadas se relacionó con las prácticas académicas pues no fue posible que coincidieran los calendarios de los diferentes programas (a pesar de que ya se había llegado a los acuerdos respectivos en los temas que iban a abordar los practicantes de manera interdisciplinaria), ni garantizar los apoyos económicos para los estudiantes. Solo dos municipios estaban en la capacidad económica de solventar dichas prácticas con el pago directo a los estudiantes, mientras que un hospital brindó la alimentación, el hospedaje y un auxilio económico de movilidad. Esto llevó a que el Centro de Extensión de la Facultad de Salud Pública, para no perder la oportunidad, adicionara recursos con el fin de apoyar las prácticas de tres programas de pregrado. Pero este no fue el caso de los estudiantes de las Facultades de Enfermería y Ciencias Farmacéuticas y Alimentarias, que tuvieron que realizar sus prácticas sin ningún tipo de auxilio económico.

Lo anterior es una pequeña muestra de la oportunidad que pocas unidades académicas aprovecharon. La Facultad de Salud Pública, por ejemplo, activó sus áreas de docencia, investigación y extensión logrando la realización de 14 prácticas académicas de los tres programas de pregrado¹⁴ y ocho proyectos de investigación (cuatro de pregrado¹⁵, dos de maestría¹⁶, uno de doctorado¹⁷ y un trabajo financiado por el Comité para

-
- 14 Gerencia en Sistemas de Información en Salud – GESIS, Administración en Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud y Administración en Salud con énfasis en Gestión Sanitaria y Ambiental.
 - 15 *Caracterización de las condiciones de vida y salud en la población participante de la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño, 2014-2015* (Vanessa Vásquez); *Desigualdades en las condiciones de trabajo y en el modo de vida de trabajadores informales del municipio de Ciudad Bolívar-Antioquia* (Dorian Ignacio Ospina Galeano). *Nivel de clima de seguridad del paciente en la E.S.E Hospital La Merced 2016* (Ana Cristina Ortiz Vásquez, Nora Alejandra Lora Mejía, Johana Botero Álvarez). *Agrotóxicos: Exposición, prácticas y acciones organizadas de prevención prenatal en gestantes de familias agricultoras en municipios del Suroeste antioqueño 2015-2016* (Mariana Arango Cadavid, Melany Parra Ruiz, Jor Franklin Maturana Cuesta).
 - 16 *Sistematización de la experiencia de participación hacia la reorientación de servicios de salud bajo los principios de la APS en cinco municipios de la región suroeste de Antioquia* (Geicy Derly Sepúlveda Vergara); *La comunicación pedagógica en la estrategia de Atención Primaria en Salud en el municipio de Andes Suroeste antioqueño* (Johnny Gómez Granada).
 - 17 *Exposición a agrotóxicos durante la gestación y la etapa posnatal temprana y su relación con el neurodesarrollo de lactantes hijos de mujeres habitantes de municipios del Suroeste antioqueño con sistemas productivos agrocaficultores* (Mónica Soto).

el Desarrollo de la Investigación – CODI¹⁸), todos proyectos investigativos orientados a potenciar la subregión a través de la gestión social del conocimiento. Entre estos trabajos se destacó la investigación *Desigualdades en las condiciones de trabajo y en el modo de vida de trabajadores informales del municipio de Ciudad Bolívar-Antioquia*, del estudiante Dorian Ospina, quien obtuvo el premio a la investigación Universidad de Antioquia.

Cabe resaltar también el gran esfuerzo realizado por la profesora Nairobi Cárdenas y su estudiante de Enfermería para sacar adelante una práctica académica en la E.SE Hospital Gabriel Peláez Montoya del municipio de Jardín, que logró articularse con la práctica de la estudiante de GESIS en esa misma institución.

Después de analizar lo anterior surgen varios interrogantes: ¿Qué le aportó el proyecto a las diferentes unidades académicas participantes? ¿Cuál fue el aporte de estas para dejar capacidad instalada en los municipios? ¿Se actúa como universidad o como operadores de proyectos? ¿Si no era un diálogo de saberes y una generación social del conocimiento, que más se esperaba? Estas preguntas pueden tener un sin número de respuestas y aún más, miles de excusas, pero promueven la discusión sobre cómo superar el reto como universidad de trabajar interdisciplinariamente con el fin dejar una verdadera capacidad instalada.

5. La voluntad institucional y política, un gran reto para la APS

Desarrollar proyectos con los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño es y será siempre gratificante. La gentileza de sus habitantes, su clima y la cultura cafetera, acompañado de la capacidad de trabajo de sus líderes y actores municipales hacen que muchos quieran trabajar allí. Además porque es una subregión que presenta grandes retos en salud pública debido a las dinámicas de la región, a la escasez de recursos propios en los municipios, sumado a la crisis del sistema de salud que hace que sus acciones estén condicionados a los dineros provenientes de la Nación o del departamento.

5.1 Voluntades institucionales

Cuando llega la universidad a las regiones a ejecutar un proyecto, son muchas las expectativas que se generan. Algunos actores institucionales ven en la universidad la

18 *El lugar de la APS en las agendas políticas de los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño* (Daniel Felipe Patiño Lugo y Gabriel Jaime Otálvaro).

posibilidad de resolver sus problemas o de realizar cursos para actualizar sus hojas de vida. Otros, por el contrario, piensan que los proyectos llegan a entorpecer sus labores diarias asignándoles nuevas responsabilidades y pocos ven realmente la oportunidad, entre muchas otras, de fortalecer sus capacidades para la gestión de la salud a través de la estrategia de APS.

Al llegar a los municipios para el diseño y el primer año de ejecución se encontraron realidades muy complejas: municipios donde se contó con todo el apoyo de los alcaldes que vieron en la APS una gran oportunidad para impactar positivamente en los indicadores sociales y de salud, y que además aportaron recursos económicos al proyecto. Por el contrario, hubo casos en los que el gerente del hospital vio a la universidad como una amenaza, a pesar de ser un convencido de la estrategia, y que solo permitió realizar actividades con el personal del hospital hasta casi un año después de iniciado el proyecto.

Otra realidad era la rivalidad que se generaba por la defensa de intereses particulares entre los secretarios o directores locales de salud con los gerentes de las E.S.E, hecho que impidió el avance de algunas de las acciones y las actividades tanto del proyecto como de salud pública en algunos municipios.

Que los actores municipales vieran la APS como una estrategia transversal a la gestión de la salud municipal, fue otra problemática común que encontró el proyecto durante su etapa de diseño. En consecuencia, los municipios no destinaban recursos propios que garantizaran la continuidad de las acciones APS, dependiendo exclusivamente de los dineros provenientes de la Nación o el departamento. Sin embargo, se identificó que los municipios que garantizaban con recursos propios las actividades de la estrategia, casi desde los primeros días del año, tenían mayores logros e impactos en los indicadores de salud pública.

5.2 Voluntades políticas

Socializar las intenciones del proyecto y posicionar la estrategia APS fue uno de los retos asumidos en el primer año de ejecución. Mediante encuentros mensuales en cada uno de los cinco municipios, se propició un diálogo permanente con los candidatos a las alcaldías y concejos, con el objetivo de que la estrategia fuera incluida de manera textual en los planes de desarrollo para garantizar recursos propios que permitieran su continuidad durante todo el año, y así lograr un mayor impacto en la salud y la calidad de vida de los habitantes.

Pero este no era el único reto. La llegada de las nuevas administraciones locales, generó cambios que en muchos casos ahondó más el problema de continuidad de la estrategia; la realidad cambió de orilla, mientras era positiva la llegada de los nuevos secretarios de salud, en su mayoría egresados de la universidad, se presentaron cambios de los gerentes de los hospitales. Aunque en algunos casos llegó gente nueva y muy comprometida, en otros la salida de los gerentes significó la pérdida de liderazgos valiosos que comprendían la APS como una estrategia transformadora y no como un programa de salud pública. En este sentido, avances en APS que representaron gran inversión y sacrificio, fueron interrumpidos generando un detrimento patrimonial de miles de millones de pesos pues varios municipios iniciaron su trabajo de cero, descartando el trabajo iniciado.

Otra problemática identificada con el cambio de administración se relacionó con los pocos integrantes de los equipos técnicos de apoyo con los que contaban los secretarios, que en muchos casos solo disponían de una persona para atender las tareas diarias. Este aspecto podría incidir a futuro en el perfil de las tareas realizadas por los secretarios, sobrecargados con labores técnicas y operativas sin tiempo para analizar su realidad local, desarrollar trabajo de planeación, gestión, monitoreo y evaluación de las acciones y actividades en salud. Era muy frecuente la ausencia de muchos de ellos en las actividades del proyecto, por no tener personal que los reemplazara para asistir a los encuentros.

Esto generó que muchos secretarios no vieran las oportunidades para fortalecer sus capacidades de planeación y gestión y aprovechar la oferta interinstitucional que llegaba con el proyecto. Se podría pensar inicialmente que eran precisamente estos actores los que verían en el proyecto una oportunidad para llenar el vacío de los equipos de apoyo de los que carecían, pero la realidad es que fueron pocos los actores que lograron aprovechar esa oferta. No identificaron la posibilidad de realizar investigaciones que lograran una gestión social del conocimiento, prácticas académicas interdisciplinarias orientadas a solucionar problemas o replantear acciones, a pesar de la baja inversión económica que suponía, comparado con el pago de un profesional graduado.

Sin embargo, otro aspectos que sí supieron aprovechar muchos actores tiene que ver con la apropiación del modelo de gestión territorial de la salud, hecho que conllevó al desarrollo de los pactos intersectoriales en algunos municipios y al desarrollo de la primer ejercicio de sala situacional en el municipio de Ciudad Bolívar.

Después de analizar lo anterior quedan varios interrogantes: ¿Qué esperan los actores municipales de los proyectos de extensión universitaria? ¿Cómo entienden realmente el reto de la gestión?

5.3 Voluntad universitaria: nuevos retos

El proyecto y la universidad en estos dos años de ejecución, a pesar de las dificultades que se presentaron, logró posicionarse y ganar credibilidad, gracias al esfuerzo y dedicación de los que participaron. Esto genera una sensación de querer seguir trabajando para lograr mayores resultados, entendiendo que en dos años de trabajo solo se logra sensibilizar a los actores porque los cambios muy probablemente se verán en el mediano o largo plazo. Pero este es un trabajo que se tiene que volver constante para lograr cambios efectivos, dejar a media marcha un trabajo como este, significa perder lo ganado con tanto esfuerzo.

Ahora el reto es mucho mayor. La universidad debe lograr que las unidades académicas puedan trabajar interdisciplinariamente, más allá de encuentros mensuales o de simples asesorías a los municipios. La responsabilidad actual es la de activar su capacidad interna de docencia, investigación y extensión, focalizar esfuerzos y recursos disponibles, para trasladar los conocimientos que puedan incidir de manera más efectiva en las problemáticas de salud de la región. Esto no se puede lograr con un docente con pocas o muchas horas de dedicación semanal, es preciso activar todas las áreas necesarias para tal fin, teniendo en cuenta que los logros de este tipo de proyectos no son las comisiones o ganancias económicas, sino la gestión social del conocimiento que se genera con las investigaciones, las prácticas y demás, del que no solo se benefician los municipios, sino también los estudiantes, docentes y contratistas que participan.

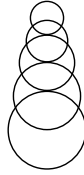
Para los municipios el reto está en aprovechar al máximo la gran movilización de recursos que vienen con esta clase de proyectos. No se trata solo de cuestiones económicas, sino de aprovechar los recursos que llegan con las diferentes unidades académicas e instituciones, que pueden aportar de manera efectiva en la solución de diferentes problemáticas que aquejan a la subregión, especialmente en el sistema de salud.

Pero no solo es cuestión de aprovechar, es cuestión también de viabilizar recursos para darle continuidad en el tiempo, entendiendo que esta clase de proyectos necesitan dinero y la responsabilidad, el compromiso y la participación de todos los actores municipales e institucionales, asistiendo a los encuentros, participando y liderando acciones para la región y sus municipios.

La tarea no es sencilla para ninguno, pero es posible lograrlo y más aún cuando ya se ha avanzado en muchos aspectos.

6. Referentes bibliográficos

1. Correa, P. (19 de diciembre de 2016). “Vamos a ser inviábiles o a reducirnos”: rector de la U. de Antioquia. *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/vivir/vamos-ser-inviabiles-o-reducirnos-articulo-671192>.
2. Elorza, J. (2017). Jornadas de Investigación y Extensión 2016. Prácticas académicas e interdisciplinariedad. Un aporte de la universidad a la gestión territorial de la salud en los municipios participantes del proyecto BUPPE APS Suroeste. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(1), 146-147. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/326800/20784085>.
3. Gómez, R. L. (2013). *Manual de Gestión de proyectos en salud pública* (Segunda ed.). Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
4. Jar, Ana M. (2010). Trabajo interdisciplinario e interinstitucional: ser o no ser. *Revista argentina de microbiología*, 42(1), 1-3. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-75412010000100001&lng=es&tlng=es.
5. Mejía, M. (2011). *Educaciones y pedagogías críticas desde el Sur. Cartografías de la educación popular*. Lima, Perú: Consejo de Educación de Adultos de América Latina (CEAAL).
6. Universidad de Antioquia. *Proyecto para el fortalecimiento de capacidades locales para la implementación de la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan de la región Suroeste de Antioquia 2015-2016*. Medellín, 2014.
7. Universidad de Antioquia. (2015). Funciones Misionales. Recuperado de <http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/institucional/quienes-somos/contenido/asmenulateral/funciones-misionales/>.
8. Universidad de Antioquia. (2016). Orientaciones para la definición de una ruta metodológica para el desarrollo de un pacto intersectorial por la salud a nivel municipal. Recuperado de <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/apssuroeste/images/aps/pacto.pdf>.
9. Universidad de Antioquia. (2016). Primera sala situacional Ciudad Bolívar, Antioquia 2016. Recuperado de <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/apssuroeste/images/aps/sala/orimeto.pdf>.



La acción intersectorial por la salud: una vía para la incidencia en los procesos sociales determinantes de la salud

Gabriel Jaime Otálvaro C¹⁹, Angélica López²⁰.

La intersectorialidad en la gestión de la salud. Breve introducción

La gestión municipal de la salud se enfrenta de manera cotidiana y permanente al desafío de actuar sobre múltiples problemas sociales de gran complejidad, que demandan una acción que trasciende las fronteras del sector salud. Problemas que requieren la articulación, cooperación y coordinación con otros actores del desarrollo, tanto públicos como privados, y de la acción concertada con las propias comunidades involucradas en los asuntos que se enfrentan.

Si bien tanto los actores que participan en la gestión de la salud, como los responsables de liderar las políticas sociales, reconocen la importancia del trabajo intersectorial y de la cooperación interinstitucional para enfrentar los problemas de los territorios y mejorar los resultados en salud pública, precisamente es el desarrollo de respuestas

19 Profesor Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. PhD(c) en Salud Colectiva. Coordinador del proyecto BUPPE APS Suroeste.

20 Estudiante de Administración en Salud, énfasis en servicios de salud de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Realizó las prácticas académicas en el marco del proyecto BUPPE APS Suroeste, durante el segundo semestre de 2016.

intersectoriales una de las debilidades que predomina en la gestión territorial de la salud en el departamento y el país.

La intersectorialidad como concepto de la gestión de las políticas sociales data de la segunda mitad del siglo XX. La crisis económica de fin de siglo reposiciona este concepto en la agenda de la salud internacional, dada la preocupación por el crecimiento de las desigualdades sociales y de los limitados resultados de las políticas de lucha contra la pobreza, lo que expuso las dificultades de una planificación del desarrollo dispersa y desarticulada por una visión sectorial de la acción social del Estado (Castro, 1990).

En Colombia, con el proceso de reforma de la Constitución Política de 1991, se señaló la deficiente capacidad de gestión, producto de la organización sectorial del Estado (Jolly, 2005). A partir de este momento, se dio la posibilidad de pensar una gestión territorial de lo social para la búsqueda de formas de organización horizontales de administración y gestión de los asuntos públicos. En el ámbito de la salud, desde la misma institucionalización de la APS con la declaración de *Alma Ata* (Organización Mundial de la Salud, 1978) se reconoce que conseguir un alto nivel de salud y materializarla como derecho humano fundamental, requiere de la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.

La intersectorialidad hace referencia a un modo de construcción de interacciones en el marco de las relaciones Estado-Sociedad. Se puede entender por oposición al concepto de sectorialidad, que remite a las lógicas de acción institucional que distinguen un tipo de actor y de actividades (como el sector público, el sector mercantil, el sector privado no mercantil) o de conocimientos especializados en la organización funcional del aparato gubernamental, dispuestos para actuar con criterio de especialización en la división del trabajo como sector educación, sector salud, sector trabajo, sector vivienda, sector agricultura, etc. (Castro, 1990; Cunill, 2014b). Así, la intersectorialidad hace referencia a las relaciones entre los diversos sectores gubernamentales y diferentes modalidades de asociación entre sectores públicos y privados (Cunill, 2014b).

En Colombia, mediante la Ley 1438 de 2011 que recién abrió las puertas a la estrategia de APS en el sistema de salud creado desde el año 1993, se define la intersectorialidad como la acción conjunta y coordinada de diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población (República de Colombia, 2011).

Una apuesta por una APS integral se caracteriza porque se gestiona en el marco de una decidida vocación por la intersectorialidad, para actuar sobre las causas de los problemas de salud de los diversos grupos humanos que habitan los territorios municipales. De esta manera, se busca superar las perspectivas más asistenciales que se han arraigado producto de un pensamiento biomédico y mercantilizado de la salud, y que

han resultado poco efectivas para superar las problemáticas vividas por las personas y grupos humanos del territorio.

En el marco del proyecto BUPPE «Fortalecimiento de capacidades locales para la implementación integral, participativa y continua de la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño», se identificaron debilidades relacionadas con barreras de orden estructural y organizacional que limitan una adecuada conducción del sistema local de salud. Barreras relacionadas con la predominancia de una perspectiva asistencial biomédica para organizar la gestión territorial de la salud y la ausencia de modelos de gestión-atención e integración en redes de servicios, la baja resolutivez de los servicios, fragmentación de las acciones, discontinuidad en programas y estrategias, y desarticulación de las instituciones, entre otras (Otálvaro-Castro, 2017; Universidad de Antioquia, 2014).

Dadas las condiciones predominantes bajo las cuales se gestiona la salud en los municipios, la ampliación de las capacidades locales para una mejor gestión municipal de la salud, pasa por construir y viabilizar escenarios de aprendizaje colectivo. Se trata de promover un pensamiento estratégico, que motive y desencadene procesos de reconocimiento, diálogo y construcción creativa de los actores locales comprometidos con la garantía de los derechos humanos integrales y la calidad de vida de la población. Este podría ser un escenario para que la universidad ejerza un papel protagónico, en el acompañamiento, motivación y monitoreo de este tipo de escenarios y propuestas²¹.

El presente texto recoge algunas reflexiones derivadas de la experiencia de implementación del proyecto BUPPE APS Suroeste, que se complementan con los hallazgos de una revisión temática de literatura, que se ofrece como un aporte para pensar la intersectorialidad, uno de los elementos más nombrados en la gestión de la salud pública, pero que en la práctica denota los alcances y resultados más pobres.

En la revisión de literatura se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Ebsco, SciELO, ScienceDirect, y el repositorio digital de la OPS. Se utilizaron las palabras clave intersectorialidad y salud. Se revisaron artículos de revista, libros, declaraciones mundiales. Se identificaron 34 elementos de consulta: 22 artículos de revistas, nueve documentos conceptuales, dos declaraciones mundiales y una ley. Se incluyeron textos de ocho países: Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, España y México.

Para el análisis de los textos seleccionados se elaboraron siete preguntas orientadoras que se dispusieron en una matriz de organización de la información. Las preguntas

21 En esa perspectiva, desde el proyecto BUPPE APS se propuso lo que se denominó *Construcción de pactos intersectoriales por la salud en el territorio*. Algunos materiales y reflexiones de la experiencia se pueden consultar en: <https://apssuroeste.wordpress.com/>, <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/apssuroeste>.

orientadoras hicieron referencia a la conceptualización sobre la acción intersectorial en salud, noción de salud, mecanismos o formas de realización; actores que intervienen, movilización de recursos, relación con los procesos sociales determinantes de la salud, limitaciones y obstáculos identificados.

1. Elementos clave para el desarrollo de la acción intersectorial por la salud. Hallazgos destacados de la revisión de literatura

Se puede entender la acción intersectorial para la salud como una relación y proceso, entre un actor del sector salud con uno o más actores de otros sectores, que se ha constituido para llevar a cabo acciones en un tema con el fin de conseguir resultados en salud de una forma más efectiva y sostenible de lo que sería posible con la sola acción del sector salud. No siempre las acciones intersectoriales son iniciadas por el sector salud, aunque este suele ser uno de los actores clave en los equipos intersectoriales y constituye uno de sus principales catalizadores (Sosa Lorenzo et al., 2013; Zunzunegui & Béland, 2010).

En el ámbito local, lograr un nivel de salud adecuado es posible en la medida en que se despliegan acciones conjuntas entre diferentes actores. En la planificación de esta acción articulada se requiere de un análisis de los procesos sociales determinantes de la salud, para precisar la intervención de los actores que se integran al proceso de acción intersectorial (Díez et al., 2016).

Se hace referencia a procesos sociales determinantes de la salud, para señalar que las causas de la enfermedad, discapacidad y muerte de las poblaciones, y su contracara de la salud, son el producto de los procesos sociales en los cuales se reproduce, de manera concreta, la vida de dichas poblaciones.

Este señalamiento se diferencia de la idea de *determinantes sociales de la salud* tan en boga en la salud pública oficial, fuertemente influenciada por una visión factorializada de la realidad, que se sustenta en el paradigma positivista, en el cual se separa el sujeto de los objetos que lo rodean y la praxis social en la que ambos están circunscritos. De esta manera, las relaciones sociedad-naturaleza y social-biológico se convierten en externalidades entre factores, creando una falsa relación de conexión externa de «variables» de la realidad (Breilh, 2010a, 2010b, 2013). Con esta perspectiva se limita la comprensión del movimiento complejo de los procesos sociales que definen la situación de salud de los grupos humanos, y comúnmente reduce la acción a los llamados factores proximales como los comportamientos y servicios de salud.

La acción intersectorial requiere de escenarios compartidos para la planeación, implementación, monitoreo, seguimiento y evaluación, que podría materializar la construcción de políticas públicas y de desarrollo (Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2014; Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Para el desarrollo de la intersectorialidad es imprescindible la voluntad política de los actores sociales que comparten un territorio de acción, voluntad que se materializa más eficazmente por medio del diálogo que por un ejercicio de imposición de autoridad (Cunill, 2014). En el marco de los diálogos propiciados por la disposición política de los actores que convergen en espacios conjuntos, suelen realizarse análisis situacionales, procesos de capacitación, deliberación, monitoreo y formulación de planes de acción. Lo anterior como parte de procesos que requieren de años para consolidar relaciones entre los actores, por lo que se hace necesario intentar reducir al mínimo la rotación de personal. Esta es una de las principales causas del bajo desarrollo de la acción intersectorial en el contexto de la gestión de la salud en el país.

La definición de objetivos comunes sigue siendo un motor de la acción intersectorial. De manera particular, las medidas de combate a la pobreza demandan la articulación de distintos sectores con inversión de recursos (Cunill, 2005). También un motivador de la acción intersectorial puede ser la propia arquitectura de las instituciones responsables de la gestión de las políticas sociales o de los sistemas de protección social, en los que se dirigen las acciones a grupos poblacionales con cierta homogeneidad (Cunill, 2005, 2014). En otros casos, el motivador puede ser la movilización social en torno a proyectos que responden a las demandas sociales de las comunidades (Cunill, 2005).

Para la Organización Mundial de la Salud, desde el planteamiento de «salud para todos en el año 2000» la exigencia del trabajo intersectorial con sectores como agricultura, industria, educación, se realiza principalmente para actuar sobre las brechas de inequidad y el acceso limitado a la atención en salud (Enria et al., 2014). A partir de los planteamientos de esta organización, se han desarrollado importantes estrategias como los *municipios y ciudades saludables*. Estos procesos han sido desarrollados para intervenir problemas de salud complejos, basados en concepciones amplias de la salud y como mecanismo para mejorar la calidad de vida de las poblaciones.

La experiencia española señala la relevancia de estrategias para el desarrollo de la intersectorialidad como la conformación de comisiones intergubernamentales con participación de tomadores de decisiones de alto nivel, que han liderado estrategias en múltiples temas (Mateu i Serra, 2015). Se cuenta también la construcción e implementación de planes intergubernamentales de salud pública con respaldo del gobierno local en el que se transversalicen los asuntos de salud en las políticas públicas y se

reordenen los servicios de acuerdo con la revisión de prioridades (Cabeza et al., 2016). Finalmente, otro aspecto importante se relaciona con la construcción de redes que facilitan la gestión del conocimiento en la implementación de estrategias de promoción de la salud entre los profesionales que trabajan en el territorio, los técnicos de los sistemas de información y los responsables de la formulación de políticas de salud (Hernández Quevedo, Peiró, & Villalbí, 2016).

Una de las propuestas recomendadas es la conformación de una mesa local de coordinación intersectorial en la que estén representados los sectores de salud, educación, bienestar social, transporte, urbanismo, deportes, medio ambiente y la sociedad civil (Díez et al., 2016). En los municipios grandes pueden crearse mesas por sectores, barrios o corregimientos.

En Cuba, referente en el desarrollo de una intersectorialidad de alta intensidad, esta se explica por la alineación entre las instituciones gubernamentales dado su sistema político, así como la existencia de una comisión de salud integrada por organizaciones sociales y comunitarias, que permite un abordaje intergubernamental con fuerte participación comunitaria (Castell Florit Serrate, 2008). Se identifican como factores de éxito en el trabajo intersectorial, la articulación del sector salud con otros sectores sin generar un liderazgo anulador, una educación con fuerte orientación a la intersectorialidad a dirigentes y profesionales de diferentes disciplinas, y el diseño de instrumentos de evaluación y monitoreo de las acciones intersectoriales (Castell Florit Serrate, 2008). Los presupuestos son planificados participativamente entre todos los sectores sociales, y los recursos financieros destinados al sector salud están descentralizados en el nivel municipal lo que facilita las intervenciones y la cobertura de los territorios (Sosa Lorenzo et al., 2013).

Resulta fundamental la articulación con actores de la comunidad en todo proceso de intersectorialidad, porque estos tienen un conocimiento más profundo del territorio, de las necesidades y condiciones de vida, que inciden sobre el bienestar. La participación de las mujeres ha sido fundamental en diferentes experiencias (Cunill, 2005).

Respecto a los recursos, la mayoría de las veces se movilizan desde sectores formales (Panader Torres, Agudelo Cely, Bolívar Suárez, & Cárdenas Cárdenas, 2014), e integran los sectores sociales informales en la planificación e implementación de las estrategias por su influencia, conocimiento del territorio y de los problemas sociales (Hernández, 2007; Sosa Lorenzo et al., 2013). La financiación parcialmente compartida favorece la confianza entre los sectores y la estabilidad de las acciones, porque logra un efecto multiplicativo y se realiza una mejor planificación de las intervenciones (Díez et al., 2016; Peiró, López, Marrodán, Fernández, & Ramírez, 2003).

En Colombia, el estudio de Molina y otros autores acerca de las tensiones presentes en las decisiones relacionadas con salud pública en el sistema de salud, analizó el proceso de toma de decisiones en las políticas y la gestión de la salud pública en seis ciudades capitales del país. Los resultados de la investigación identificaron como facilitadores de la acción intersectorial la construcción de visiones compartidas de las problemáticas en salud pública y de propósitos comunes, la construcción progresiva de vínculos, el diálogo y la buena comunicación; la capacidad de persistencia y disuasión, el involucramiento de las comunidades, la sinergia en la gestión de recursos, la continuidad contractual de directivos implicados en la gestión de la salud pública, entre otros (Molina, Ramírez, & Ruiz, 2013).

La acción intersectorial en la APS se ve limitada cuando es desarrollada en su versión reducida de atención básica, que es dinamizada con fuerte carácter sectorial y donde no se apunta a la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Las experiencias han demostrado que cuando estas acciones son dirigidas desde un sector, no logran trascendencia y el impacto social resulta insuficiente. En este contexto, un factor clave es que las acciones intersectoriales sean asumidas como proyecto de gobierno local (Cunill, 2005).

También la falta de articulación de las comunidades resulta un limitante importante, en tanto dificulta una adecuada identificación de las prioridades (Cunill, 2005). La falta de una orientación comunitaria de la APS está relacionada con el deficiente empoderamiento de las comunidades (Cabeza et al., 2016).

Otras dificultades para el desarrollo de la acción intersectorial por la salud tiene que ver con el corto tiempo de duración de las acciones implementadas y la discontinuidad del trabajo intersectorial consecuencia de los cambios administrativos en las instituciones y actores gubernamentales (Hernández, 2007). Una decidida articulación de las comunidades resulta clave para combatir dicho problema, puesto que son estas quienes permanecen en el territorio y mediante la movilización social pueden diagnosticar, planificar y evaluar las acciones en salud pública, además de presionar la continuidad de los procesos. En algunos casos la discontinuidad y los cambios administrativos producen desmotivación en los líderes comunitarios que llevan al abandono de los procesos (Castell Florit Serrate, 2008; Sosa Lorenzo et al., 2013).

Se han descrito dificultades para el desarrollo de la acción intersectorial en las zonas rurales, en tanto las acciones se concentran en las zonas urbanas donde la población tiene mayor facilidad de acceso a los servicios y disponibilidad de información (Zunzunegui & Béland, 2010).

Otros elementos que limitan el desarrollo de la intersectorialidad tienen que ver con la falta de sistemas de medición que permitan documentar los resultados conjuntos a lo

largo del tiempo (Cunill, 2014), la insuficiente incorporación del tema en la formación y desarrollo de los directivos y profesionales, la exagerada carga administrativa que limita el tiempo que debe dedicarse a este trabajo; otros aspectos señalan la inexperiencia y desconfianza en el trabajo colaborativo, ligado a la falta de costumbre de trabajar con profesionales con los que se tiene poca tradición de trabajo en común (Cabeza et al., 2016).

En Colombia, el estudio de Molina y otros identificó múltiples obstáculos que debilitan el desarrollo de la intersectorialidad, como la capacidad de convocatoria de la autoridad municipal, la limitada capacidad y posicionamiento de la autoridad sanitaria nacional y municipal para orientar y sincronizar los recursos y actores del sistema, la incoherencia normativa, el protagonismo personal y/o institucional que se sobrepone sobre los intereses colectivos; la incompatibilidad de cronogramas entre instituciones, el débil reconocimiento de las necesidades locales por las directrices nacionales, la limitada visión compartida sobre la salud pública de los actores, son otros de los obstáculos señalados. A esta lista se suman el marcado carácter sectorial en la gestión de la salud pública, el poco compromiso y cooperación del sector privado en las acciones de salud pública, la alta rotación del personal de salud y la ausencia de incorporación de la promoción de la salud en la formación de la mayoría de profesionales de la salud (Molina et al., 2013).

2. Fortalecer la acción intersectorial por la salud. Aportes desde la experiencia de gestión de la Atención Primaria de la Salud en el nivel municipal

La experiencia vivida en el marco del proyecto BUPPE APS permite entender la intersectorialidad como un proceso complejo de integración de la acción, en el que diferentes actores sociales abordan de manera conjunta y estratégica uno o más problemas sociales, para lograr mejores resultados que los alcanzados de manera independiente, buscando incidir en sus procesos sociales causales.

La realidad socio-epidemiológica de los municipios constata que gran parte de los problemas emergentes en los perfiles epidemiológicos (como el abuso de sustancias psicoactivas, el suicidio, la contaminación de alimentos por agrotóxicos, el aumento de accidentalidad vial, la contaminación del aire, etc.), constituyen problemas complejos, lo que demanda a los actores locales nuevas formas de entender las problemáticas y planificar las acciones. Ningún actor o institución por separado puede resolver estos problemas sociales emergentes. Aunque de acuerdo con la norma están bajo su competencia, enfrentarlos requiere del concurso y la sinergia con otros actores y sectores municipales.

A pesar de esta constatación, las acciones gubernamentales de salud que se desarrollan como parte del denominado *Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas*,

comúnmente circunscritas al desarrollo de acciones de educación para el cambio de comportamientos, constituyen paños de agua tibia que resultan insuficientes para lograr impactar de manera positiva en las causas de los problemas de la salud pública municipal.

En el contexto de la gestión local de la salud, la acción intersectorial se convierte en un imperativo, aun cuando resulta un proceso de gran complejidad, dadas las condiciones políticas, institucionales y organizacionales que se mencionaron en la sección anterior. Representa esto uno de los principales desafíos de la salud pública del presente en el país.

Emprender un proceso de trabajo intersectorial en el ámbito municipal, en el marco de un modelo de gestión territorial de salud con enfoque de APS, puede representar un arduo esfuerzo de múltiples actores de la vida municipal. Sin embargo vale la pena intentarlo por diversas razones:

- **Para comprender los problemas a enfrentar.** Al constituirse como asuntos complejos, los problemas contemporáneos demandan un mayor esfuerzo de comprensión, por lo cual se convierte en un imperativo el trabajo interdisciplinario y creativo que entraña la acción intersectorial.
- **Para configurar procesos de mayor sustentabilidad.** Al lograr construir acuerdos entre diferentes actores institucionales, sociales y comunitarios, se disminuye la probabilidad de inobservancia de los procesos que suele ocurrir ante los cambios político-administrativos que suceden de manera periódica en la gestión gubernamental y de la salud.
- **Para elevar el alcance de las acciones.** Al realizar una planificación conjunta y concurrir con recursos, eventualmente se puede orientar la acción de un modo más estratégico, que genere incidencia en los procesos sociales determinantes de los problemas. Lo que resulta menos probable cuando se actúa de manera aislada por parte del sector salud, ya sea porque los recursos son insuficientes, o porque no se tiene la perspectiva, la capacidad técnica o logística suficiente para enfrentar desafíos de mayor calado.
- **Para hacer «rendir» los recursos disponibles.** Es común que los recursos disponibles para las acciones de salud pública sean insuficientes y que frente a perfiles epidemiológicos de complejidad creciente, esos recursos se atomicen en una distribución que obligatoriamente tendrá que atender todas las dimensiones que obliga el *Plan Decenal de Salud Pública*. Una acción intersectorial estratégicamente concebida puede ser una alternativa para articular recursos disponibles y enfrentar en mejores condiciones los desafíos socio-epidemiológicos que plantea la realidad de los municipios.

Los aprendizajes de la experiencia del proyecto BUPPE APS Suroeste enseñan que es posible impulsar la acción intersectorial para incidir sobre los procesos sociales determinantes de la salud, desde una decidida voluntad política, un liderazgo flexible, abierto y dialogante desde las secretarías municipales de salud. En ese marco se elaboró la guía *Orientaciones para la definición de una ruta metodológica para el desarrollo de un pacto intersectorial por la salud a nivel municipal*²².

En estas orientaciones se propone impulsar un proceso local en cuatro momentos de desarrollo, que pueden ser simultáneos si las condiciones lo permiten, que siguen la lógica de un ciclo progresivo de mejora continua (en algunos contextos se conoce como ciclo de Deming o ciclo PHVA por las siglas de Planear – Hacer – Verificar y Actuar).

El momento uno consiste en la conformación de un grupo gestor que impulse el proceso. Tiene como propósito la construcción de condiciones para impulsar el proceso de acción intersectorial. En este momento se podrían desplegar acciones como: (a) la selección de un tema prioritario que logre captar la atención de los tomadores de decisiones y las comunidades; (b) la conformación de un grupo interinstitucional, interdisciplinario y con participación comunitaria que se apersona del liderazgo en la gestión del proceso de acción intersectorial; (c) la concertación de acuerdos conceptuales básicos que permitan ir construyendo una visión compartida frente a la acción intersectorial; (d) la concertación de unos acuerdos básicos en la dinámica de trabajo del grupo gestor [la periodicidad de las sesiones de trabajo, la convocatoria, el registro de la memoria del proceso]. Puede ser de gran relevancia identificar un espacio de coordinación interinstitucional existente (como por ejemplo: submesas de los comités municipales de política social, o comités de salud mental, etc.).

Durante el momento dos se realiza un análisis crítico situacional. El objetivo es construir una comprensión de la problemática que reconozca el acumulado de conocimiento existente por los actores locales, identifique posibles vacíos o nuevas comprensiones necesarias para movilizar una acción incluyente y vinculante del conjunto de actores de la vida municipal. El análisis crítico situacional hace referencia a una síntesis que pone en relación los diagnósticos producidos y las capacidades de respuesta social existentes, en una perspectiva que reconoce los procesos sociales determinantes de los problemas, en el que convergen dialécticamente procesos protectores y destructivos de tres dimensiones de la realidad: la dimensión general de la sociedad, la dimensión particular de los modos de vida diferenciales de los diversos grupos humanos presentes en el territorio y la dimensión singular de las decisiones y estilos de vida de las personas y sus entornos familiares.

22 La guía y el material audiovisual de apoyo se pueden consultar en: <https://apssuroeste.wordpress.com/>, <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/apssuroeste>.

Este análisis debe entenderse como un proceso dinámico, pues puede partir de un conocimiento presente del tema, pero se puede proyectar estratégicamente para ser ampliado de manera progresiva, en la medida en que avanza la implementación de estrategias de trabajo intersectorial. El análisis crítico situacional es una oportunidad para desplegar diálogos sociales y movilizar actores de la vida municipal. En este momento se podrían realizar acciones como: (a) la compilación y/ profundización en los ejercicios diagnósticos y de análisis frente al tema seleccionado; (b) la identificación y problematización de redes de trabajo, de la calidad de las relaciones existentes entre los actores locales, de la capacidad institucional municipal para responder con universalidad e integralidad frente a la problemática en cuestión.

En el momento tres se vislumbran las acciones necesarias para reorientar la acción, de manera tal que sea universal en su cobertura, integral en su alcance, participativa en su gestión y enfocada estratégicamente para actuar sobre el proceso de determinación social del problema en cuestión. Es decir, que no aborde solo sus manifestaciones superficiales y sintomáticas, y no se quede en un abordaje asistencial.

La reorientación de la acción es un proceso complejo y progresivo, no se alcanza con una acción aislada e inmediata. Requiere que los actores ganen confianza en el valor de una relación de mayor interacción-interdependencia, que será realimentada en la medida en que el proceso sea monitoreado y ajustado en su modo de implementación.

Se espera que la acción sinérgica de los actores gane en alcance (para que pueda aspirar a una acción sobre procesos sociales de mayor complejidad) y la interacción evolucione desde niveles de intersectorialidad de baja intensidad caracterizados por el simple intercambio de información y la cooperación en la ejecución de actividades, a niveles de mayor intensidad caracterizados por la coordinación en la planificación y financiamiento común de planes y acciones, así como la integración de procesos de diferentes actores públicos, privados y comunitarios, en la búsqueda de mayor efectividad y eficiencia.

En este momento se pueden desplegar acciones como: (a) la definición o verificación de la ruta de atención frente a la problemática en cuestión, su nivel de reconocimiento y apropiación por las comunidades y los puntos críticos o barreras para su adecuado desarrollo; (b) la formación de actores clave que puedan implementar estrategias para actuar sobre las causas de la problemática en cuestión; (c) la abogacía y posicionamiento político, para generar un ambiente social y político favorable a las acciones propuestas y propiciar un contexto socio – cultural más favorable a la visión general definida en el pacto intersectorial.

El propósito del cuarto momento es definir los procesos comunicativos y las dinámicas de monitoreo necesarias para mantener un circuito de retroalimentación de los

procesos y resultados del pacto intersectorial. Se parte de la premisa de que aquello que no se evalúa por parte de los actores implicados en un proceso, no tendrá grandes posibilidades de ser modificado y dirigido a la meta deseada.

Sin embargo, no se trata solo de evaluar los impactos o resultados finales, sino de valorar de manera continua el proceso mismo y sus efectos en los diferentes actores y dimensiones de la realidad que espera ser transformada. Así mismo la comunicación puede ser una herramienta estratégica para propiciar o desencadenar transformaciones culturales, que puede ser utilizada o impulsada por los propios actores partícipes de un proceso.

En este momento se pueden desplegar acciones como: (a) el diseño e implementación de estrategias comunicativas para la resignificación de pautas o patrones culturales relacionados con el tema de interés, y para motivar la participación de organizaciones sociales o comunitarias en el municipio que trabajan en torno a la problemática en cuestión; (b) el diseño de una línea base de la situación de la problemática en cuestión, la formulación de indicadores para el monitoreo de la situación y de su evolución, la preparación de reportes de situación, la dinamización de espacios de análisis de situación con actores implicados en la respuesta. Se podría dinamizar la acción intersectorial a través de metodologías como la sala situacional²³.

3. Balance inicial de la experiencia en el Suroeste

La experiencia del proyecto BUPPE APS Suroeste permitió constatar la factibilidad de desarrollar un proceso de acción intersectorial que articule múltiples actores sociales y comunitarios. Aunque evidentemente resultó un proceso complejo, se configura como una buena estrategia para unir las voluntades de los actores locales y actuar sobre las causas sociales de los problemas que ocupan el interés de las agendas sanitarias municipales.

En la experiencia se confirmó la fuerte influencia del sector salud, siendo clave el liderazgo en actividades como la convocatoria, la sistematización de información relacionada con los acuerdos y avances del proceso y la planeación de las jornadas de trabajo. Aunque se ha afirmado la debilidad en la capacidad técnica, operativa y financiera de las secretarías de salud en el ámbito municipal, es cierto que comparativamente con otros sectores el de la salud es mayor y ejerce una influencia clave en los espacios de gestión de la política social municipal.

23 Un capítulo posterior de este texto presenta la experiencia de diseño e implementación de una sala situacional para dinamizar la gestión territorial de la salud orientada a la acción sobre los procesos sociales determinantes de la salud.

Un aspecto a resaltar en esta experiencia, fue el proceso de reunir actores para pensar conjuntamente y avanzar hacia una planeación articulada. Este ejercicio requirió de la construcción de acuerdos en la manera como se diagnosticaba y explicaba la realidad que era problematizada.

En esta línea de trabajo, la experiencia demostró la relevancia de los ejercicios de análisis de la situación de salud, y de la planificación cuidadosa para incorporar una perspectiva de análisis compleja que aborde los procesos sociales determinantes de la salud; todo con miras a ampliar y potenciar comprensiones profundas de los problemas de salud-enfermedad-atención y con ello abrir la puerta a estrategias y acciones coherentes con dicha complejidad.

El impulso en torno a la construcción de un pacto intersectorial por la salud mental con énfasis en el consumo problemático de sustancias psicoactivas en Ciudad Bolívar, uno de los municipios participantes en el proyecto, desencadenó otros esfuerzos de trabajo intersectorial en un tema paralelo al del pacto (referido a la prevención de violencias), llegando a obtener interesantes resultados en términos de producir un dispositivo clave para la gestión, una ruta de atención frente a las violencias y lograr gestionar un acuerdo del Concejo Municipal que adoptaba la misma. Ello expone como lo sugiere la literatura, que la acción intersectorial en escenarios compartidos se puede materializar en políticas (Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2014; Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Es claro en la experiencia vivida, que la posibilidad de avanzar en el trabajo intersectorial está sustentada en una sólida voluntad política y liderazgo, en este caso particular, de las secretarías de salud municipales. Se evidenció que mientras más fuerte era el liderazgo y la voluntad política más avanzó el proceso, demostrando que no se trata de la imposición de autoridad, pues lo que mejor funcionó fue la dinamización de espacios de diálogo y reconocimiento de los saberes, perspectivas y experiencias de los actores locales.

Sin embargo, también es claro en la experiencia que este tipo de procesos requiere de años para consolidar relaciones de trabajo intersectorial. En este sentido, el cambio de personal es un factor que amenaza la consolidación de esta clase de trabajo pues la alta rotación es una realidad en el ámbito de la gestión de la salud en estos municipios y en el país en general.

Un aspecto que se mostró de forma heterogénea en los municipios, durante la experiencia de trabajo, fue la selección del lugar en el cual asentar el proceso de encuentro y diálogo intersectorial. En algunos casos se realizaron varios intentos por desplegar

la construcción del pacto intersectorial en nuevos espacios que no estuvieran atados a la dinámica de coordinación interinstitucional del municipio, en algunos casos esos intentos fracasaron y fue reorientado el proceso para gestionarse desde espacios de gestión interinstitucional de la política social, como los Consejos Municipales de Política Social COMPOS, como fue el caso del municipio de Ciudad Bolívar. En otros casos los nuevos espacios creados a propósito de la construcción del pacto intersectorial, fueron un nicho apropiado para avanzar en dicho propósito, como en el caso de los municipios de Betania y Jardín.

En todos los casos, fue indispensable avanzar a la par en la realización de análisis situacionales sobre el tema priorizado, con la realización de inventarios de actores clave que podrían ser invitados a participar del espacio de gestión del pacto intersectorial. La mayor dificultad identificada durante este proceso fue el acercamiento con actores comunitarios, aspecto que indica la manera como se configuran las relaciones entre la institucionalidad y las organizaciones sociales y comunitarias, relaciones en las que no existe suficiente confianza para acercarlos a este tipo de procesos gubernamentales.

Otra característica común de los procesos implementados fue que una parte importante del tiempo en el inicio del proceso de desarrollo del pacto intersectorial, tuvo que ser ocupado en promover la construcción de una visión compartida. Se requirió la deconstrucción de visiones y perspectivas de análisis en torno a los problemas, para introducir tanto una explicación compleja de los mismos como rescatar el valor del trabajo intersectorial.

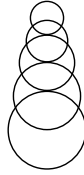
Finalmente, se puede afirmar sin vacilación que el papel de la Universidad de Antioquia fue clave para motivar y acompañar el liderazgo que ejercieron los secretarios de salud en la construcción del pacto intersectorial, en gran medida el ritmo del proceso dependió del ritmo del acompañamiento de la Universidad. Valdría la pena que desde esta instancia se trabajase en el desarrollo de un proceso de formación a estos líderes, actores clave en la gestión de la salud en los municipios, para elevar su capacidad técnica y potenciar su liderazgo en la dinamización de procesos de acción intersectorial para incidir en los procesos sociales determinantes de la salud.

4. Referentes bibliográficos

1. Breilh, J. (2010a). *Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud*. (Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional, Ed.) (7a edición). Quito: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional.
2. Breilh, J. (2010b). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6(1), 83–101. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=en.

3. Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31 (Supl 1), 13–27. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=es.
4. Cabeza, E., March, S., Cabezas, C., & Segura, A. (2016). Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza. *Gaceta Sanitaria*, 30, 81–86. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.012>.
5. Castell Florit Serrate, P. (2008). *Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y local*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de http://www.ensap.sld.cu/webfm_send/810.
6. Castro, G. (1990). Las Políticas Sociales integradas en la perspectiva de la intersectorialidad y de la acción de la UNESCO en apoyo a las estrategias de desarrollo para América Latina y el Caribe en el marco del ajuste. *Revista Educación Superior y Sociedad*, 1(1), 89–96. Recuperado de <http://ess.iesalc.unesco.org.ve/index.php/ess/article/view/138/105>.
7. Cunill, N. (2005). La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. *X Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la administración pública*. Santiago de Chile. Recuperado de <http://siare.clad.org/fulltext/0053026.pdf>.
8. Cunill, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y Política Pública*, 23(1), 5–46. Recuperado de <http://siare.clad.org/fulltext/2236500.pdf>.
9. Díez, E., Aviñó, D., Paredes, J., Segura, J., Suárez, Ó., Gerez, M. D., Camprubí, L. (2016). Una buena inversión: la promoción de la salud en las ciudades y en los barrios. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 74–80. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.015>.
10. Enria, G. M., D'Andrea, L. C., Staffolani, C. M., Colunga, F. J., Álvarez, F. J., Mera, M. F., Colobig, M. (2014). *Promoción de la salud una perspectiva latinoamericana*. Iniciativa Latinoamericana de Libros de Texto Abiertos LATIn. Recuperado de http://www.proyectolatin.org/books/Promocion_de_la_Salud_CC_BY-SA_3.0.pdf.
11. Hernández, J. (2007). Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud en instituciones de básica primaria de Bucaramanga. *Salud UIS*, 39, 143–151. Recuperado de <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/374/625>.
12. Hernández Quevedo, C., Peiró, R., & Villalbí, J. R. (2016). La salud pública y las políticas de salud: del conocimiento a la práctica. Informe SESPAS 2016. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 1–2. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.10.001>.
13. Jolly, J. F. (2005). Gobierno y gobernancia de los territorios, sectorialidad y territorialidad de las políticas públicas. *Desafíos*, 12, 52–85. Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/desafios/article/viewArticle/673>.
14. Mateu i Serra, A. (2015). Salud en todas las Políticas e intersectorialidad en la promoción de la salud: el Plan Interdepartamental de Salud Pública (PINSAP) de Cataluña. *Medicina Clínica*, 145(1), 34–37. [http://doi.org/10.1016/S0025-7753\(15\)30036-1](http://doi.org/10.1016/S0025-7753(15)30036-1).

15. Ministerio de Salud y Protección Social, & Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2014). CONPES social 147/2012: Instrumentos para la intersectorialidad a nivel local. Definiciones teóricas, políticas y programáticas. Bogotá.
16. Molina, G., Ramírez, A., & Ruiz, A. (2013). *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares*. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública «Hector Abad Gomez».
17. Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. In *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud* (p. 3). Alma-Ata, URSS: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270.
18. Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud. <http://doi.org/ISN 92 75 32699 1>.
19. Otálvaro-Castro, G. J. (2017). Capacidades municipales para la gestión territorial de la salud en el Suroeste antioqueño. ¿Están preparados los municipios para la reorientación del modelo de atención? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(1), 126–27. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/326800/20784085>.
20. Panader Torres, A., Agudelo Cely, N. A., Bolívar Suárez, Y., & Cárdenas Cárdenas, L. M. (2014). Control del tabaco: una experiencia desde la intersectorialidad en Tunja (Colombia). *Gaceta Sanitaria*, 28(6), 508–510. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.012>.
21. Peiró, R., López, F., Marrodán, J., Fernández, C., & Ramírez, C. (2003). Actividades intersectoriales en la prevención de accidentes de tráfico. *Gaceta Sanitaria*, 17(4), 332–334. [http://doi.org/10.1016/S0213-9111\(03\)71757-9](http://doi.org/10.1016/S0213-9111(03)71757-9).
22. República de Colombia. Ley 1438 de 2011, Congreso de Colombia (2011). Colombia. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>.
23. Sosa Lorenzo, I., Rodríguez Salvá, A., Álvarez Pérez, A., & Bonet Gorbea, M. (2013). Intersectorialidad y participación en la planificación, implementación y evaluación de intervenciones de salud en Cuba. *MEDISAN*, 17(4), 650–661.
24. Universidad de Antioquia. (2014). Proyecto para el fortalecimiento de capacidades locales para la implementación de la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan de la región Suroeste de Antioquia 2015-2016. Medellín-Colombia: Universidad de Antioquia.
25. Zunzunegui, M. V., & Béland, F. (2010). Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 68–73. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.08.004>.



La comunicación en la APS: una experiencia más allá de los medios

*Johnny Gómez-Granada²⁴, Janier Hernando Álvarez Pérez,
Luis Alfonso Acevedo Escalante, Diana Catalina Garcés Jaramillo²⁵*

El presente artículo es una propuesta de construcción colectiva elaborada por el equipo de comunicaciones del proyecto Fortalecimiento de capacidades locales para la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud, en cinco municipios del Suroeste antioqueño.

El texto parte de problematizar la concepción instrumental y mediatizada que se tiene de la comunicación en el ámbito de la gestión de la salud, que se centra en enfoques informativos, difusionistas, verticales y unidireccionales; aunque reconoce la importancia de estos, propone una comunicación propia para la Atención Primaria en Salud-APS, más dialógica, centrada en los procesos y la persona, el diálogo de saberes y que incluya los principios de la APS. Dicha propuesta surge de la experiencia y puesta en práctica de diferentes iniciativas en el territorio que dejan aprendizajes en torno a los aciertos, desaciertos, dificultades y oportunidades de la comunicación para la salud.

En esta reflexión cada autor aporta de acuerdo con su experiencia en los diferentes territorios y según los roles asumidos dentro del proyecto. Esta pluralidad del enfoque resulta interesante pues articula la visión de los tres practicantes de comunicaciones y del estudiante de maestría en Salud Pública, todos participantes en la consolidación de una propuesta comunicativa para la APS.

24 Comunicador social, estudiante de la maestría en Salud Pública. Universidad de Antioquia.

25 Practicantes de Comunicación Social – Periodismo, Seccional Suroeste Universidad de Antioquia.

1. Comunicación y salud, una larga historia

Hablar de la comunicación en el campo de la salud no es algo nuevo, es una relación de vieja data que se ha consolidado a lo largo de los años, gracias a la necesidad del personal de la salud de apoyarse en otras disciplinas, así como del interés de algunos comunicadores en los temas de bienestar. Son varias las conferencias y encuentros internacionales de salud, la mayoría promovidos por la OMS (Organización Mundial de la Salud), en los que se ha hablado del papel que cumple la comunicación en el campo sanitario, y principalmente en las apuestas que buscan la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

El primero de estos encuentros en hacer referencia a la comunicación fue el de *Alma Ata* en 1978. En el punto siete de su conocida Declaración, resalta que las acciones de Atención Primaria en Salud-APS implican, además del sector sanitario, a todos los sectores relacionados con el desarrollo nacional y comunitario, entre estos las comunicaciones (Organización Mundial de la Salud, 1978). Ocho años después, por medio de la *Carta de Ottawa* de 1986, se resalta el papel de los medios de comunicación en la promoción de la salud y la necesidad de crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos (Organización Mundial de la Salud, 1986).

De la misma forma en el encuentro de Santafé de Bogotá de 1992 sobre promoción de la salud, se habla sobre la importancia de la entrega de información y la promoción del conocimiento como valiosos instrumentos para la participación y los cambios de los estilos de vida en las comunidades (Organización Mundial de la Salud, 1992). Otro acuerdo internacional que se refiere a la comunicación en el campo de la salud es la *Carta del Caribe* de 1993, en el que se menciona la responsabilidad que comparten las fuentes de información y los medios de educación y comunicación en el fortalecimiento de destrezas para el cuidado de la salud (Organización Mundial de la Salud, 1993).

En 1998 la Organización Panamericana de la Salud, define las que deberían ser las Funciones Esenciales de la Salud Pública, y nombra en su Función 3, la Promoción de la Salud: «El desarrollo de acciones educativas y de comunicación social dirigidas a promover condiciones, modos de vida, comportamientos y ambientes saludables». (OPS/OMS., 1998, p.68). Por último, la *Declaración de Bangkok* 2005 alude a las oportunidades que ofrece la globalización para mejorar la salud, en especial las relacionadas con las tecnologías de la información y la comunicación y los mecanismos disponibles para el intercambio de experiencias (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Como se observa hasta aquí son múltiples las referencias internacionales que hacen alusión a la comunicación en los contextos de la salud, en la mayoría de ellas está pre-

sente una marcada tendencia a reducirla a los medios de información o sobre el papel que cumple la comunicación en la difusión de información sanitaria y la comunicación entre los actores de los sistemas de salud.

En el contexto nacional mientras tanto, son pocas las disposiciones que tienen en cuenta la comunicación como un componente importante en el campo de la salud. Se resaltan dos por su trascendencia y actualidad: el *Plan Decenal de Salud Pública* (MSPS-PDSP, 2012) que dentro de las estrategias resalta la Información, Educación y Comunicación (IEC) como un componente importante para su implementación; así como la recientemente sancionada *Política de Atención Integral en Salud* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), que reconoce como una dificultad la poca formación del talento humano en salud en comunicación y la necesidad del fortalecimiento de la comunicación entre los diferentes actores del sistema.

1.1 ¿Dos paradigmas enfrentados o complementarios?

En lo que se refiere a la comunicación, básicamente se pueden identificar dos grandes paradigmas sociales: el difusionista-informativo y el relacional-dialógico. Un paradigma social según Capra (1996) es una «constelación de términos, valores, percepciones y prácticas que tienen en común una comunidad y que forman una determinada vista, percepción de la realidad que es el substrato de la manera como esta sociedad se auto-organiza» (Citado en Gonzáles, 2005, p.32). Es importante mencionar que estos sentidos dados, según el paradigma, atraviesan todos los subcampos de especialización o de acción de la comunicación, como es el educativo, el organizacional y por supuesto, la salud.

Son estos dos lentes los que definen a grandes rasgos, el pensar y el hacer de la comunicación desde mediados del siglo pasado hasta la actualidad. A continuación se encuentra una tabla comparativa, para comprender cada uno de ellos e identificar sus características, fortalezas, limitantes y cualidades:

Tabla 1. Comparativo paradigmas de la comunicación

| Difusionista-Informativo | Relacional-Dialógico |
|--|----------------------------------|
| • Problema: falta de información, comportamiento | • Problema: inequidades sociales |
| • Vertical | • Horizontal |
| • Persuasión | • Concienciación-emancipación |
| • Pasiva y «bancaria» | • Activa y crítica |
| • Cambios individuales | • Cambios colectivos |

| | |
|---|--|
| • Objetos de cambio | • Agentes de cambio |
| • Difusión masiva | • Diálogo y debate interpersonal |
| • Diagnósticos generalizados | • Diagnósticos específicos |
| • Corto plazo | • Largo y mediano plazo |
| • Mensajes – campaña-resultados | • Procesos |
| • Acceso controlado | • Apropiación en toma de decisiones |
| • Disseminación de información por medios masivos | • Participación comunitaria, interacción |
| • Prioridades de los patrocinadores | • Necesidades de la comunidad |
| • Habla, es el que sabe | • Escucha, todos saben |

Nota. Adaptado de Gumucio²⁶ del ensayo *Cuando el doctor no sabe* (Gumucio-Dagron, 2010).

El paradigma difusionista es heredero de las corrientes de pensamiento positivistas, modernistas y conductistas. «Se constituyó como el paradigma hegemónico según el cual el proceso de comunicación se establecía de manera unidireccional a partir de la relación estímulo/respuesta, centrándose en los procesos de transmisión y recepción de información» (Pinto, María Cristina. Jiménez García, 2016, p.13). Visión que todavía hoy domina en los diferentes ámbitos de la comunicación, incluido el sanitario.

El paradigma relacional mientras tanto surge en los años sesenta del siglo pasado como una alternativa al tradicional, empujado por las Teorías de la Dependencia, promulgadas por diferentes científicos sociales vinculados a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). En Suramérica ha tenido dos momentos; en un principio se conoció como *comunicación para el desarrollo*, pero después de los años ochenta, gracias a los cuestionamientos de diferentes pensadores y educadores latinoamericanos, que discutían su marcado institucionalismo, tecnicismo y verticalidad sobre el saber local, fue sustituido por la *comunicación para el cambio social*. Este último enfoque toma elementos de la comunicación interpersonal y de la educación popular latinoamericana, en el que se privilegia los procesos comunicativos por encima de los productos (Gumucio Dagron, 2015).

26 Alfonso Gumucio Dagron: Escritor de Bolivia, cineasta, periodista, fotógrafo y especialista en comunicación para el desarrollo. Es autor de varios libros sobre cine y comunicación para el cambio social, así como documentales, exposiciones fotográficas y cientos de artículos en revistas.

Centrando la discusión en el campo epistemológico, definitivamente los dos paradigmas son irreconciliables, no se puede pretender controlar y emancipar al mismo tiempo, pues la noción de sujeto y el concepto de verdad que subyace a cada uno de estos modelos es opuesta (Páramo & Otálvaro, 2006). Lo que sí es posible es la complementación de los medios o formas de comunicación que cada uno utiliza. No quiere decir que todo aquel que utiliza los medios masivos está siendo positivista, al igual que no todo el que realice procesos educativos, está siendo dialógico; el tema no es de medios o herramientas, sino de los objetivos y la intencionalidad que mueve el proceso.

La dificultad radica en que como el difusionista es hegemónico siempre existe una tendencia a reproducirlo sin mayor dificultad; es necesario hacer el esfuerzo y volverlo consiente para superarlo y poder trascender a una comunicación más transformadora e incluyente.

El relacional dialógico concibe «el otro» como un sujeto con las mismas capacidades y falencias que cualquiera, es una visión más humana de la sociedad, «la comunicación para el cambio social o desarrollo, emerge como respuesta a la indiferencia y al olvido, rescatando lo más valioso del pensamiento humanista que enriquece la teoría de la comunicación» (Gumucio Dagron, 2015).

El proyecto APS Suroeste le ha apostado por construir una comunicación desde una perspectiva relacional – dialógica, pero reconociendo que los procesos comunicativos son complejos y requieren de todas las herramientas y conocimiento que se ha podido desarrollar y perfeccionar a lo largo de los años. Por ejemplo, se considera que el componente informativo puede llegar a ser necesario en un momento temprano de los procesos, para el reconocimiento de la estrategia APS, el posicionamiento del proyecto y la trasmisión de mensajes de manera rápida; también cómo negarse al aprovechamiento de los diferentes recursos de difusión que ofrecen las Tecnologías de la Información y la Comunicación como redes sociales, dispositivos móviles, así como los medios de información locales de cada uno de los municipios. La clave está es en saber cuándo es pertinente utilizarlos y cuándo son necesarios otros procesos más dialógicos como el propuesto.

Hay que dejar claro que históricamente la comunicación que se ha realizado en el campo de salud colombiano es informativa, porque resulta coherente con un sistema de salud orientado hacia lo morbicéntrico, centrado en la tecnología, la verticalidad, el conocimiento técnico y el mercado.

La comunicación para el cambio social, por su lado es indispensable para apuestas que buscan transformar las realidades de las comunidades. Se ha desarrollado principalmente en los movimientos sociales, la participación popular, proyectos de ONG's y de educación popular; es una comunicación que exige el involucramiento de sus

actores, que demanda las relaciones de igual a igual y la participación de las comunidades en la toma de decisiones. Como se dijo anteriormente, si para el modelo de salud centrado en la enfermedad, que es hegemónico, la comunicación difusionista resulta apropiada, para una estrategia como la Atención Primaria en Salud Integral, este enfoque comunicativo se queda corto. Al cambiar la manera de gestionar la salud de una forma asistencial, a un modelo posicionado en la APS que busca la promoción de la salud, centrada en las personas, es integral, promueve la participación comunitaria y su autorresponsabilidad, la intersectorialidad y la educación (Organización Mundial de la Salud, 1978), los enfoques de comunicación también deben cambiar.

2. Los escenarios de la comunicación en la salud: la APS

Son múltiples los escenarios dentro del campo de la salud donde la comunicación ha podido desarrollarse. Algunos de ellos tienen que ver con el periodismo e información en salud, la comunicación organizacional en instituciones de salud o la comunicación interna en equipos de salud; publicidad y marketing de servicios de salud o social; comunicación del riesgo, E-salud o Tecnologías de la Información y la Comunicación-TICs; comunicación interpersonal médico – paciente, comunicación y educación para la salud; participación o movilización social en salud, comunicación pública; comunicación comunitaria o popular, entre otras.

Todos estos campos de acción contribuyen a incrementar el conocimiento de la comunicación en la salud. No existen mejores o peores, cada uno aporta desde su especialidad e intereses, algunos con un verdadero compromiso por el bienestar de las personas y las comunidades, otros mientras tanto defendiendo intereses institucionales o de mercado; esto dependiendo del paradigma en el que se paren y las lentes con los que ven el mundo. Tampoco sucede que uno reemplace a otro, todos conviven y encuentran su nicho de acción específico.

De estos escenarios de acción, se observa que los cuatro últimos son los que tienen mayor relación con la comunicación para el cambio social (comunicación y educación para la salud; participación o movilización social en salud, comunicación pública; comunicación comunitaria o popular) y con la estrategia APS pues siguen unos principios similares.

Se puede afirmar entonces que una estrategia de APS tiene la posibilidad de aprovechar las diferentes herramientas comunicativas y sus distintos campos de acción. Sin embargo, su apuesta central debe ir orientada a la comunicación para el cambio social, enfoque con el que comparte mayor afinidad al tener objetivos y compromisos sociales, generando una relación de interdependencia.

3. Del dicho al hecho, gran trecho

Implementar una apuesta de comunicación para el cambio social en el campo de salud no es tarea sencilla, pues como se ha dicho el paradigma hegemónico es el difusionista. Para poner este ejemplo en el contexto de salud, pasa lo mismo con la estrategia de APS que pretende romper la forma de gestionar la salud en los territorios, pero se encuentra con que toda la infraestructura tanto física, logística, de talento humano, cultural y financiera, está volcada hacia el modelo asistencialista que es el hegemónico. Por lo tanto su implementación requiere de un gran esfuerzo adicional y de la voluntad y convencimiento de los diferentes actores del sistema, para no seguir reproduciendo los enfoques tradicionales.

Dentro de las razones o dificultades que normalmente se encuentran para virar hacia la comunicación para el cambio social en salud, se ubica en primer lugar la formación de los comunicadores sociales, formados en escuelas de comunicación que continúan impartiendo los mismos conocimientos hace 50 años. A esto se suma la ausencia de una formación en pedagogía para el personal de la salud. Un segundo factor se relaciona con la instrumentalización de la comunicación y las expectativas de los actores del sistema. Por último se cuenta la apatía de las comunidades para participar. Muchas veces su participación solo está motivada por la obtención de algún beneficio personal material; en otros casos se identifica recelo entre las comunidades, como resultado de experiencias anteriores en las que son utilizados de una forma instrumentalista para sumar en los indicadores de gestión.

3.1 De formaciones y de escuelas de formación

Si hay algo claro es que tanto las estrategias de comunicaciones como las de salud, son desarrolladas por seres humanos que se forman, en la mayoría de los casos, para planear y ejecutar las acciones en estas áreas del conocimiento; los primeros son profesionales de la comunicación que cursan en las facultades, por varios semestres, una gran cantidad de materias que se supone los preparan para enfrentarse a la vida laboral; los segundos mientras tanto son profesionales de la salud, que en sus diferentes carreras y niveles de formación, se preparan para cumplir su rol y responsabilidad dentro del sistema de salud.

Las facultades de comunicación han tenido pocas transformaciones curriculares en los últimos años, basta con revisar el pènsum de una de las Facultades más reconocidas del departamento, para constatar que siguen ancladas al paradigma difusionista de la comunicación, en el que se privilegia la técnica y el dominio del instrumento, sobre el pensamiento estratégico. Con esta orientación en los procesos formativos se idealizan

los medios masivos de información (como la televisión, la radio, la web) por encima de los procesos sociales. Por ello materias como imagen gráfica, diseño, redacción, fotografía, periodismo y relaciones públicas, superan en número a las relacionadas con la comunicación para el desarrollo.

Como resultado de lo anterior, los actuales egresados de comunicación salen expertos en manipular equipos, redactar noticias, presentar eventos, pero tienen falencias para desarrollar procesos de comunicación con las comunidades. Existe además la ausencia, de formación en pedagogía, un aspecto vital para desarrollar habilidades, como la escucha, tan necesaria en la comunicación para el cambio social.

Actualmente existe una gran demanda de comunicadores para trabajar en proyectos sociales y de salud, profesionales que terminan de formarse a partir de la práctica más que en la academia misma. En esta clase de proyectos se requiere entonces de comunicadores que tengan, tal como lo denomina Gumucio, el perfil de «comunicador/educador» (Gumucio, 2010), pues «lo esencial de su tarea no consiste en producir mensajes y paquetes educativos tanto como de hacer posible un proceso de participación y educación cuyo eje es el diálogo de saberes y la acción colectiva» (p.83).

Otras características que debe comprender el comunicador, es que:

«...el proceso de comunicación con la gente y dentro de las comunidades es más importante que las ayudas impresas o audiovisuales que puedan surgir de esa dinámica. Es en el proceso de comunicación y participación que se inicia el cambio social. El nuevo comunicador debe comprender que la tecnología es una herramienta y nada más que una herramienta. La tecnología puede apoyar el proceso de comunicación, pero este no puede depender totalmente de ella» (Gumucio, 2010, p.83).

Una pregunta que se plantea aquí es cómo puede un comunicador aplicar la comunicación dialógica, si la mayoría del tiempo lo están ocupando en generar contenidos y en atender a las demandas y expectativas que tienen los profesionales de la salud y los jefes sobre la elaboración de materiales.

Por otro lado, para el personal de la salud, tanto profesional como técnico, el panorama no es más alentador. Las escuelas de Medicina, Enfermería, Odontología, Nutrición y Psicología, entre otras, dotan a los estudiantes con conocimiento técnicos en enfermedades, tratamientos, procedimientos, diagnósticos, equipos, prevención y medicamentos. Sin embargo, pocas veces desde la formación académica se brinda a los estudiantes herramientas y habilidades pedagógicas y en estrategias para el trabajo con comunidades; esta es una falencia preocupante para los proyectos de promoción de la salud, que en muchos casos no encuentran profesionales con la experiencia, sensibilidad y habilidad para el trabajo comunitario.

Un factor que ha influenciado este fenómeno es la tendencia a la hiperespecialización de los profesionales de la salud, que en los últimos años va en aumento, tanto que en la *Política de Atención Integral en Salud* (2016), en el análisis del contexto institucional, se reconoce esta situación:

La formación de talento humano en salud ha respondido a estas realidades, lo cual ha conllevado a la pérdida progresiva de competencias de algunas profesiones en áreas como salud pública, comunicación, gestión, comprensión del contexto, humanización y calidez en la atención y, en algunos casos, en las áreas clínicas. Se agrega que durante los años posteriores a la reforma no se dio la formación de competencias asociadas a la educación y promoción de la salud, APS, procesos de gestión y coordinación de programas e intervenciones de carácter familiar y comunitario. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p.20).

Si el país ha seleccionado la estrategia de APS como la encargada de gestionar la salud en todo el territorio nacional, y así lo corroboran las últimas disposiciones legales, se hace necesario que las diferentes instituciones encargadas de la formación del personal de la salud y sociales, replanteen los currículos académicos y los perfiles de los profesionales que están formando, para poder responder a este compromiso con la salud de los colombianos.

3.2 Desinstrumentalizar la comunicación: del producto al proceso

La comunicación debe ser una estrategia que permita el entendimiento y la comprensión entre sujetos para llegar a posteriores acuerdos que beneficiarán a una comunidad. Para el común de las personas, comunicar se limita exclusivamente a enviar un mensaje e informar, desconociendo el aspecto esencial de la comunicación que es generar el diálogo y la puesta en común de ideas que pretenden cambiar o mejorar una realidad social.

El modelo tradicional de las comunicaciones instrumentales y operativas, basado en la difusión de mensajes y en el desarrollo de productos por encima del seguimiento a los procesos comunicativos, debe ser cambiado por la concepción de una comunicación definida según las características del territorio, las personas que lo habitan, su cultura, sus costumbres y las necesidades básicas que tienen, información que servirá para definir cuáles son los procesos y medios más efectivos para trabajar con esa población.

Además, como lo dice Gumucio «La comunicación para el cambio social o desarrollo, emerge como respuesta a la indiferencia y al olvido, rescatando lo más valioso del pensamiento humanista que enriquece la teoría de la comunicación», cuyo único

interés debe ser genuinamente el bienestar de las personas para las que se trabaja y no, como suele ocurrir, la defensa de intereses gubernamentales, institucionales o de entidades patrocinadoras, dejando a la comunidad en la última escala de prioridades.

Normalmente se cree que los carteles, los mensajes radiales y algunos comerciales televisivos suplen la necesidad de ir hasta las comunidades y de conocerlas; por esto, muchos procesos comunicacionales no funcionan, se intenta trabajar con comunidades que se desconocen. Otra creencia que se tiene dentro de las comunicaciones trabajadas en los ámbitos comunitarios, es la asociación de que un «buen trabajo» es cuando se logra un elevado número de asistentes o participantes en una actividad. En la mayoría de los casos, trabajar con grupos reducidos permite un mayor acercamiento de los participantes a los temas abordados, un mejor entendimiento, una participación más activa y diálogo más personalizado; en pocas palabras, puede ser más efectivo trabajar con grupos pequeños si lo que se busca es educar y comunicar.

La necesidad de ver resultados exitosos en poco tiempo también se convierte en un limitante dentro de las comunicaciones. El trabajo con comunidades no permite obtener logros en tan solo algunos días, es un proceso que se debe trazar a largo plazo, ya que muchos de los temas a abordar son procesos sociales y transformaciones culturales de una alta complejidad. Por lo tanto, los procesos comunicativos dependen en gran medida de la continuidad en el tiempo para lograrlos.

Teniendo en cuenta el panorama anterior como fundamento conceptual de la comunicación, es importante mencionar que al analizar el tema en las distintas secretarías de los municipios de la cuenca del río San Juan, el escenario encontrado demostró que la concepción del término comunicación era entendido como un método para mostrar resultados y abarcar grandes públicos y no como una estrategia que posibilita la educación, logrando un mayor éxito dentro de las actividades propuestas. Para ellos, inicialmente comunicar se refería a pegar un afiche, publicar notas radiales y televisivas, utilizar las redes sociales como canal de información más seguro para llegar a un público vasto. No veían la comunicación como una herramienta, dentro de varias, que busca desencadenar procesos de transformación social, por los propios sujetos del territorio.

En la actualidad, la concepción del concepto de comunicación en las distintas secretarías, y hasta en las comunidades con las que se ha tenido contacto, ha cambiado. Ya ven la importancia de ésta dentro de los procesos sociales, no se habla de informar sino de dialogar, se le da más importancia al proceso y la calidad, que al producto y la cantidad. Aún queda mucho por aprender, pero se ha reflejado el cambio y se han visto los primeros resultados de esta apuesta de aproximarse al desarrollo de procesos de comunicación para el cambio social en los municipios del proyecto.

3.3 Podemos comunicar si damos pie a la participación

La palabra comunicación proviene del latín *communicatio* que significa compartir algo o poner en común, y que comparte la misma raíz con comunidad (Real Academia Española, 2017). Es por esto, que la interacción con el otro y la comunidad es una necesidad, promover que los actores participen para identificar sus verdaderas necesidades es una premisa. Es necesario interactuar con las personas, hablar, darles la voz, eso es más importante que grabar comerciales, hacer pendones o subir fotografías a las redes sociales, y esto debe hacerse con cada uno de los actores que participan en los procesos de salud.

Aquí un ejemplo de algunas de las experiencias vividas en el proyecto BUPPE APS Suroeste. ¿A alguien se le ha ocurrido poner a escribir a una promotora de salud?, pues en el municipio de Hispania-Antioquia lo hicieron algunas de ellas. Allí se dieron cuenta de la forma como vive una familia, claramente con problemas de convivencia e insatisfechos con la forma en la que opera la estrategia. Su texto, después de narrar algunas discusiones entre los habitantes de la casa, concluye con una frase del jefe de hogar. «La próxima vez, vuelva con ayudas».

El relato, aunque duro pero emotivo, revela dos situaciones. Una es que se pueden identificar necesidades simplemente escuchando y observando comportamientos en las familias, más allá de llenar una ficha densa y repetitiva. La segunda situación es que las familias están cansadas de recibir este tipo de visitas, esto deja ver además, que ir a tomar la presión arterial y hacer demanda inducida no es hacer APS, esto no resuelve el problema de convivencia familiar por ejemplo. Se da a las comunidades de lo mismo, partiendo del supuesto que esas son sus necesidades sin antes escucharlos y analizar su situación.

Los diagnósticos deben hacerse de forma participativa, usando herramientas acordes con las realidades de las personas, de fácil análisis e interpretación, de tal manera que sean las familias quienes ayuden a construir las acciones transformadoras de dicha realidad. Las dificultades que comúnmente se ha presentado en la APS con los instrumentos diagnósticos es que se terminan convirtiendo en el fin, y no en el medio para comprender la realidad que viven las personas de un territorio.

La comunicación, orientada hacia el cambio social es capaz de mostrar resultados satisfactorios en las comunidades, y esto ni siquiera tiene que estar en las teorías, es un asunto de simple lógica entender que cuando hay relación con las personas (si se está frente a frente con ellas para conocer sus historias, sus modos de relacionarse con los demás, su entorno en general), será más probable hacer un proceso efectivo en sus territorios.

Pero existe una apatía generalizada en los encargados de la salud, de no incluir a la gente en los proceso de planeación, ejecución y evaluación de los proyectos de salud, pareciera que le tuviera temor al trabajo con las comunidades y a los diagnósticos participativos, y es que tal vez las autoridades no se atreven a sacar estas las realidades y necesidades a la luz, sea porque no hay proyectos ni programas para atenderlos, o no quieren mostrar indicadores negativos que afecten la imagen externa del gobierno de turno.

Los actores institucionales, como las promotoras de salud, están sujetas a cumplir unas metas que se fijan desde el inicio de año; algo difícil de calcular sin saber a qué poblaciones se van a enfrentar. Una de sus quejas es que hay poblaciones migrantes que imposibilitan la continuidad en los procesos que se emprenden, sin tener en cuenta en sus planes los tiempos de cosecha cafetera, donde todos los que se dedican a esta actividad agrícola están en función de ello. Esto es esencialmente un problema de comunicación, situaciones que se resolverían si se escucha al otro y se planea en consecuencia.

Lo anterior debe llevar a pensar en que falta una mejor planificación para hacer APS de forma acertada; y esta no es otra distinta que trabajar por el bienestar conjunto de las localidades y no por el afán de mostrar cifras de «población atendida». Si se continúa trabajando, así lo único que se logrará es que las personas sigan sintiéndose como beneficiarios dentro del sistema de salud paternalista y no como protagonistas activos de sus propios cambios.

Mediante la participación de las personas, retomando el conocimiento que tienen sobre sus barrios, veredas y organizaciones será posible empoderarlos de sus realidades, haciéndoles entender que ellos desde su accionar como comunidad organizada pueden dar fe de sus verdaderas necesidades y contribuir a la solución. Pocas veces se les ha dicho a las personas que son ellas las encargadas de llevar la salud a sus territorios, la preocupación por satisfacer necesidades termina en una atención asistencialista que no dinamiza los procesos comunitarios. La población no se incluye únicamente dando atención, hay que darles participación en la toma de decisiones.

4. Los retos de las estrategias de comunicación en salud

A modo de conclusión y retomando palabras del comunicólogo Gumucio Dagron (2010), quien mencionó que por años ha visto en el área de la salud «acciones de comunicación para el desarrollo que no comunican» (pág. 69); también dijo que una de las posibles causas es la confusión entre comunicación e información, que «contribuyen

a distorsionar aún más el escenario, impidiendo la formulación de verdaderas políticas y estrategias de comunicación, y sustituyendo a estas con campañas puntuales y un activismo que ya ha demostrado con creces su ineficiencia» (pág. 74). Esto puede ser tomado como una invitación a reflexionar sobre el porqué, en muchas ocasiones, las estrategias de comunicación no logran los resultados esperados.

Por lo general las disciplinas de la comunicación y la educación en el campo de la salud se han abordado de forma aislada y desarticulada; y aunque en los últimos años se han presentado propuestas para integrarlas, aún no se han obtenido los resultados esperados. Una de la más utilizadas en el contexto latinoamericano es la estrategia I.E.C (Información, Educación y Comunicación), que busca «promover o consolidar, a través de la combinación de tecnologías, enfoques comunicacionales y procesos de socialización; cambios de comportamiento o actitudes en determinadas audiencias en áreas del desarrollo como salud y educación» (Mocelli, 2014).

Otra estrategia frecuente en los programas de salud es la COMBI (*Communication for Behavioral Impact*-Comunicación para impactar conductas), que pretende, de manera estratégica y articulada, «planificar, poner en práctica y vigilar la movilización y comunicación social, para lograr y mantener resultados conductuales muy específicos relacionados con la prevención y el control de las enfermedades transmisibles» (Lloyd, 2005).

Como puede verse, ambas estrategias tienen una fuerte apuesta conductista centradas en modificar e influir en los comportamientos de las personas, privilegiando el componente informativo, y las concepciones que tienen de educación y comunicación se soportan desde un modelo tradicional de educación. La comunicación mientras tanto, se desarrolla con una perspectiva difusionista, centrada en los medios masivos y tecnológicos.

Y es que un reto grande para las comunicaciones es, y ha sido, trascender precisamente esa brecha de lo meramente informativo, sin negar que los medios y los productos de comunicación son valiosas herramientas de difusión, pero que se han confundido como las comunicaciones mismas, distorsionando lo que son en esencia: un proceso de interacción. Ésta es una de las potenciales causas que pueden llevar a que muchas estrategias de comunicación no logren sus objetivos, porque están centradas únicamente en el producto, en la necesidad de mostrar resultados para cumplir con determinados indicadores, sin importar el impacto real que puedan tener.

A lo anterior muchas veces se suma la homogenización de las audiencias y una idealización del alcance de los medios de información. En una estrategia de comunicaciones que busque la promoción de temas de la salud, el enfoque convencional generará cuestionamientos sobre: ¿Qué medio se debe utilizar para que la información

llegue hasta estas personas? ¿Qué lenguaje y a qué hora la gente lo sintonizaría? ¿Con qué frecuencia y con qué recursos se cuentan?, etc. Probablemente se terminaría proponiendo un programa de televisión o de radio para hablar de salud con un experto, lo cual no es del todo malo, pero quién garantiza que con eso se está promocionando realmente la salud e impactando positivamente en una comunidad.

En los municipios que participan en el proyecto APS Suroeste, se pudo evidenciar las notables diferencias comunicacionales en cada uno de los territorios: mientras que en unos abundan los medios locales, con audiencias frecuentes y un alcance de casi todo el territorio, otros carecían de estos, no contaban con profesionales y recursos técnicos que apoyaran la realización frecuente de programas, o tenían un alcance limitado a lo urbano y a una mínima porción del área rural a la que llega la señal.

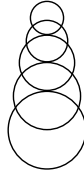
En esta perspectiva, pensar solamente en el producto no es garantía de que la estrategia cumpla el objetivo propuesto, pues se ha evidenciado que la efectividad de los programas y las campañas de comunicación para la salud, dependen de la participación activa de la comunidad que, directa o indirectamente, son afectadas en la implementación de las estrategias de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, en las que es fundamental que se tenga en cuenta su contexto social.

El reto entonces, sería abandonar esta visión instrumental de las comunicaciones y plantear estrategias que permitan reflexionar y actuar acorde con las realidades sociales y las dinámicas comunicativas del territorio, reflexionando, más allá del medio a utilizar, en cómo hacer para que la gente se involucre y tome un papel verdaderamente activo en la gestión de su salud, cómo pueden ellos mismos hacer visibles sus realidades y sus historias y hacer que los escuchen. En otras palabras, proponer, a través de las comunicaciones y las herramientas con las que esta cuenta, formar a las comunidades como actores partícipes de su salud, lo cual no es una tarea fácil, porque como ya se ha dicho, la realidades sociales son complejas e intervenir en ellas es un proceso lento y riguroso del que se aprende sobre la marcha.

5. Referentes bibliográficos

1. Gumucio Dagron, A. (2015). *Comunicación para el Cambio Social*. Recuperado de http://www.comunicacionparaeldesarrollo.org/media/uploads/cyclope_old/adjuntos/comunicacion-para-el-cambio-social-120250138865361-4.ppt
2. González, F. (2005). ¿Qué Es Un Paradigma ? Análisis Teórico, Conceptual. *Investigación Y Postgrado*, 20(1), 13–54.
3. Gumucio Dagron, A. (2010). Cuando el doctor no sabe. *Estudios Sobre Las Culturas Contemporáneas, Época II.*, 67–93.

4. Lloyd, L. S. (2005). COMBI: Comunicación para impactar conductas. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/textocompleto/iden28034.pdf>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud (2016). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
6. Mocelli, M. (2014). Estrategias de información, educación y comunicación: objetivos, modelos y teorías. Recuperado de <http://slideshowes.com/doc/636886/2-estrategias-de-informaci%C3%B3n--educaci%C3%B3n-y-comunicaci%C3%B3n>
7. Ministerio de salud. (2012). Plan Decenal de Salud Pública, PDSF, 2012-2021. *Ministerio de Salud*. Bogotá
8. OPS/OMS. (1998). La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis de desempeño y bases para la acción. *Publicación Científica Y Técnica N.º 589., 1(OPS)*, 417.
9. Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. En *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978* (p. 3). Alma-Ata.
10. Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Promoción De La Salud*. Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
11. Organización Mundial de la Salud. (1992). Declaración de la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Promoción de la Salud en América Latina (p. 4). Santa Fe de Bogotá.
12. Organización Mundial de la Salud. (1993). Carta del Caribe 1993.pdf. In *Carta del Caribe* (p. 5). Puerto España.
13. Organización Mundial de la Salud. (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado (pp. 1–6). Recuperado de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
14. Gumucio Dagrón, A. (2015). *Comunicación para el Cambio Social*. Recuperado de http://www.comunicacionparaeldesarrollo.org/media/uploads/cyclope_old/adjuntos/comunicacion-para-el-cambio-social-120250138865361-4.ppt
15. Mocelli, M. (2014). Estrategias de información, educación y comunicación: objetivos, modelos y teorías. Retrieved from <http://slideshowes.com/doc/636886/2-estrategias-de-información-educación-y-comunicación>
16. Páramo, P., & Otálvaro, G. (2006). Investigación Alternativa : Por una distinción entre posturas epistemológicas y no entre métodos. *Cinta de Moebius*, 8.
17. Pinto, María Cristina. Jiménez García, L. (2016). Estado de la cuestión en comunicación para el cambio. In *Comunicación para la movilización y el cambio social* (p. 191). Medellín: Sello Editorial Universidad de Medellín.
18. Real Academia Española. (2017). Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=A58xn3c>



«Uno solo no es capaz». Desafíos de la gestión territorial de la salud en el ámbito municipal —Entrevista a Javier Alonso Bolívar Echeverri, secretario de Salud y Bienestar Social del municipio de Ciudad Bolívar²⁷—

Javier Alonso Bolívar Echeverri²⁸

1. El contexto de la gestión municipal de la salud en Colombia. Una aproximación inicial

Para resumir la situación de la gestión de la salud en el ámbito municipal en Colombia, como contexto necesario para comprender las reflexiones que comparte un tomador de decisiones locales, optamos por presentar de manera sintética los principa-

27 Entrevista realizada por Gabriel Jaime Otálvaro Castro, profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. PhD (c) en Salud Colectiva. Coordinador del proyecto BUPPE APS Suroeste. Y Andrés Colorado Vélez, sociólogo de la Universidad de Antioquia. Referente del componente de participación social y gestión comunitaria de la salud del proyecto BUPPE APS Suroeste, durante los meses de diciembre de 2016 y enero de 2017. Los entrevistadores fueron los responsables de la organización del texto final de la entrevista.

28 Gerente de Sistemas de Información en Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, especialista en gestión de proyectos. Secretario de Salud y Bienestar Social del municipio de Ciudad Bolívar.

les hallazgos de uno de los estudios recientes de mayor relevancia en el país. Dicho estudio tuvo por objeto comprender el proceso de toma de decisiones políticas y de la gestión de la salud pública a nivel municipal²⁹. Dada su pretensión comprensiva, sus resultados son útiles para hacerse una idea de las condiciones bajo las cuales se realiza la gestión territorial de la salud en el país. Todas las anotaciones de esta primera sección del artículo, tienen como fuente el texto mencionado en la nota al pie de página.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el Estado asume la función de rectoría, vigilancia y control, transfiriendo las responsabilidades de la gestión en salud a los entes territoriales (departamentos, distritos y municipios), delegando la función de aseguramiento, prestación de servicios y las acciones de salud pública a las aseguradoras e instituciones prestadoras de servicios de salud tanto públicas como privadas (Molina, Ramírez, & Ruiz, 2013).

La rectoría se puede entender como la capacidad para conducir el sistema de salud, movilizar actores, regular su funcionamiento, modular el financiamiento, garantizar el aseguramiento, armonizar la provisión de servicios y ejecutar las funciones esenciales de salud pública, que incluyen once grandes áreas de actuación entre las que se destacan: el análisis de situación de salud, la vigilancia de la salud pública, la promoción de salud, la participación social en salud, el desarrollo de políticas en salud, la regulación y fiscalización en salud; la evaluación del acceso a los servicios, el desarrollo de recursos humanos, la garantía de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos, la investigación en salud y la gestión preventiva de emergencias y desastres (Molina et al., 2013).

El estudio referido concluye que la rectoría y la gobernanza en salud pública en el SGSSS son débiles e inciertas. Sus limitaciones son el producto de: (a) debilidad en la capacidad de rectoría del Ministerio de Salud, de las secretarías departamentales y municipales de salud ligada a prácticas clientelistas; (b) dificultades en la articulación y la cooperación intersectorial e interinstitucional; (c) carencias del sistema de información en salud y asimetría de la información entre los actores; y (d) falta de capacidad para ejercer la vigilancia y el control (Molina et al., 2013).

Al analizar el panorama de las características de las políticas y programas de salud pública, concluyen que están fragmentadas, siendo gestionadas en temáticas específicas

29 *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares* / Gloria Molina Marín y otros. Medellín: Pulso & Letra Editores, 2014.

desconectadas entre sí. Su viabilidad y continuidad dependen en gran medida de la voluntad política de las autoridades locales y se ven limitadas entre otras, por: (a) el bajo presupuesto dispuesto para la salud pública y la concentración de estos en acciones curativas; (b) la centralización de las decisiones políticas y el bajo reconocimiento de las particularidades locales en la normativa nacional; (c) la limitada planificación de largo plazo, que se complementa con la discontinuidad en las políticas y programas producida por los cambios en cada administración municipal; (d) la falta de compromiso de los actores privados, con los asuntos de la salud pública, principalmente las aseguradoras; (e) la segmentación de la población y la fragmentación de los servicios, producto del diseño del SGSSS; (f) la pérdida de recursos y memoria institucional por los cambios de los programas cuando cambia la administración, por la alta rotación y la discontinuidad del personal; (g) la insuficiente evaluación y seguimiento a las políticas y programas de salud pública (Molina et al., 2013).

Concluyen que los intereses políticos clientelistas y de entidades privadas interfieren en las decisiones de las políticas y la gestión territorial de la salud pública, que es producido por: (a) el desconocimiento de los requerimientos técnicos del sector, debido a que las decisiones que deben tomarse responden a criterios clientelares, lo que afecta la prioridad de la salud pública en las políticas de salud territoriales; (b) el desarrollo de las políticas de salud pública responde más a compromisos personales y profesionales de algunos políticos, que a una programación en la agenda política local; (c) el clientelismo con la gestión del talento humano; (d) la corrupción en la asignación de recursos, entre otros (Molina et al., 2013).

Al indagar por la participación social en salud, el estudio identificó que la participación comunitaria en el desarrollo de la salud pública tiene como fortaleza la utilización de las instancias y escenarios de participación institucional definidos en las normas. En cuanto a las debilidades de esta se identificó: (a) captación de líderes con fines electorales partidistas por parte de los políticos locales; (b) limitada voluntad política –tanto de los actores gubernamentales, como de los partidos políticos– para ceder el poder a los ciudadanos en la toma de decisiones; (c) las directrices políticas de los gobiernos que permiten la fragmentación de la contratación en salud dificultan la participación social; (d) fragmentación de los procesos de participación y falta de planeación que afecta la capacidad de incidencia; (e) limitada formación, capacitación, información y comunicación a los líderes y organizaciones. Los líderes centran su atención en resolver problemas de acceso y calidad de los servicios curativos, se preocupan poco por asuntos de salud pública, además presentan, bajo conocimiento de los planes territoriales de salud (Molina et al., 2013). Evidentemente un contexto de extrema complejidad.

2. Un secretario de Salud hecho a pulso. Breve semblanza de Javier Bolívar

Hijo de madre docente y padre agricultor, nació en Ciudad Bolívar, Antioquia un 19 de junio de 1985, tiene cuatro hermanos y dos hermanas. Estudió la primaria en la Institución Educativa La Inmaculada y la secundaria en el Liceo San José del Citará, donde se graduó como bachiller comercial en el año 2001. En el transcurso del bachillerato perteneció a varios grupos culturales del municipio dedicados a la fotografía, la música y la participación juvenil.

Luego del bachillerato, se presentó a la Universidad de Antioquia, seccional Suroeste, y en 2003 empezó a cursar la Tecnología en Sistemas de Información en Salud. Los estudios universitarios los alternó con actividades deportivas, sobre todo el baloncesto donde hizo todo el proceso de participación en grupos representativos: escolares, inter-colegiados y selección mayores. Por el lado de los grupos juveniles, pasó de ser integrante a coordinar un grupo y a trabajar en torno a la política pública de juventud del municipio, lo que le permitió llegar al Consejo Municipal de Juventud.

Luego de terminar la Tecnología en Sistemas de Información en Salud, a finales del año 2006, con 21 años de edad tuvo la posibilidad de trabajar en Briceño, coordinando el tema de sistemas de información en salud: vigilancia epidemiológica, aseguramiento en salud, SIVIGILA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica), RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud) y estadísticas vitales. La experiencia de trabajo en este municipio de 9.000 habitantes fue muy productiva, pues le permitió conocer la realidad de otra subregión del departamento, con profundas necesidades en el sector salud.

En el 2008, con el deseo de avanzar en el proceso formativo académico, buscó otras posibilidades y tuvo la oportunidad de trabajar en el municipio de Amagá, realizando las mismas funciones que antes desempeñó en Briceño. Contrario a éste, Amagá es un municipio de economía minera y agroindustrial, más grande y cercano a Medellín. Una experiencia marcada por relaciones difíciles entre el hospital y la administración municipal, lo que dificultó el tema de la gestión de la salud. En esa época el periodo de alcaldes y de gerentes de la E.S.E. Hospital no era simultáneo, lo que creaba fricciones complejas al no existir una articulación entre la visión del gerente de turno y la nueva administración, máxime cuando gran parte de los recursos para la salud que llegan al municipio debían ser ejecutados por la E.S.E. Hospital. Durante este periodo continuó estudiando en la Universidad de Antioquia, sede Medellín, el ciclo de profesionalización, viendo cuatro materias por semestre, al tener que trabajar y estudiar simultáneamente.

En Amagá estuvo tres años (2008-2010). Ya en el año 2011 se fue a trabajar a Venecia, también a coordinar los sistemas de información en salud. Allí se encontró con un panorama distinto: un municipio de relaciones más armoniosas entre la E.S.E Hospital y la administración municipal, lo que facilitó el trabajo de gestión de la salud, además que el secretario de salud era muy diligente y tenía claro lo que cada persona debía hacer en su equipo de trabajo.

En 2011 terminó la profesionalización en la Universidad de Antioquia, obteniendo el grado como gerente de Sistemas de Información en Salud. Dos meses después le proponen trabajar en Fredonia, realizando las mismas tareas con los sistemas de información, lo cual alterna entre los municipios de Venecia y Fredonia, que son cercanos (se encuentran a 15 minutos de distancia). En 2012, con el cambio de alcaldía, se queda trabajando exclusivamente en Fredonia, pero allí la experiencia fue complicada: un secretario de salud nuevo, administrador público sin experiencia en el sector salud, una situación financiera difícil con pagos retrasados a los trabajadores y realizando roles sin relación con la competencia profesional. No obstante, un momento de aprendizajes.

A mediados de 2012 inició un proceso de formación con el SENA Ciudad Bolívar, durante los fines de semana, para realizar una especialización tecnológica en gestión de proyectos, un tema que siempre le ha gustado. Al final de 2012 el gerente del hospital del municipio de Venecia, le propone vincularse a su equipo, iniciando labores en enero de 2013. Ahí en la E.S.E. de Venecia era el todero: manejaba el sistema de información del hospital, la historia clínica electrónica, todos los módulos del sistema de información de gestión hospitalaria (nómina, la historia clínica, facturación, presupuesto). Una experiencia gratificante que recuerda con mucho cariño.

A mitad del año 2013 terminó la especialización tecnológica y le resultó una propuesta laboral en Medellín en la ONG Corporación Ayuda Humanitaria, para trabajar en el tema de gestión de proyectos. Fue una nueva experiencia, pasar del sector público al privado, del área de la salud al área social. Ahí estuvo hasta el 2015, año en el que se retiró para montar una empresa de asesoría en proyectos con un colega, que le permitió trabajar en Abriaquí y Angostura, construyendo el Plan Decenal de Salud Pública y haciendo auditorias del régimen subsidiado.

A su vez, se presentó como candidato al Concejo Municipal de Ciudad Bolívar, por el partido Opción Ciudadana; experiencia que le permitió conocer con más detalle, desde adentro, los aspectos de la política en un municipio. En esa experiencia no llegó al Concejo, pero su partido hizo coalición con el alcalde electo. Así fue como empezó a trabajar en el equipo de empalme y, el 2 de enero de 2016, inició su experiencia como secretario de Salud de Ciudad Bolívar.

3. Un diálogo en torno a la gestión territorial de la salud y sus desafíos

— **¿Cuál es la lectura del contexto de la Secretaría de Salud a su llegada al equipo de gobierno en el periodo 2016-2019? ¿Qué lectura hace de la situación en la gestión de la salud en ese momento?**

En época electoral, uno de los caballitos de batalla fue la E.S.E. Hospital La Merced. Ese fue uno de los temas más álgidos en la contienda política, inclusive todos los candidatos hablaron sobre esto, porque había una apreciación desfavorable de la comunidad frente a la prestación de los servicios de salud de la E.S.E. Este fue un aspecto que se tocó en campaña, y cuando llegamos al proceso de empalme se pudo vislumbrar un poco.

Cuando el alcalde electo me hace la propuesta de hacer parte de la comisión de empalme, a mí me correspondió revisar el empalme en la Secretaría de Salud y también en la Unidad Ambiental, que fueron las dos dependencias que ayudé a recibir. En lo que corresponde a la Secretaría de Salud como tal, me entendí con la doctora Luz Marina, la secretaria de Salud del periodo anterior. En esta comisión de empalme se evidencia que la Secretaría de Salud tuvo un distanciamiento grande con la E.S.E. Hospital La Merced, que además no pudo cumplir con algunas metas programadas. En cuanto a Bienestar Social me encuentro con unos programas y proyectos fortalecidos: discapacidad, juventud, MANÁ, Familias en Acción; también una estructura orgánica acorde con las necesidades de la Secretaría, con personal a cargo de estos.

Entonces cuando luego hago una lectura de lo encontrado y de acuerdo con la información y experiencia, diseño un esquema organizacional de la Secretaría de Salud. También hice un mapa de las necesidades según lo encontrado en todos los informes y de lo que se debe hacer en la Secretaría y traté de darle estructura. Eso fue lo que hice en el empalme, mirar cómo se manejaban los programas del adulto mayor, de Familias en Acción, de MANÁ, cómo fue el Plan de Desarrollo, el tema de la comunidad indígena, todos los programas que se manejan en el municipio desde salud pública como tal, y se empezaron a ver las diferencias tan marcadas entre la E.S.E. y la Secretaría de Salud.

Posteriormente pasé a la Unidad Municipal de Asistencia Técnica Agropecuaria-UMATA, donde también había unas necesidades que se cruzan con la salud. Allí se encontró que ellos gestionan lo ambiental con un gran componente comunitario, tienen un promotor rural y comunitario. Trabajan el tema de acueducto y de saneamiento, también con procesos productivos y de seguridad alimentaria. Conocer la UMATA también me sirvió para ejercer este cargo.

Luego de eso, se hizo un consolidado de lo que se vio con el equipo de empalme, que se le presentó al alcalde. En términos generales se encontró que la Secretaría de

Salud se encontraba bien manejada. La más grande dificultad era el tema de la relación con el hospital y algunos indicadores de baja ejecución producto de esto mismo. Por ejemplo, el programa Buen Comienzo Antioquia fue mal calificado en el 2015, debido a la mala planeación y ejecución; APS también obtuvo una mala calificación por parte de la Gobernación, al igual que los proyectos de Salud Pública. Eso fue lo más complejo que encontré.

El 2 de enero de 2016 me posesioné como secretario de Salud. Ese día tuvimos el primer Consejo de Gobierno con el alcalde, ya que el día anterior fue el evento público en el parque, con el acto de posesión de los secretarios de la alcaldía. El proceso de empalme fue un proceso muy tranquilo, no como lo que escucha uno de otros amigos que mencionan que fue un empalme muy difícil, que no les entregaron la información, que la gente dejó eso tirado. La verdad aquí en Ciudad Bolívar fue un empalme muy profesional, donde quienes estaban, entregaron según la norma, como se debía de hacer.

Inició entonces el 2 de enero de 2016, confundido porque igual ese reto nunca lo había asumido, con conocimiento en algunas cosas, con la experiencia de haber conocido varios municipios y haber trabajado en varios ámbitos en la empresa, en el sector privado; el haber conocido el funcionamiento de una organización me ayudó a mirar esto de una manera integral.

Para iniciar procuro organizar un equipo interdisciplinario. Por ello contraté a un profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud, que ha sido mi mano derecha, un gran apoyo, en el proceso de planeación, con los sistemas de información, en temas más bien estratégicos, haciéndole monitoreo al Plan Operativo Anual y toda esa parte. Otro profesional de la Secretaría, un administrador en salud, trabaja el tema de aseguramiento, de vigilancia epidemiológica y las bases de datos. Con la niña que maneja Familias en Acción y que ya lleva muchos años en la Alcaldía y la Secretaría y a través de su experiencia me fue diciendo cómo solucionar algunas cosas; el que maneja MANÁ también se mostró muy activo.

Una de las primeras acciones que realizamos como equipo fue organizar los programas sociales, el del adulto mayor tratamos de darle una estructura, al igual que al de discapacidad, luego llegó MANÁ, juventud, y toda la parte de bienestar social. Posteriormente llega el programa de Buen Comienzo, que es operado por una ONG.

También organizamos salud pública. Con el hospital empezamos a darle organización a este tema, mejor dicho, lo primero que hicimos aquí fue organizar la forma de planeación, saber qué queríamos y cómo lo íbamos a hacer. En ese proceso iniciamos también el Plan de Desarrollo Municipal, ir a veredas, conocer las necesidades de la comunidad, fue muy desgastante ese primer semestre, fue muy complicada la planeación y las salidas, pues también estaban las obligaciones cotidianas de este rol.

Después llegó la recertificación, entonces teníamos en Plan de Desarrollo a toda la gente encima, uno apenas conociendo, el alcalde con sus afanes queriendo que todo se hiciera bien pero rápido, la verdad fue muy complejo. Inclusive eso le costó algunos secretarios: se nos fue la niña de Tránsito, la de Educación, el de Planeación, fueron unos momentos estresantes y a la vez muy satisfactorios.

Luego se empezó a consolidar un equipo de trabajo, comenzamos a organizar todo. Conocer el Proyecto APS Suroeste fue una gran bendición en ese momento, porque teníamos un asesor de lujo que era la Universidad de Antioquia que nos ayudó a estructurar todo el Plan Territorial de Salud, el Análisis de Situación de Salud, a actualizar un poco las ideas que tenía en el manejo de la Secretaría, a manejar todo lo de salud pública de forma más organizada. Todo ese tiempo fue de planeación.

Un aspecto difícil que se enfrentó en ese momento fue lo relativo a la selección del gerente del hospital. La gerente que terminó con el gobierno anterior era muy difícil, prácticamente esos tres primeros meses las relaciones fueron muy tensas; como no fue reelegida para la gerencia ya no contestaba el teléfono, el hospital era una isla por completo, fue muy complicado. Cuando ella sale iniciamos el proceso de selección del nuevo gerente, un proceso también estresante por la normatividad, mientras tanto estuvo al frente una gerente *ad hoc*, casi tres meses. Con ella pudimos adelantar cositas de salud pública, empezar a cambiar y organizar la Junta Directiva, ir moldeando el hospital a las necesidades de la población. Luego llega el gerente Mauricio Toro en propiedad. Fue un año muy complejo porque tuvimos tres gerentes en la E.S.E. hospital mientras íbamos organizando todo.

Con la Universidad también estuvimos apoyando el desarrollo del proyecto APS y tratamos de darle respuesta a todo. Más adelante llegan los practicantes que nos ayudaron con muchos procesos de la Secretaría y de la parte ambiental. Tuvimos una buena empatía con los muchachos y trabajamos este año 2016 de la mejor manera posible, conociendo más a fondo el municipio y las comunidades. El año pasado tuvimos también elecciones de las Juntas de Acción Comunal, lo que fue complejo porque cambiaban las estructuras de participación comunitaria. Entonces el año pasado fue mucho de planeación, de organizar y prepararnos para un nuevo año.

— **¿Alguna anotación respecto a la lectura sobre lo organizacional, sobre la capacidad técnica disponible de la Secretaría de Salud para asumir el ejercicio de la conducción del Sistema Local de Salud?**

Habría que puntualizar un poco en ese tema de la capacidad de rectoría. El sistema de salud en Colombia es muy complejo porque está en constante cambio, es muy dinámico, de muchas responsabilidades, y la verdad la lectura que yo le hago a este primer año es que las entidades territoriales trabajamos muy solas. Es decir, el Gobierno

nacional, departamental, e inclusive la misma Supersalud, los entes de control, todo el mundo exige a las secretarías de salud, pero no dan las herramientas ni los recursos. Estos últimos en los municipios son muy escasos, en salud prácticamente se puede utilizar lo que llega por Salud Pública y por Coljuegos. De recursos propios muy poquita plata porque por lo general en estos municipios el gasto de funcionamiento se come mucho, entonces en la inversión de recursos propios casi todos se los meten a infraestructura y vivienda. En un municipio de sexta categoría el ejercicio de rectoría a veces es muy complejo, uno quisiera hacer muchas cosas pero también necesita recursos.

Con el tema del hospital evidencí que no había una adecuada planeación y ejecución. Los rectores, por ejemplo, decían que los proyectos de salud pública siempre llegaban a última hora, en noviembre cuando se iban a ir, que no era un personal muy bien capacitado, también identifiqué esa dificultad.

Otra de las cosas que encontré fue que el trabajo intersectorial era dificultoso. El primer año me di cuenta de eso, de que hay muchos procesos, que educación hace una cantidad de cosas, el hospital, los colegios, la Policía, organizaciones comunitarias, pero todo muy desarticulado.

Muchas veces interfiere el tema del protagonismo, de vanidad, de que reconozcan que yo hago mucho; entonces lidiar con egos ha sido difícil, porque no es solo lidiar con un hospital sino también con otros secretarios, rectores, presidentes de Juntas de Acción Comunal, docentes, con los que trabajan en el CDI, con muchos actores que tienen que ver con la Secretaría de Salud y Bienestar Social, y que a veces, unos tienen un compromiso mayor que el de otros. Esto no es exclusivo únicamente de la E.S.E. pues Ciudad Bolívar es un municipio grande, tiene mucha institucionalidad, pero que a la hora de buscar ese diálogo, esos objetivos comunes, a veces se dificulta un poco.

Con la Universidad trabajamos el tema de la intersectorialidad, ahí vamos, fue complicado, pero se hicieron algunos ejercicios importantes. Hoy por ejemplo estábamos trabajando con la Policía el tema de colegio seguros, evaluando sobre cómo los íbamos a intervenir con el tema de seguridad en los colegios, entornos saludables, y había poca participación de algunos rectores. Es ahí donde uno se cuestiona sobre cómo cada día hay que estar pensando en nuevas estrategias para que la gente se enamore de los procesos y se puedan realizar de una mejor manera.

Ahora, el tema del ejercicio político con el Concejo Municipal, que no lo había mencionado, es complejo. Hay unos concejales muy bien estructurados y hay otros que de pronto desconocen mucho la parte de salud y protección social. A veces el tema político se complica porque si le estamos ayudando a una persona, entonces que porqué a este otro no, a todo eso toca hacerle frente. Entonces es el tema técnico, el político, el de vanidades con muchas personas; hay que lidiar con todo eso y es con lo que nos encontramos cada día en este proceso.

En cuanto a la relación con otros niveles de gestión, la verdad es que andamos muy abandonados de los entes nacionales. La Gobernación exige mucho, pide mucho requerimiento, mucha cosa. Pero a la hora de la verdad estamos muy solos en muchas cosas, porque ellos tienen afán de cumplir con lo suyo. La prestación de servicios de salud es muy difícil. Con la E.S.E. a veces a uno se le va un día resolviendo: «por qué no le entregaron un medicamento», «por qué no le dieron una autorización o una orden» y todo eso le toca a uno como secretario, «que me atendieron mal en el hospital», «qué tal persona me miró feo», «que el médico le para más bolas al celular que a uno», son cositas del día a día que uno piensa que van a cambiar, pero cada vez aumentan más, pero ahí vamos con eso.

— ¿Cómo describirías la situación de la salud en el municipio de Ciudad Bolívar?

La situación de salud en el municipio tiene un perfil complejo, predominan las enfermedades no transmisibles, los temas de hipertensión, de enfermedades crónicas, el EPOC, que se atienden normalmente en el hospital y las IPS privadas que existen en el municipio. Ciudad Bolívar actualmente cuenta con una E.S.E. de segundo nivel y tiene dos IPS, de la EPS Café Salud y de Coomeva EPS, además de algunos médicos particulares y centros odontológicos que prestan sus servicios de salud de manera privada, acorde a la demanda de los usuarios.

Ciudad Bolívar tiene alrededor de 30 mil habitantes, 18 veredas, tres corregimientos y tiene varios parajes que a veces los asimilamos como veredas. Es 50% rural y 50% urbano. En lo rural y lo urbano hay algunas diferencias a nivel de salud, básicamente porque en la zona rural no contamos con acueductos que cumplan y sean aptos para el consumo humano, no tiene Índice de Calidad del Agua que certifique que es agua apta para el consumo humano, lo que propicia ciertas enfermedades como la diarrea, la gastroenteritis.

Tampoco existe una adecuada disposición de residuos, por lo que estos van a dar a los ríos, o en su defecto algunos realizan quemas. Por otra parte, la empresa de aseo tiene una ruta pero solamente en dos corregimientos, de resto la disposición de los residuos en la zona rural no es adecuada.

Al tener una economía donde predomina la agricultura, principalmente el café, los agrotóxicos y el tema del desperdicio del beneficio del café, como la pulpa, no se le da un tratamiento adecuado y esta va a las cuencas hídricas de cada una de las veredas, lo que influye notoriamente en el tema de salud de estas comunidades. Además, estas no están muy empoderadas de una visión amplia de la salud, por lo cual ellos van a concebir una buena salud respecto a la atención que les presta el hospital.

A nivel urbano existen puntos donde se han presentado enfermedades transmitidas por vectores: dengue, chikungunya. También hay casas que no cuentan con el acueducto y que tampoco cuentan con unos adecuados hábitos de higiene.

Si uno se pone a mirar a nivel urbano los focos se dan básicamente en unas zonas específicas como los sectores de Playas, Guayacanes, Palmas, la cabaña Francisco César, que son los barrios más vulnerables del municipio, donde hay un fuerte hacinamiento en las casas. Vemos que las familias tienen una economía basada en el café, donde son tres meses de cosechas; en los otros tiempos hay una reducción del poder adquisitivo y por lo tanto muchas familias viven juntas en una casa, lo que dificulta una sana convivencia. Ahí es donde también aparecen problemas de salud mental muy fuertes en el municipio, el cual está casi tres veces por encima de la tasa de violencia intrafamiliar en relación con la del departamento. El tema de salud mental es fuerte en el municipio y una de las causas que hemos analizado de este problema es la economía tan informal del municipio.

En cuanto a la seguridad alimentaria hay un contraste frente a la malnutrición. Vemos que el sobrepeso está presente en los niños del municipio, según los informes del programa Buen Comienzo aproximadamente el 15 % de los niños están en sobrepeso y el 5% en bajo peso. Estos niños no van a tener un adecuado desarrollo. No hay unos buenos hábitos de alimentación y a esto hay que trabajarle fuertemente, pero no contamos con una nutricionista que nos oriente sobre el tema.

Frente al tema de seguridad y riesgos laborales, vemos una alta evasión de las empresas que dan empleo en el municipio para ingresarlos a Sistema General de Seguridad Social en el régimen contributivo, toda la carga está en el régimen subsidiado. Entonces si a estas personas les llega a pasar un accidente laboral, están desprotegidos y esa carga la asume el sistema público. Si llegan a fallecer el sistema como tal no les va a cubrir esa contingencia que tengan y seguimos en ese círculo de pobreza que impide que las familias tengan ese tema resuelto.

Como veo la situación de salud en el municipio, hay una buena oferta institucional, una buena cobertura en aseguramiento, solo tenemos un 2% de la población no asegurada, lo que indica que tenemos una buena cobertura. Tenemos un hospital de segundo nivel que nos permite atender desde algunas especialidades. Esto es a groso modo la situación en el municipio.

— ¿Cómo describirías tus quehaceres principales como secretario de Salud?

Hay varios procesos primordiales. El primero, y el más importante, es la planeación del territorio ya que en cabeza de la Secretaría está el cómo hacer ese modelo de atención en salud, de gestión de la salud en el interior del municipio. Dentro del quehacer es la responsabilidad más importante, la planeación de la salud en el territorio.

Un segundo proceso importante es el de aseguramiento, ya que la Secretaría debe velar por que todos los actores del sistema que confluyen en el aseguramiento, no so-

lamente del subsidiado sino también del contributivo y de riesgos laborales, también se cumpla.

El tercero es la vigilancia epidemiológica. Aunque hay unas falencias en los sistemas de información, ha habido avances importantes gracias al acompañamiento que la Universidad de Antioquia nos ha dado en el tema de vigilancia.

Como cuarto proceso primordial tenemos la gestión de los sistemas de información, que es distinto al de vigilancia, pues tiene que ver con otro tipo de sistemas de información que se manejan en el municipio con informes que hay que rendir periódicamente a los diferentes entes (llámese Gobernación de Antioquia, Superintendencia Nacional Salud, Ministerio de Salud, Contraloría, Procuraduría, Personería, y otros entes de control). Hay que tratar de tener una información consolidada del municipio en este tema, que nos apoye para rendir informes y para tomar decisiones en la planeación.

El quinto proceso es el de bienestar social. En este desarrollamos programas de primera infancia, para jóvenes, adolescentes, adultos mayores, discapacitados, población LGTBI, afro, población vulnerable como tal.

— **Pensando en la rectoría y el papel de la Secretaría de Salud como la autoridad sanitaria en el municipio ¿en qué condiciones se hace, cuáles son las principales limitaciones que identificas?**

Frente a la planeación como tal, una de las ventajas que vi al llegar a la Secretaría fue que la Universidad de Antioquia estaba presente con el proyecto APS Suroeste, eso fue una oportunidad que permitió pensar distinto, fue una ventaja grande.

Igualmente se contó con unas herramientas como el ASIS —Análisis de la Situación de Salud— del municipio. Además del Plan Territorial de Salud que estaba en un 70-80% construido, ya que en el 2015 fue trabajado con apoyo de la Universidad. Entonces estos ejercicios permitieron tener una adecuada planeación del territorio y aportaron en la formulación del Plan Territorial y el Plan de Desarrollo Municipal del periodo 2016-2019.

Entre las desventajas que tiene este proceso se encuentra primero la limitación en el recurso humano porque no es suficiente, es limitado. Segundo el tiempo, porque una Secretaría maneja múltiples ocupaciones, problemas que se presentan en el día a día, tareas que le pone a uno el alcalde o las personas, entonces ese proceso y ejercicio de planeación a veces se vuelve complejo y difícil porque no hay suficiente tiempo para uno concentrarse en el ejercicio. Otro aspecto son los sistemas de información, a pesar de que se han hecho unos esfuerzos grandes por parte del municipio, de la Secretaría de Salud departamental y del Ministerio, todavía no tenemos una información organizada, oportuna o confiable en tiempo real, que nos permita tomar decisiones oportunas. Lo

otro es la rotación en el personal que muchas veces se da en estas instituciones, a veces es complejo organizar la planeación y consolidar un equipo de trabajo. En ocasiones el tema político influye mucho, incluso en la misma planeación, porque hay que pensar en lo que es viable políticamente y que pueda beneficiar al gobernante de turno. No es un secreto que ese tipo de cosas hay que priorizarlas. Eso a nivel de planeación.

La gestión del aseguramiento es uno de los procesos más organizados que existen en el municipio. Actualmente se cuenta con un profesional del área de la Administración de Servicios de Salud operando este proceso. Por lo general las dificultades tienen que ver con la atención al público. Este proceso está bien consolidado, tiene buen acompañamiento por parte de la Secretaría Seccional de Salud; hay una normatividad y unos informes que se deben estar rindiendo. De pronto la dificultad está con las empresas de régimen contributivo, ya que apenas nos están dando facultades para poder pedirles información y hacerles auditoría.

Anteriormente solo teníamos relación con las del régimen subsidiado como tal y la población pobre no asegurada, y el régimen contributivo parecía un espacio independiente, pero ya una de las prioridades, inclusive desde el año pasado, es hacerle auditorías a las EPS del régimen contributivo. Ha sido un proceso porque igual hay que empezarlas a llamar a preguntarles: «vea es que ustedes también tienen que rendir informes acá, cuál es el perfil sociodemográfico que ustedes tienen de sus afiliados, cuáles son, cómo están conformados».

En cuanto al proceso de vigilancia epidemiológica está bien estructurado, ya que hay unos lineamientos por parte del Instituto Nacional de Salud, la Secretaría Departamental de Salud; hay unas instrucciones muy claras frente a cada uno de los eventos de interés de salud pública y frente a las competencias y responsabilidades de cada entidad. El municipio cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica, también con personas cualificadas, pero tiene mucha dificultad al momento de la operación porque la vigilancia epidemiológica siempre ha estado como responsabilidad de las entidades territoriales y su papel de rectoría. Es complejo porque hay más actores como las EPS, la ESE y los actores comunitarios; hay múltiples actores en el tema de vigilancia epidemiológica lo hace que sea un proceso difícil.

También nos encontramos con el desconocimiento, en algunos eventos epidemiológicos por parte del personal asistencial, ya sea porque no les gusta o no les interesa el tema de salud pública y la vigilancia, lo que ha dificultado mucho este tema. Este año inclusive nos dieron directrices por parte del Instituto Nacional de Salud para el tema de unidades de análisis y este ha sido un caballito de batalla con el personal asistencial, porque hay unas responsabilidades específicas con las que este personal no se quiere comprometer.

Este tema ha sido complejo porque a pesar de que es competencia de la Secretaría de Salud, lo ejecuta un tercero la E.S.E Hospital La Merced. Por esta razón, se dificulta el control, si es una tuberculosis que el tratamiento si sea supervisado, que la persona si vaya al hospital para que efectivamente vean que se tomó el medicamento, que le estén haciendo seguimiento a los contactos, que les hagan las visitas domiciliarias; tiene que estar uno encima de ellos para poder que hagan este tipo de intervenciones en la vigilancia epidemiológica.

Desde el equipo de salud pública, que son promotores, auxiliares de enfermería, no hay ningún problema, pero cuando llegamos al nivel ya netamente de médicos o especialistas, se dificulta un poco el proceso. Este tema también lo complica el cambio reiterado en los formatos o en las directrices para su uso, en ocasiones contradictorias entre lo planteado por parte del ente nacional y el departamental. A pesar de que es un proceso que está en la norma y es de estricto cumplimiento es algo complicado.

Esta vigilancia epidemiológica tiene dos instancias importantes, que son el Comité de Vigilancia Epidemiológica en el ámbito institucional municipal COVE, y los COVECOM, que son los Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitario, que en el municipio no se han implementado, allá hay que llegar. A nivel institucional veíamos un COVE de muy poca participación de personal asistencial, muy hermético, en donde prácticamente apenas nos están dejando participar como Secretaría. La idea es pasar de uno institucional a uno de carácter municipal. Se ha dificultado hacer el COVE municipal para gestionar la vigilancia epidemiológica porque no hay suficiente información de cada uno los eventos. Me explico, si hay una muerte perinatal, tenemos que averiguar qué pasó con esa madre, si tuvo los controles, si asistió, cómo era su alimentación, la atención, todo eso; muchas veces no se tiene información de estas personas, porque en el hospital hay una deficiencia y es que no contamos con historia clínica electrónica y a veces se dificulta ese proceso o la respuesta es que eso no está en la historia clínica.

Esas son dificultades a nivel de la institucionalidad, encontrar unos canales de comunicación, que aunque hemos trabajado fuertemente en eso, aún no veo que esté bien estructurado y funcione adecuadamente. Estamos en pañales.

En cuanto a la gestión de los sistemas de información, está la consolidación de RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud), manejo de información demográfica, de sistemas de información geográfica. El municipio está muy pobre en eso. Este año tenemos un grupo de muchachos de la Universidad de Antioquia que nos están ayudando y un Gerente de Sistemas de Información en Salud, pero igual es un proceso que también hay que tener presente que demora y ahí estamos consolidando todo eso.

Es importante en el papel de rectoría, que la Secretaría esté fortalecida en el tema de sistemas de información y así poder tomar decisiones de manera adecuada y efectiva.

Ese proceso no está muy fortalecido, hay que trabajarle porque está muy quedado en el municipio.

Hay que seguirle trabajando para fortalecer el proceso de rectoría, y para esto se necesita la información, que no solamente sea la de la E.S.E sino que también hay que tener en cuenta otros prestadores de servicios de salud que hay el municipio y que están obligados a reportar información. En este momento todavía no se logra que todas las instituciones pasen la información. Es ahí donde se pierden datos importantes de las atenciones en salud en el municipio, lo que impide una adecuada toma de decisiones ya que se está perdiendo información. Hay que fortalecer ese tema porque precisamente un buen sistema de información es el corazón de una secretaría.

Otra de las limitaciones es el recurso tecnológico. Esto requiere de computadores de mejor tecnología pues hay que manejar bases de datos y esto necesita otro tipo de sistemas. Una limitante más es el personal que trabaja en las instituciones que reportan, que no es un personal capacitado, por lo general son técnicos en sistemas o auxiliares administrativos, no hay una profesionalización en este campo.

Es importante resaltar esa limitante, nos pasamos haciendo el día a día y reportando lo mínimo que es requerido. Tanto así que en el hospital no hay un sistema a pesar de ser un hospital de segundo nivel; las estadísticas las maneja una auxiliar administrativa y el tema de sistema de información en el interior del hospital lo maneja una ingeniera de sistemas, y de pronto uno que otro auxiliar por ahí, pero no hay una concepción de la importancia del sistema de información como tal. No se piensa en una solución integral, ni contamos con historia clínica electrónica en el hospital, todo es manual. Si necesitamos información, toca ir hasta la historia clínica para capturar la información.

En cuanto al componente de bienestar social, entendido como esa dimensión de la gestión para población vulnerable, es el proceso más desgastante de todos porque hay que estar en contacto directo con la comunidad. Existen programas como el de la primera infancia —Buen Comienzo Antioquia— también los hogares comunitarios, donde tenemos MANÁ infantil, juventud, adulto mayor, LGTBI, afros, etnias, en este caso por haber aquí resguardo indígena y diferentes grupos organizados que existen en el municipio. hay que atenderlos desde bienestar social.

Este proceso es uno de los más desgastantes porque debe haber un contacto directo con la comunidad, que siempre reclama la presencia del secretario o el líder de cada programa. Hay unos que tienen recursos como el del adulto mayor, otros son operados por un operador privado, algunos son programas departamentales y simplemente hacemos enlaces con esos programas para poderlos ejecutar en el municipio, pero en términos generales es un proceso donde tratamos de acercarle la oferta institucional a estas poblaciones e igualmente atenderlas. Hay que llegar a los niños, ir a los CDI, a

los hogares comunitarios, los colegios, las JAC, los grupos de adulto mayor, los grupos organizados de discapacidad, de afro. En Ciudad Bolívar este proceso está en pañales, todavía no está funcionando, al igual que la LGTBI, que es una población compleja de abordar, también las etnias, ya que tenemos un resguardo y ellos tienen una cultura y unas costumbres distintas, entonces hay que llegarles de manera diferente que al resto de la población.

Trabajamos de manera articulada con otros sectores este tema de bienestar social, acercamos a estos grupos a la oferta que ofrece Secretaría de Educación, INDEPORTES, Secretaría de Gobierno, Comisaría de Familia, la E.S.E. hospital, las instituciones públicas o privadas que hay en el municipio, haciendo un trabajo de coordinación intersectorial con los demás programas, ya que por lo general el recurso es muy limitado. Trabajando de manera articulada con ellos logramos que la población se beneficie, pues con los recursos propios de la Secretaría de Salud es imposible atender a toda la población. Estamos hablando de 3.000 adultos mayores, 8.000 jóvenes, alrededor de 10.000 adultos, entonces a veces se dificulta mucho ya que no hay recursos para atenderlos.

Otra de las limitaciones es no poder contar con un recurso humano calificado y suficiente para cada una de las poblaciones, ya que con cada una se trabaja de manera distinta y no todo el mundo sabe hacerlo. No es lo mismo trabajar con población en situación de discapacidad que con adulto mayor; no es lo mismo trabajar con adulto mayor que trabajar con jóvenes. En ocasiones se dificulta porque es un funcionario atendiendo varios grupos poblacionales, donde no hay la experticia o el conocimiento para la atención de cada grupo específico, y eso dificulta la gestión de población vulnerable.

Hay otra limitación relacionada con la alta demanda de la población ante la cual la capacidad de respuesta del municipio es baja. Frente a la demanda de programas sociales de este tipo, por lo general se acostumbró a la comunidad a programas sociales paternalistas, donde les dan subsidios como es el caso de Familias en Acción que también se maneja desde el municipio. Está el subsidio del adulto mayor, Red Unidos, MANÁ. ¿Qué pasa con esto desde mi mirada personal como secretario? pues que este tipo programas, está bien que son de corte nacional, pero deberían tener una connotación distinta ya que estos programas sociales tan asistencialistas lo único que hacen es prolongar el círculo de pobreza en las comunidades. Me explico, todos los programas sociales que llegan al municipio, buscan la protección de las poblaciones vulnerables y por lo general las mismas familias están en todos. Entonces usted va a una familia y todos están en régimen subsidiado, si tienen un abuelito entonces está en el subsidio del adulto mayor, si hay niños escolares entonces están en Familias en Acción, si tienen niños pequeños entonces están en Buen Comienzo o en MANÁ.

El Estado hace un esfuerzo grande por ayudar estas familias, pero estas siguen ahí porque lo que busca el gobierno es que salgan del estado de pobreza extrema, pero como seguimos dándoles los recursos y no dándoles otros tipos de capacidades, eso sigue promoviendo el círculo de pobreza. Es una visión muy personal de este tipo de programas, hay que hacerlos sí, y que no todas las familias responden de la misma manera, es cierto también, pero hay familias que si usted se pone a hacer un estudio juicioso va a dar con que todas están en los programas sociales por muchos años y van a seguir ahí, porque los hijos van a hacer lo mismo que hacían los papás y así va a seguir el círculo de pobreza porque no dejamos capacidad instalada en las familias.

— **¿Podrías describir el financiamiento de la Secretaría para asumir esos quehaceres?**

En las administraciones municipales hay una mentira muy grande y es que salud es el que mayores recursos ejecuta. Es una mentira grande porque los recursos que llegan para régimen subsidiado se causan en el presupuesto del municipio pero sin situación de fondos, y por lo general estamos hablando del 70% de presupuesto municipal. Tenemos que si Ciudad Bolívar es un municipio de un presupuesto de 10 mil millones de pesos, 7 mil se van específicamente para régimen subsidiado, sin situación de fondos, entonces, hay una situación y es que Salud es la que mayor recursos tiene, pero a la hora de la verdad, esos recursos simplemente se cuantifican en el presupuesto, pero ni siquiera los ve el municipio porque van para el régimen subsidiado. Esta es una inversión que hay que mostrarle a la gente, porque por lo general piensan que el gobierno no hace nada por ellos pero ahí está el soporte de que efectivamente la gran mayoría del presupuesto del municipio está en eso. Esto es por recursos del Sistema General de Participaciones —SGP— y algunos recursos del departamento, y unos que son municipales pero que ni siquiera llegan sino que los sacan y son de Coljuegos. El régimen subsidiado se financia de varias fuentes, está el FOSYGA, departamento y municipio, de ahí sacan todos los recursos.

¿Después de esto qué nos queda? Nos queda SGP en salud pública, que para el municipio este año son 250 millones, donde 170 se ejecutaron con la AS y el restante se ejecutó en la Secretaria de Salud. Básicamente este dinero se utilizó para pagar un profesional en Administración en Salud, uno en Sistemas de Información en Salud, y ya la posibilidad de tres practicantes de Administración en Salud con énfasis ambiental, administradora en salud y un GESIS. Hay otros recursos que son los de Coljuegos, hablamos de alrededor de 35 o 37 millones, pero en Bolívar hay una dificultad y es que de ahí me pagan a mí, entonces de ahí sacan los viáticos.

Ya para población vulnerable, la Estampilla pro adulto mayor es la única política que maneja recursos frescos y continuos, y otros recursos de libre destinación o propios,

que asignan a las poblaciones del municipio; otros que dan a primera infancia, que son alrededor de 100 millones de pesos, y ya recursos de concurrencia o de cofinanciación, que llegan de la Seccional para apoyar la estrategia de la APS y al adulto mayor.

Esas son las fuentes de financiación del municipio, donde básicamente el 98% del presupuesto de la Secretaría es régimen subsidiado, el otro 2% o 3% es recursos de salud pública, adulto mayor y recursos propios. Esos son los recursos para ejercer rectoría en todos esos procesos que mencionaba.

— ¿Cómo describirías el trabajo del secretario respecto a la gestión política?

Esto sí que es complejo, porque hay que mezclar lo técnico con lo político y hay ocasiones en que no solamente basta con lo técnico. Uno en estos cargos de dirección, se da cuenta que si no hay un consenso político y una voluntad de los demás sectores, difícilmente va a poder impactar en los indicadores de salud. ¿Cómo ha sido ese trabajo político? Es dispendioso, es complejo, a veces se dificulta por la salida de un secretario, otras veces por personas ajenas a la administración que ejercen alguna presión frente a un determinado programa o proyecto.

También tenemos un Concejo Municipal que aunque estamos en coalición con ellos, se deben dar unos debates en ocasiones complejos, haciendo referencia a los proyectos de acuerdos que se presenten al Concejo. Toca hacer lobby con cada uno de esos concejales, con los demás secretarios, con el gerente, con los coordinadores de programas, con los directores de instituciones. El trabajo técnico es importante, pero sin el político no serviría de nada. Un secretario que piense que porque es muy bueno en lo que hace y no tiene en cuenta esta variable, difícilmente hará una buena gestión, porque uno solo no es capaz. Si uno no trabaja de manera articulada y en equipo con cada uno de los sectores, instituciones, con el Concejo Municipal, difícilmente podrá hacer una gestión exitosa.

Muchas veces toca perder en esas negociaciones, hay que ceder; otras veces las posturas son distintas y toca mirar a ver cómo confluyen para trabajar de la mano, sin desconocer la importancia de una fractura en las relaciones. Digamos por ejemplo un gerente de hospital, puede ocasionar que no le presten adecuadamente un servicio a los ciudadanos, y muchas veces uno tiene que estar manejando ese tipo de relaciones diplomáticas con cada uno de estos personajes para que no se afecten los servicios y programas.

En este tema hay que ser muy estratégicos, políticos en el buen sentido del arte de gobernar y saber cómo organizar. Saber dónde pongo más, donde menos, a dónde apunto para que las cosas salgan como uno espera, porque si no, es muy difícil. Este tema muchas veces cuesta cuando uno es muy técnico, porque igual el político sin lo técnico tampoco podría hacer una adecuada gestión, porque muchas veces usted puede

tener el respaldo político pero si no sabe para dónde va y qué es lo que quiere, pues simplemente se lo come el día a día y no tiene un horizonte claro de lo que quiere hacer.

— **En esta experiencia ¿dónde están las principales dificultades o barreras que has tenido para poder sacar adelante esa visión?**

En el tema político una de las dificultades es justamente lo que trabajamos en el proyecto sobre la visión compartida, cómo saberles llegar a los concejales, al alcalde, a los otros secretarios, al equipo de trabajo de uno, para que también se llegue hacia arriba, hacia abajo y hacia los lados. La visión compartida debe estar en todos los niveles, para poder que se articule de manera adecuada y así llevar a cabo la visión que se tiene frente al desarrollo del municipio en el tema de salud. ¿Cuáles han sido las dificultades más grandes?, de pronto el consentimiento de algunas personas clave; el tema de los equipos de trabajo se vuelve complicado por las dinámicas políticas de un municipio, en el sentido de que muchas veces las personas son recomendadas y hay que cumplir con cierta cuota política, lo cual en ocasiones representa una dificultad; aunque también uno se lleva sorpresas muy buenas porque hay personal capacitado e idóneo, pero igual lo bueno en ese tema es que también hay un respaldo en lo político, porque a la persona se le da la oportunidad, pero si no llena las expectativas se le hace una evaluación y pues se prescinde de sus servicios y se busca a otra persona.

Otro aspecto en lo político es el modelo de contratación. La administración pública es rigurosa, no es flexible frente a muchas cosas, y entonces llegan los recursos tarde y ese tema de contratar servicios a veces se vuelve difícil. En cuanto a los convenios y toda esa parte asociativa también se dificulta, porque la contratación estatal no es flexible frente a muchas cosas y no permite que uno se pueda mover con facilidad. Otro tema político es que el alcalde es de un partido político diferente al del Gobernador y al del Presidente y aunque uno no crea ese tema influye.

Es un tema influyente porque cada alcalde que llega lo hace con su equipo político, y para subir a esos niveles hay que subir también con los diputados, los representantes a la cámara, los senadores y con esos amigos que se tengan en ese equipo. Si usted se encuentra en un equipo que no está en el poder, es ahí donde se dificulta porque no es lo mismo yo ser del mismo partido del gobernador. Cuando se termina el proceso político, los colores siguen pesando.

Este municipio por tradición ha sido un municipio conservador y ese contexto también hay que saberlo leer porque a veces también uno, por obviar lo obvio, se lleva sorpresas muy grandes. En ocasiones tener el amigo político, que sea amigo del secretario de una secretaría o amigo de tal ministro, posibilita la capacidad de gestión de un alcalde o un secretario, y ese tipo de relaciones influyen, y eso no es un secreto. Los equipos políticos trabajan con sus equipos políticos y aunque uno muchas veces

trate de obviar eso, está ahí y es parte de la presión que se puede hacer. Observaba que a ciertos municipios para el adulto mayor le asignaron 200 millones cuando tienen 8 mil habitantes, y para nuestro vecino de 50 mil habitantes le asignaron 150 millones. Esas cosas están ahí, y no pueden obviarse, aunque de pronto uno se hace el que no ve eso, pero eso está ahí.

— **Ahora, conversemos sobre la Atención Primaria en Salud, desde lo que se ha desarrollado en el proyecto, ¿qué balance hace sobre eso?**

Haciendo énfasis en el proyecto, en lo que ha beneficiado al municipio y lo que ha significado, resalto el tema de rectoría. Pienso que ayudó al municipio a entender que la APS no es un programa, que en la visión que se tiene frente a que en el equipo de APS está el equipo de Buen Comienzo, de Salud Pública, de Red Unidos; nos ha ayudado a entender que APS más que un programa es una estrategia que busca llegar a todas las personas y territorios, para gestionar la salud en los territorios.

Igualmente nos ha ayudado para trabajar en el cambio de la mentalidad asistencialista, morbicéntrica, hospitalocéntrica, medicalizada, para pensar la salud de una manera donde las comunidades también participen de la gestión de su salud y sean actores activos.

También nos han hecho entender la idea de la construcción de redes. Incluso retomando unas palabras del alcalde de Andes, «hay que conectar esa red a las terminales que son los ciudadanos y en este momento la Red está desconectada de las terminales». Nosotros no sabemos de qué se enferman las comunidades, cuáles son sus necesidades, en qué piensan, nos escandalizamos.

En Ciudad Bolívar hace poco pasó que un hermano mató a otro hermano, que un señor le cortó las patas a un chivo y que otro tiró a un perro de un quinto piso; es decir, nos mantenemos enfocados en atender la enfermedad y no la sociedad como tal, muchas veces por no tener esas terminales conectadas a una Red Integrada en Salud, porque efectivamente no sabemos y no conocemos de qué se nos está enfermando la gente y cuáles son sus necesidades, qué es lo fundamental, y por eso la APS es la oportunidad para conectarnos a esas terminales que son los ciudadanos. Pienso que el ciudadano siempre tiene que estar en el centro de todo como un actor activo en el sistema.

El proyecto también nos ha ayudado a trascender un poco el concepto de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, que no solamente son actividades específicas, nos ha ayudado a entender que van más allá, pues hay comunidades que no tienen agua potable y además no hierven el agua, entonces está el niño con diarrea, desnutrido y hay que hospitalizarlo; en cambio si trabajamos por la construcción de acueductos y vamos a esa casa y le decimos ‘señora vea es que hay que hervir el agua, hay que lavarnos las manos’, así estamos cerrando ese círculo de pobreza que le men-

cionaba ahora, por medio de la APS, ayudando a que esa familia no tenga que sufrir esa contingencia de ir al hospital, la hospitalización del hijo y que de pronto este no tenga otra patología y haya que trasladarlo a Medellín. Entonces el proyecto nos está ayudando a organizar todo lo que desencadena una mala salud.

Pienso que el proyecto nos ha ayudado a fortalecer la capacidad de rectoría en los municipios, ya que nos puso a hablar a todos, pero sin olvidar que la rectoría está en cabeza de un alcalde y de la Secretaría de Salud. Nos ha ayudado a entender que la salud, lo social y lo comunitario conversan y que hay que entender esas dinámicas poblacionales, económicas, políticas, para poder gestionar la salud en el territorio.

Hemos entendido también cuál es ese equipo básico para desarrollar la estrategia y la importancia de trabajar unidos de manera articulada. El proyecto ha planteado unos componentes importantes, se deben reorientar los servicios de esa mirada asistencial a una mirada más enfocada a la atención comunitaria, se debe trabajar intersectorialmente con las demás entidades que también gestionan la salud, aunque no sean del sector.

Nos han ayudado también a fortalecer el trabajo comunitario que quizás es el más complejo en la APS, ya que el ciudadano del común ha perdido la confianza en las instituciones públicas, credibilidad en lo público, entonces toca volver a decirles «venga es que es un proceso distinto, somos actores distintos» y replantear un proceso. Nos ha ayudado a reconocer actores, incluso a nivel subregional. A mí me parece que ha sido una experiencia exitosa.

— **¿En dónde el proyecto ha incidido de mejor manera?**

Dentro de los cinco componentes del proyecto siento que el más importante es el de capacidad de rectoría, porque es un proyecto que se mantiene en contacto permanente con los secretarios municipales, donde hay reuniones del calibre del secretario departamental a bordo, con el gerente de la EPS Savia Salud. Tenemos presencia de actores clave del orden departamental.

El componente de reorientación de servicios también ha ayudado pero todavía falta. A ese hay que trabajarle fuertemente, y aunque se ha avanzado, siento que todavía estamos en el camino, ya que el problema es estructural y de cultura de las personas que trabajamos en el sector salud, por el modelo en que trabajamos.

El tercero que es de talento humano, ha sido muy importante. Toca replantear las actividades porque empezamos muy animados pero todo el mundo como que se dispersa, entonces no sé qué pasa ahí. En los primeros momentos no seducimos a las personas y toca a veces obligarlos, en el buen sentido, decirles que tienen que ir a esos encuentros. De pronto aún no hemos captado el proyecto como tal. A nivel de coordinadores y secretarios está muy bien trabajado este tema, pero el talento humano

todavía no lo tiene muy interiorizado, pero ahí le vamos trabajando. Ese es un proceso que no termina, pero llegó el SENA, la Universidad de Antioquia y se le ha prestado mayor interés y ahí vamos trabajando.

El de participación comunitaria es muy importante, ese es el más complejo y de pronto nos pasó lo mismo que con las capacitaciones, que empiezan muchos y se nos van. La dificultad que yo veo frente a este proceso en el proyecto, es que hay que garantizarle a la comunidad transporte, alimentación y hospedaje, y aunque se les estaba garantizando hospedaje y alimentación, todo, también se nos iban, entonces eso es más de fondo o no sé. Tal vez las estrategias hay que hacerlas distintas, pero de todas maneras siempre va a haber deserción en los procesos, pero en ese en particular siempre es mayor.

Frente a la gestión de la información también es muy importante, pero no le hemos trabajado tanto porque este último es consecuencia de los otros; si por ejemplo en la reorientación no tenemos organizado el tema de Telesalud, no tenemos organizado el talento humano, la parte comunitaria y la capacidad rectoría, difícilmente vamos a llegar al tema de la gestión de la información, porque la gente no está en sintonía frente a esto.

El más importante que yo le veo al proyecto es el de rectoría, porque las secretarías siempre han sido muy cenicientas, y por lo general las E.S.E. son las que llevan la batuta de la salud. El proyecto facilitó el contacto con los otros secretarios, ellos ya lo llaman a uno o uno los llama a ellos a preguntarle cosas, y eso ha ayudado a fortalecer, porque la capacidad de rectoría no es solo enseñar sino propiciar espacios para que uno conozca a los otros actores, y en eso ha ayudado, porque por ejemplo que uno diga esa llamada es resultado del proyecto, o cuando yo los llamaba a ustedes y les preguntaba que en tal asunto no hay lineamientos de APS, cómo ejecutamos eso, cómo lo podemos hacer, entonces ustedes me decía Javier hagámosle así. Pienso entonces que el tener un asesor de lujo como lo es la Universidad de Antioquia ha sido el éxito más grande.

4. Desafíos de la gestión de la salud a nivel municipal. La perspectiva de un tomador de decisiones.

- ¿Qué estás pensando para estos tres años? ¿Cómo ves los desafíos para gestionar el cambio de tal manera que se logren mejores resultados, y se amplíe la capacidad de la Secretaría de Salud?

Empecemos con la planeación de la salud. Allí el primer reto es la capacidad de rectoría. Lo bueno en este ejercicio es que se contó y se sigue contando con la Universidad,

también que ya tengo un equipo interdisciplinario en la Secretaría que es muy bueno, tener un equipo interdisciplinario me ayuda a tener una visión más amplia de las cosas.

Como anécdota, en el entorno laboral de APS el año pasado, con el coordinador de salud pública y el personal encargado del tema, estuvimos haciendo la planeación y les dije que en el entorno laboral priorizáramos los hogares comunitarios, pues aquí hay una asociación de madres comunitarias que trabajan con el ICBF. Algunas de ellas de pronto no tengan bachiller o primaria, pero igualmente ellas hacen el ejercicio laboral, están asociadas legalmente y desconocen muchas cosas de la norma, entonces en ese ejercicio de planeación concluíamos que a ese tipo de entidades es a las que tenemos que llegar. La Gobernación dijo que sí, después que no, que priorizáramos otra empresa; en su momento la coordinadora municipal de APS decía que lo veía muy difícil y que no íbamos a cumplir, pero como hicimos un ejercicio juicioso de planeación, y sabíamos lo que queríamos, decidimos que era ahí donde lo íbamos a hacer así la Secretaría Seccional de Salud dijera después que había que cambiarlo porque allá no había forma de desarrollar ese proceso.

Hoy nos decía la niña que estaba liderando esto, que es tecnóloga en Salud Ocupacional y seguridad en el trabajo, que ellas la llamaron a decirle que hicieron lo que les pidió y que ya tenían las rutas de evacuación, que ya hablaron con la ARL, y antes no sabían que era eso. Todos esos logros son gracias a que uno tiene una adecuada planeación y un equipo interdisciplinario que está pendiente de esto.

Entonces, ¿cuáles son los retos de planeación? Pues que uno tiene que tener personas que tengan visión, que sepan qué es lo que queremos y dentro de ese reto queremos tener una visión muy amplia en el Plan de Desarrollo Territorial; queremos aumentar coberturas, en APS llegar a más veredas, y esto lo logramos teniendo una adecuada planeación, sabemos que los recursos son escasos, pero hemos hecho un ejercicio juicioso, mirando qué recursos tenemos, en qué los vamos a invertir, qué profesionales vamos a tener.

Bolívar cuenta con una buena oferta de profesionales. El año pasado en Salud Pública tuvimos psicólogos, trabajadores sociales, licenciados en educación, en educación física; para tener una mirada distinta en la pedagogía, en el área escolar, trabajamos con un enfermero que era el coordinador de salud pública, con auxiliares de enfermería, con técnicos en salud pública; tuvimos un equipo multidisciplinario con el que hicimos un ejercicio a final de año de planear cómo vamos a hacer salud pública estos tres años que faltan.

Tenemos grandes retos, el tema de la intersectorialidad es uno de los más grandes porque cada que hacíamos una planeación había una parte que decía «actores involucrados». Por decir, para trabajar con el colegio José María Herrán, necesitaríamos la

participación de la Policía, de la Secretaría de Educación, el Hospital, de la Secretaría de Salud, de la empresa de aseo por un tema de basuras en el mismo colegio; entonces son cositas que van saliendo en esa planeación pero que uno tiene que pensarlo antes de actuar, porque no podemos irnos allá a la loca a mirar a ver qué se puede hacer, se debe hacer un ejercicio juicioso, sectorizando unos problemas en las comunidades. Con el ejercicio que se hizo desde APS pensamos que vamos a impactar positivamente indicadores que priorizamos desde la planeación, pensamos que con todas esas estrategias lo vamos a lograr.

A veces este proceso de planeación se vuelve un poco engorroso por tantas cosas que hay que cumplir, tenemos que rendir informes a la Contraloría, que tenemos que hacer Plan de Acción. Y ese es el reto que tenemos, son cosas que tenemos que concretar en estos tres años, lo que planeamos el año pasado desde el Plan de Desarrollo, el Plan Territorial de Salud, los Planes de Salud Pública y APS.

— ¿Qué pasa con el equipo de trabajo de la Secretaría de Salud?

Cuando trabajaba en la ONG aprendí un poco sobre trabajo en equipo, manejo de grupos, temas de liderazgo, de cómo conformar un equipo de trabajo, entonces traté de mezclar experiencia con juventud. Se trató de incluir personas que habían trabajado en años anteriores, que tenía el conocimiento y el contexto territorial, aunque también está la cuestión de oxigenar un poco los procesos. Se les dio confianza y creo que lo más importante es que se contó con ellos, porque me decían que los ejercicios de planeación que ellos hacían eran ejercicios que simplemente les decían que esto es lo que hay que hacer y ya.

Recuerdo que ustedes en un taller le decían al equipo: «Bueno hay 300 visitas, pero eso para qué sirve, qué indicadores van a impactar, qué metodología vamos a trabajar, cómo le vamos a llegar a las familias, o si piensan que a las 300 familias les vamos a hacer lo mismo o si son cosas distintas», entonces también se debe invertir en el recurso humano y pienso que la Universidad jugó un papel importante porque no es cuestionó.

Recuerdo que en uno de los ejercicios que tuvimos con el equipo, Andrés, el sociólogo, preguntó que quién conocía el Plan de Desarrollo y el Plan Territorial, y muy pocos levantaron la mano. Entonces se les mandaron dichos planes y compartimos la visión que se tiene del municipio en el Plan Territorial, del tema de salud, y se trató de organizar con ellos toda esa parte, incluso que con eso logramos que lo entendieran y le aportaran al proceso.

A final de año con el coordinador de Salud Pública hicimos un ejercicio de evaluación con todo el equipo, donde contaron qué hicieron. Cada uno preparó una presentación donde contaron qué hicieron, cómo encontraron la comunidad y qué estaban trabajando, a cuántas personas atendieron; nos hicieron un balance de los resguardos

indígenas, cuántos afrodescendientes, de qué manera los atendieron, también sobre cómo se articularon con otras entidades. Fue un ejercicio muy bueno y ahí uno evalúa de pronto quién lo hizo de buena manera y con más ganas.

En general ha sido un equipo muy bueno, incluso les pedí que también me evaluaran a mí, sobre cuáles eran las expectativas que tenían. Manifestaban que les gustó mucho que se les tuviera en cuenta las opiniones, que se haya trabajado con ellos. Por ejemplo con la coordinadora de APS, que es psicóloga, cuando iba a empezar el equipo APS le pedí trabajar con ellos el alistamiento, el trabajo en equipo, que se conozcan y que sepan quiénes son, con quiénes van a trabajar y las necesidades de cada uno; que sepan que tiene familia, cómo están conformadas, porque esto hace parte de lo que aprendí yo, que uno tiene que conocer al otro para poder trabajar en equipo y saber cuáles son sus prioridades.

Espero que este año podamos contar con el equipo humano con el que contamos el año pasado, aunque no todos porque como APS fueron sólo dos meses, y hubo 12 personas, este año sí lo vamos a trabajar desde febrero o marzo con 6 o 7 personas. Se reduce el grupo a la mitad por temas económicos, pero vamos a tratar de hacer un buen trabajo, esa es la idea y es por eso que el ejercicio de planeación se pudo hacer muy bien porque contamos con un asesor de lujo que fue la Universidad de Antioquia y el Proyecto APS Suroeste.

En la cuanto a la gestión del aseguramiento en salud uno de los principales retos es evitar tener población pobre no asegurada, claro que tenemos poca gente no asegurada, entonces tenemos que mirar cómo las podemos afiliar a alguno de esos subsidios parciales, o no sé, hay que mirar eso para tener cobertura universal. En Bolívar ese es uno de los retos que tenemos y al que le estamos trabajando. Esta semana estuvimos en el Hospital hablando sobre las afiliaciones en línea, estuvimos hablando con la Registraduría el tema de que cuando nazca un niño salga con registro civil y sea afiliado de una vez; estamos mirando cómo lo podemos implementar aquí en Bolívar, un trabajo articulado con las EPS, en este momento hay buenas relaciones con las EPS y uno de los principales retos es llegar a cero pérdida de afiliación en salud, a lo que le estamos trabajando directamente con la EPS y el hospital, para que cualquier persona se pueda afiliar, inclusive con el Sisbén lo afiliamos, que no tengamos ningún problema para que la población pobre no asegurada llegue a cero.

Otro reto es el tema de calidad de la atención en salud, relacionado con la gestión del aseguramiento. Afiliamos a la gente pero entonces ¿cómo estamos prestando los servicios de salud? Con una profesional de la Secretaría iniciamos un proceso de auditoría a las EPS, tanto del régimen subsidiado y contributivo; al Hospital también se le está haciendo una auditoría, y hay que fortalecer esa parte porque realmente estamos

muy flojos y este municipio es grande. También estamos trabajando mucho con la Personería, enviando quejas a la Supersalud, eso a veces funciona, otras no, y tenemos un reto grande en ese tema de aseguramiento que es organizar el Comité Territorial de Seguridad Social en Salud, que aunque lo tenemos, no está fortalecido.

Hace poco hicimos unas observaciones al Ministerio porque lamentablemente todas esas funciones del Comité Territorial aquí no son como en Bogotá, y en los municipios de sexta categoría quieren formar tres instancias en el Comité Territorial, y si da dificultad reunir una sola entonces ahora crear otras tres... les dijimos que eso no funcionaba, que ahí estaban las observaciones para lograr fortalecer el Comité.

El último reto es verificar que efectivamente toda esa parte de planeación y aseguramiento la podamos ejecutar con la Gobernación, que nos apoya mucho en esa parte. Hay que reconocer que la Secretaría Departamental de Salud ha sido muy juiciosa en esto, se encuentran en constante comunicación con nosotros, porque es un proceso diario y el reto es mantener actualizada esa base de datos, para que la prestación de los servicios sea adecuada.

Respecto a la vigilancia epidemiológica, el primer reto es llevar unos adecuados procesos acordes con la norma. Aunque lo venimos haciendo bien, todavía nos falta el tema de las Unidades de Análisis, visitas de campo a los eventos de interés de salud pública. El reto es tener un COVE municipal y uno institucional en la E.S.E. fortalecidos, que funcionen bien, que sean operativos y se toquen los temas de vigilancia epidemiológica en estos espacios, poder realizar de la mejor forma esas unidades de análisis. La idea es fortalecer esas instancias, los dos Comités de Vigilancia Epidemiológica tanto institucional como el municipal, y fortalecer el tema de Unidades de Análisis y visitas de campo a los entes de salud pública. Es un reto grande que tenemos en esa área, porque estos nos permiten a nosotros contar con una información apropiada para el Análisis de Situación de Salud, el ASIS.

En cuanto a la gestión de los sistemas de información, este proceso me lo imagino teniendo un adecuado sistema de información acorde con las necesidades reales del municipio, para poder obtener la información que se necesita para la toma de decisiones. Aquí tenemos una falencia y es el tema del análisis del RIPS, ya estoy mirando el tema de la calidad de los datos en el RUAF, que hace parte de los sistemas de información con todo el reporte que manejan las entidades, para que no nos vayan a sancionar, tenemos todo el tema de la circular única, del RUAF, que lo estamos trabajando fuertemente.

Está el tema del SISPRO, que es el sistema de información del Ministerio de Salud, los reportes: la 4505, la circular única; la búsqueda activa institucional, la búsqueda activa comunitaria, lo que queremos es fortalecer estos sistemas de información para que podamos reportar de manera adecuada a los entes de control. Ese es el reto grande

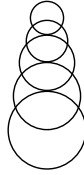
que tenemos, reportar la información a tiempo, y para poder hacer eso debemos tener los sistemas de información fortalecidos, que se estén alimentando constantemente y que los estemos analizando para poder reportar la información.

— **¿Cuál ha sido el papel de la sala situacional?**

Muchas veces la visión que se tiene de los sistemas de información se puede confundir con un software, con computadores como tal. La sala situacional juega un papel importante en la gestión de los sistemas de información, en la gestión del conocimiento, que es a lo que le queremos apuntar en este proceso, y queremos que la sala situacional sirva de motor para analizar los indicadores de lo que pasa en los municipios, para trabajar el Análisis de Situación de Salud, los temas de salud mental, ambiental, de seguridad alimentaria, podemos llevar estos temas a la sala, discutirlos, conectarlos y poder llevar a cabo una serie de estrategias que nos permitan impactar esos indicadores. Esto también hace parte del tema de un sistema de información y todo el tema de la gestión del conocimiento que hace parte de ese proceso es muy importante porque sería la sala situacional la instancia donde podríamos incluso fortalecer la capacidad de rectoría, porque sería como esa junta directiva que piensa las estrategias y lo que se va a hacer en salud.

Finalmente, respecto a los procesos relacionados con bienestar social, el mayor reto es el tema de promoción y participación social con el que estamos en deuda. Queremos fortalecer la participación social y comunitaria, que no sea una participación pasiva, sino que podamos involucrar a la gente, que podamos fortalecer los espacios que ya existen, las alianzas, las asociaciones de usuarios en los municipios, revisar el Sistema de Información de Atención al Usuario y el SAT – Sistema de Atención a la Comunidad, trabajar cómo estamos atendiendo a la gente, el tema de SAT, a ver cómo estamos haciendo eso.

También queremos fortalecer los Comités de Participación Comunitaria, el Consejo Territorial de Seguridad Social, la Atención Primaria en Salud en el entorno comunitario, queremos empezar con los Comités Comunitarios de Vigilancia Epidemiológica, y fortalecer los programas sociales como adulto mayor, el de juventud, el de habitantes de calle, el poder articular el trabajo intersectorial con los otros programas, está el de Mi Negocio, Red Unidos, la Unidad de Víctimas, Comisaría de Familia, trabajar todo ese proceso intersectorial, tanto desde la institucionalidad como en lo comunitario.



El cuidado y la Atención Primaria en Salud como simbiosis en un campo de acción de la Enfermería: retos para una práctica interdisciplinaria basada en la Atención Primaria en Salud

Nairoby Cárdenas Velásquez³⁰

Introducción

Aunque en algún momento de la historia sus rumbos se tornaron diferentes, la evolución en Colombia de la Enfermería y la Atención Primaria en Salud (APS) guarda cierta relación, pues ambas fueron afectadas por las reformas en salud que ha vivido el país. En este sentido, el presente artículo documenta algunos sucesos que marcaron el desarrollo de la APS y la Enfermería en Colombia, para visibilizar los retos que en la actualidad emergen al desarrollar acciones dentro de la práctica de formación en el marco de la APS.

Lo contenido en este apartado nace de la experiencia de la práctica académica del último semestre de Enfermería, desarrollada en el proyecto «Fortalecimiento de las capacidades locales para la implementación de la estrategia de Atención Primaria

30 Enfermera, Universidad de Antioquia. Especialista en Pedagogía para la docencia universitaria, Fundación Universitaria del Área Andina. Estudiante tercer semestre maestría en Enfermería. Universidad de Antioquia. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia.

en Salud, en los municipios de la cuenca del río San Juan de la región del Suroeste de Antioquia» en el municipio de Jardín durante el primer semestre del año 2016.

El artículo pretende mostrar la importancia de la práctica profesional de Enfermería en el marco de la APS, así como los retos que se debieron enfrentar a partir de esta práctica académica interdisciplinaria.

1. El cuidado como objeto de estudio y su articulación con la Atención Primaria en Salud, un campo de acción de la Enfermería

La Enfermería como profesión, en el sentido social cooperativo que plantea Cortina, pretende proporcionar un bien social específico e indispensable mediante el cuidado (Hernández Cortina & Guardado de la Paz, 2004). Este cuidado como saber propio (Pinto, 2010), está basado en dimensiones históricas, filosóficas, antropológicas, así como en valores, principios éticos y un marco legal.

Entonces, la Enfermería en términos de disciplina profesional sustenta su actuar en las ciencias básicas, tanto biológicas como sociales, de las cuales deriva su conocimiento para lograr utilidad social dando respuesta a las necesidades de la población, a través de lo que Newman (1991) propone como dominio de indagación y como creencia común al colectivo de profesionales de Enfermería, que no es más que el cuidado a los individuos, las familias y los colectivos humanos.

Este cuidado está inmerso en el actuar práctico y científico en cada uno de los campos de acción de la profesión. Por lo tanto, hablar del cuidado de las experiencias de salud de los seres humanos, en sus procesos de enfermedad y de salud durante las diferentes etapas de la vida y en los diversos contextos en los cuales los sujetos se desarrollan, es hablar de la posibilidad que tiene la Enfermería de proporcionar cuidado de la vida del ser humano. Como esencia y núcleo de la profesión, el cuidado (Newman MA1, Sime AM, 1991) hace que todo accionar de la profesión, en cualquier campo de acción (clínico, comunitario, social o político) se enmarque en el concepto de cuidar la vida.

El cuidado dentro de los modelos de salud basados en la Atención Primaria en Salud (APS) articula elementos como la interdisciplinariedad, la equidad, la justicia social y demás valores, principios y elementos que integran la APS a la práctica profesional. El actuar práctico al basarse en las dimensiones que propone Pinto (2010) conjuga los elementos del metaparadigma de Fawcett³¹ (2000), tanto de forma independiente como

31 El metaparadigma de Fawcett está compuesto por los conceptos de persona, ambiente, salud y Enfermería y por las relaciones que entre ellos se dan.

interrelacionada, para generar en la praxis de Enfermería un modelo de atención en salud, que posibilite la interacción y el desarrollo humano de las comunidades donde el profesional actúa como líder del cuidado a la salud.

Es claro entonces que el cuidado se configura como el norte del actuar en la Enfermería, es el componente fundamental para el desarrollo disciplinar de la profesión y un elemento integrador que permite el posicionamiento de la salud comunitaria en los modelos de salud.

Quizás por casualidad, de forma simultánea a la aparición del cuidado como eje central de la Enfermería durante el siglo XX, en el mundo los pensamientos sociales transformaron el concepto de salud. Una de las visiones evolucionistas de la época fue la de Henry Sigerist, quien desde 1939 trabaja por la organización del sistema de salud en los Estados Unidos y llega a publicar artículos que anteceden el concepto de APS formulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la *Declaración Alma Ata de 1978* (Apráez Ippolito, 2010).

Orientados por una concepción de la salud como derecho humano inalienable que direcciona el actuar, Sigerist y muchos de sus discípulos (entre estos el doctor Héctor Abad Gómez en Colombia), desarrollan experiencias de atención en salud en América Latina marcadas por este pensamiento social y posibilitan la integración de los servicios de salud hacia un ambiente menos clínico y más comunitario.

Vista la salud como derecho humano, que pertenece a las comunidades, emerge el cuidado como uno de los 13 elementos propuestos en la renovación de la APS, para posicionar la «Salud para todos» que plantea la OMS, alcanzable mediante la estrategia de APS como aporte para el desarrollo social y económico de los países. (Organización Mundial de Salud, 2008).

Si se entiende entonces que la Enfermería centra su interés en el ser humano, (buscando que todas las acciones realizadas bajo el ejercicio profesional se orienten a alcanzar el bienestar de la persona³² mediante el cuidado) y que la APS permite este mismo bienestar, se establece una estrecha relación entre ambas, porque buscan en esencia la salud de los individuos, las familias y las comunidades al mayor nivel posible.

El ejercicio de la Enfermería en el campo de acción de la APS parte en primer lugar del concepto de cuidado como principio epistemológico de la disciplina, al cual desde la escuela humanista se le confieren atributos comunes y esenciales para su práctica. En esta escuela el cuidado se dirige hacia las personas, es universal, individual e implica una relación en la que el profesional está comprometido con las necesidades propias

32 Entiéndase persona no solo en el contexto individual, sino como individuo, familia, comunidad.

de la persona cuidada. Por ello, dicha relación con la APS no puede darse sino está mediada por la comunicación, la intersubjetividad y la cultura. (Javier Báez-Hernández, Nava-Navarro, Ramos-Cedeño, & Medina-López, n.d.; Pat, 2008; Pinto, 2010; Troncoso & Suazo, n.d.).

La experiencia formativa del profesional de Enfermería que elige la APS como uno de sus campos de acción, le posibilita el desarrollo de competencias que se reflejan en aspectos como ser, saber, saber hacer, querer hacer y poder hacer acciones de cuidado basadas en conocimientos, habilidades, aptitudes, actitudes y juicios éticos asociados a la práctica en APS, los cuales en coordinación con otras disciplinas permiten resolver adecuadamente las situaciones de salud de las personas (Panamericana de la Salud OPS, n.d.).

Lo anterior ha sido estudiado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS llegando a plantear que para que un país desarrolle sistemas de salud basados en la APS, es necesario romper las barreras en torno a la motivación, capacitación y remuneración del talento humano en salud cualificado para la APS. Estas organizaciones internacionales consideran que en la actualidad, el personal es insuficiente para desempeñarse y prestar cobertura universal; además exponen que los profesionales del área de la salud presentan predilección por ambientes clínicos en ciudades con alto desarrollo técnico y científico. La OMS ha llamado a esto «fuga de profesionales» y la considera como uno de los retos para posicionar la APS en los países de América Latina (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Colombia no es ajena a esta fuga (Correa, 2008). Recibe y exporta talento humano en salud, formado y en formación, lo cual ha llevado al sistema de educación profesional colombiano a pensar en la necesidad de trascender una formación enmarcada en el modelo de educación flexneriano (Pinzón, 1993). Este modelo basa los estudios en ciclos básicos con posteriores periodos dedicados a los estudios y al afianzamiento de habilidades clínicas, privilegiando la formación especialista y reduciendo las capacidades de gestión y decisión de las enfermeras generalistas. La idea sería entonces pasar a un modelo de formación globalizado, que forme en capacidades de resolución en cualquier contexto en el marco de la APS, con capacidad de trabajo interdisciplinar en equipos de salud (Pinzón, 1993) tal como lo propone la práctica enmarcada en el proyecto desarrollado en la cuenca del río San Juan en el Suroeste antioqueño.

Pese al modelo de formación citado anteriormente y a las posibilidades de su abolición, la APS no desaparece en el sistema de salud colombiano aunque muchas de las acciones que se venían ejerciendo durante las décadas de los 80 y 90 fueran abandonadas por sus líderes. Por ello, es innegable que su implementación se encuentra en peligro dada la visión mercantil de la salud enmarcada en la Ley 100 de 1993, con la cual se intenta dar respuesta a las orientaciones de las instituciones financieras internacionales (en el marco de la política neoliberal en los países América Latina) y

se logran acciones económicas que permiten la descentralización de competencias en materia de salud del gobierno central hacia los territorios (Franco, 2004; Gómez, 2005; Velandia Mora, 2011; Vélez, 2016).

Luego de la implementación de la Ley 100 en Colombia, que marcó el período de la reforma estructural del sistema de salud, la educación de los profesionales debía responder a las necesidades del medio. Los campos de acción en áreas clínicas aumentaron en número y en posicionamiento social. Para la década del 2000 se reinició la discusión legítima de una transformación a la salud en el marco de la APS, la cual fue materializada en la Ley 1438 de 2011.

Esta reforma –Ley 1438 de 2011– «fue promovida como el cambio hacia la APS-R, la cobertura universal, la unificación de planes de beneficio y la portabilidad nacional del aseguramiento» (Vélez, 2016). Con esta Ley se acoge en Colombia a la APS como modelo de prestación de servicios de salud y se posibilita la reglamentación de la Política de Atención Integral en Salud «hacia un nuevo modelo de atención integral en salud» (PAIS) y del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), ambas normas sancionadas en el año 2016 con las cuales se abre de nuevo la posibilidad de una formación interdisciplinaria no solo para los profesionales de Enfermería (Colombia. Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Ministerio de la Protección Social, n.d.).

Sumado a lo anterior, donde se reconoce la importancia de la práctica del cuidado en la APS, el auge del modelo de salud colombiano basado en la Atención Primaria en Salud ha permitido que hallazgos como el de Atehortúa en su investigación *Situación de la Enfermería en el desarrollo de Atención Primaria en Salud en Antioquia desde la perspectiva de sus profesionales* posicionen la necesidad de consolidar el concepto de cuidado en los profesionales de APS-R. (Atehortúa Mira, 2015).

Atehortúa sustenta que los profesionales de Enfermería de APS consideran el cuidado como el objeto de estudio de la Enfermería y como un elemento diferencial, distintivo y esencial para el desarrollo profesional en todo campo de acción, incluida la misma APS. Sin embargo, estos profesionales consideran que el cuidado no se encuentra completamente definido para los profesionales de Enfermería (Atehortúa Mira, 2015), pese a estar considerado tácitamente en el modelo de APS para Antioquia como «un proceso de interacción sujeto-sujeto, dirigido a cuidar, a apoyar y acompañar a las familias en el logro, fomento y recuperación de la salud, mediante la satisfacción de sus necesidades humanas fundamentales», modelo que enmarcan además las acciones de cuidado de Enfermería dentro del cuidado a las familias como punto de partida de la APS (Cano López et al., 2010).

De acuerdo con las ideas planteadas anteriormente se consolida la importancia de la práctica de Enfermería en los modelos de salud basados en APS. La práctica en APS en los contextos municipales, permite que la Enfermería como disciplina social responda

a las necesidades de la persona, contribuya a mejorar la crisis en la salud mediante acciones de cuidado apropiado según los contextos sociales, se desarrollen los sujetos de cuidado y se posicione como líder de los procesos de atención en salud comunitaria en el contexto nacional colombiano (Consejo Internacional de Enfermería-CIE, 2008).

2. La práctica interdisciplinaria de la Enfermería en APS, todo un reto

Colliere manifiesta que el cuidado desde la Enfermería mantiene la vida, asegura la satisfacción de un conjunto de necesidades que son diversas de acuerdo con el entorno en el cual el ser humano se encuentra. El cuidado para Colliere es tan diverso como el hombre y aplicable en todo momento de la vida, en todo lugar donde se desarrolle; son acciones que propenden por dignificar al ser humano (Colliere, 2009). El cuidado, permite situar a la Enfermería en un marco disciplinario, ya que como lo propone Boff (2002) es más que un acto, es una actitud. Por lo tanto representa un modo de ocupación, de interés, de responsabilidad, de conocimiento y de implicación afectiva con el otro.

Sin embargo, comprender que la sociedad contemporánea tal como la define Leonardo Boff (2002) «la sociedad del conocimiento y la comunicación» es una colectividad que necesita de cuidados esenciales para sobrevivir; entender que el cuidado soporta la creatividad, la libertad, la justicia y la inteligencia en el «ethos del cuidado» y que por ello no puede suprimirse del desarrollo de un país, es un reto para la humanidad misma, pero sobre todo para la Enfermería que considera al cuidado como su objeto de estudio. Máxime en el caso de Colombia, donde a partir de la Ley 266 de 1996 se regula la profesión de Enfermería y se posiciona al cuidado como parte de los principios de la práctica profesional y como fin del quehacer enfermero.

Entender que el bienestar humano es una tarea de todos impulsa en los profesionales de Enfermería la tarea de trabajar de forma articulada, de fomentar un accionar político, social y de salud en coordinación con otros profesionales no solo de las áreas de la salud, sino de las áreas ambientales, educativas y sociales.

De acuerdo con esta consideración se inicia la práctica en el municipio de Jardín, con el objetivo de desarrollar competencias de gestión del cuidado interdisciplinario desde el enfoque de la APS en estudiantes del último semestre de Enfermería y fomentar con ello el fortalecimiento de la gestión de la salud en los municipios. En esta práctica se presentaron grandes aprendizajes pero también retos. Estos últimos serán los que se planteen en este texto, sin desconocer las ganancias académicas que fueron innumerables, sino como aportes para futuros desarrollos de integración de prácticas entre diversas facultades.

El desarrollo de la práctica académica contempla tres procesos. El primero, planeación e inducción, que responde a los procesos desarrollados por estudiantes y docentes de ambos programas -Enfermería y Gerencia en Sistemas de Información (GESIS)- antes de la llegada al campo de práctica. El segundo corresponde al reconocimiento del contexto en el campo de práctica en el municipio de Jardín, más específicamente en la E.S.E Gabriel Peláez Montoya donde se inicia la rotación de Enfermería en gestión del cuidado. Finalmente el planteamiento de un proyecto articulado entre ambos programas, como fuente del trabajo interdisciplinario contemplado en esta rotación. Cada una de estas etapas, con sus propias experiencias y retos, se expondrá a continuación.

El departamento de Antioquia tiene una historia amplia frente al desarrollo de la APS con ejercicios conjuntos entre diferentes profesiones en formación. Así lo demuestra la historia cuando describe como en los años 40 el entonces estudiante de Medicina Héctor Abad Gómez, mediante acciones de protección y cuidado a las familias inicia lo que hoy podría llamarse medicina familiar, con la articulación de diferentes profesiones en formación (Cano López et al., 2010).

Hoy las prácticas conjuntas en las áreas de la salud no son comunes, en parte por el nuevo modelo de formación que ha llevado a que las unidades académicas tengan autonomía administrativa. Es por ello que el momento inicial de esta práctica se desarrolló mediante la inducción conjunta de estudiantes de diferentes áreas en el campus universitario. Esta acción permitió la apropiación de saberes comunes, como parte del reconocimiento del saber propio de cada una de las profesiones, y permitió tanto la integración de calendarios entre las diferentes unidades académicas como la consolidación del trabajo articulado, que en el marco de la APS se desarrolló en el campo de práctica.

Una de las razones para que las prácticas académicas no sean articuladas entre las diferentes facultades, se vivió desde el proceso de planeación de esta rotación académica y se relaciona con dos elementos. El primero hace referencia a los diferentes calendarios académicos que cada facultad desarrolla. En este sentido, mientras la estudiante de Enfermería desarrollaba su proceso de inducción en el terreno, los estudiantes de la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP) aun terminaban actividades académicas, iniciando el proceso de inmersión al campo de práctica casi un mes después. El segundo elemento guarda relación con el tiempo de duración de la práctica en cada facultad, pues la rotación de los GESIS tiene una duración de seis meses, mientras que la del programa de Enfermería contempla una duración total de tres meses y medio.

Para intentar suavizar estas dificultades se llevaron a cabo reuniones preparatorias entre los docentes de las facultades de Salud Pública y Enfermería, que permitieran articular los tiempos y las competencias de cada estudiante a un proceso conjunto, aspecto que se concretó mediante un cronograma de trabajo que viabilizó el logro académico propuesto para cada estudiante en formación.

Otro reto superado durante el desarrollo de la práctica fue el desconocimiento del otro como profesional, es decir, de sus competencias y sus capacidades. Cuando se logran comprender los perfiles de cada profesión, se consigue entender que la salud de las comunidades avanza si se trabaja interdisciplinariamente; es fundamental valorar el conocimiento del otro como un saber importante y necesario para dejar de lado la segregación profesional de los diferentes saberes que en el área de la salud intervienen. No obstante, la dificultad continúa en la medida que la formación de talento humano en salud actualmente es segmentada entre las profesiones, pese a reconocerse la necesidad de responder de forma articulada a las demandas de la población. Es decir, aunque se reconoce que las áreas de la salud deben responder a los colectivos de forma integral, las prácticas académicas no permiten que los profesionales en formación integren saberes disciplinares en escenarios de aprendizajes comunes.

Es por lo anterior que la experiencia desarrollada en el marco de este proyecto cobra real importancia, al consolidarse como un elemento de la transformación en la formación práctica de los profesionales de Enfermería. Este aspecto lo destaca Atehortúa cuando manifiesta que la formación de profesionales de Enfermería requiere modificaciones significativas frente a los conocimientos conceptuales y prácticas de APS, esto si se desea posicionar el trabajo articulado de la Enfermería dentro del equipo básico de salud de APS en pro del cuidado a la salud y al bienestar de las comunidades (Atehortúa Mira, 2015).

Esta praxis interdisciplinaria requiere superar retos administrativos y logísticos de las unidades académicas. Entre estos desafíos se destaca la importancia de integrar docentes que reconozcan que el trabajo comunitario interdisciplinario, enmarcado en la APS, es un campo de acción para la Enfermería que requiere conocimientos y aptitudes, así como capacidades de gestión institucionales que den respuesta a las necesidades y expectativas de la comunidad. Para lograrlo nada mejor que el trabajo en escenarios de formación reales, que potencien el entrenamiento de docentes y estudiantes y permitan el desarrollo de competencias del ser, saber y saber hacer, desde el nivel de pregrado en territorios de aprendizaje social y comunitario. De esta manera, dichos procesos de enseñanza-aprendizaje benefician tanto a la academia como a la red de prestación de servicios de salud y sobre todo a la comunidad (Eurosocial Salud, 2009).

En el caso de la práctica desarrollada en el municipio de Jardín, estos retos fueron evidentes. Pese a los intereses de los docentes y estudiantes de sacar adelante esta práctica y coordinar tanto calendarios académicos como competencias de cada programa de formación, nunca fue posible una visita en terreno articulada entre docentes, con el fin de enseñar mediante el ejemplo el trabajo interdisciplinario articulado y brindar tutorías de forma común frente a los procesos de aprendizaje. Se suma a los retos la posibilidad de contemplar la continuidad de prácticas en estos escenarios de aprendizaje, pues la discontinuidad disminuye la posibilidad de generar cambios positivos frente a las problemáticas encontradas.

Sin embargo no todos los retos suelen ser negativos, un reto superado fue el reconocimiento del saber de cada profesión, una potencia que deberá valorarse con el fin de lograr la competencia de trabajo interdisciplinar articulado, porque en esta práctica la toma de decisiones y el trabajo entre los profesionales en formación permitió beneficios a la academia, a la red y la comunidad. Entre estos el desarrollo de talleres sobre la gestión de la salud en el territorio y trabajo sobre clima laboral.

Es así como desde el reconocimiento del saber del otro como integrante del equipo de salud, se propició en esta práctica el desarrollo de proyectos como el formulado por las estudiantes de Enfermería y de Gerencia de Sistemas de Salud, «Fortalecimiento de la gestión del dato en la E.S.E Hospital Gabriel Peláez Montoya». Dicho proyecto se articuló a la gestión de la información, dando respuesta a la necesidad no solo desde la APS sino desde la gestión de la salud sobre el adecuado proceso de gestión de la información.

Esta iniciativa permitió la aproximación conceptual, la generación de relaciones laborales y la integración de saberes, aspectos claves para el trabajo interdisciplinario. Además del proyecto se diseñaron y ejecutaron talleres propuestos por las estudiantes frente a diversos temas como el cuidado de la población del municipio con énfasis en los temas de manejo de código rojo, fucsia y humanización del cuidado, gestión de la salud a nivel local, (Estrategia BIT-PASE a la equidad), gestión y análisis de la información y al mejoramiento del clima laboral.

Todos los anteriores aspectos se desarrollaron porque hicieron parte del diagnóstico de necesidades de mejora realizado durante la práctica, y posibilitaron el trabajo conjunto frente al mejoramiento de la calidad atención en salud y por ende de vida de las personas.

Como consecuencia de los desafíos encontrados es necesario dar a conocer el reto más importante que no fue posible sortear durante la práctica: la visión desarticulada de la APS como estrategia para mejorar la prestación de servicios de salud en la comunidad. Por un lado, el municipio desde la Secretaría de Salud Local contrata acciones contempladas en el plan de salud con la E.S.E, y por otro esperan que desde el departamento se aporten dineros para desarrollar acciones de APS, sin comprender que a partir de la Ley 1438 de 2011, toda acción debería contemplarse en el marco de la APS como estrategia articuladora del sistema de salud y como primera puerta de entrada a este.

Por ello, el verdadero reto para implementar prácticas articuladas no está solo en la academia, que debe formar actores capaces de responder a los cambios de la salud en sus territorios, si no que se enmarca en el terreno donde la práctica se lleva a cabo. Allí los estudiantes integran sus saberes, regeneran relaciones y comprenden el contexto, pese a que los actores locales deben trabajar en el fortalecimiento de sus capacidades para la articulación de acciones, para la comprensión de la APS como estrategia de prestación

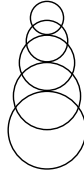
de servicios de salud y para la gestión de la salud en el marco de la APS. Es decir, deben reconocerse como autoridades de salud que diseñan, contratan, desarrollan y auditan un plan de salud, el cual enmarcado en la APS como estrategia del sistema debe dar respuesta a las necesidades de la población y al cumplimiento a las normas vigentes

Como conclusión general, las prácticas articuladas en APS son una necesidad creciente, que permiten desarrollar competencias sobre el saber propio y reconocimiento sobre el saber profesional del otro, además enfocan la atención integral a las personas, las familias y las comunidades bajo concepciones vigentes del modelo de salud colombiano. Sin embargo, estas deben ser construidas con apoyo de las facultades y con mayor articulación de los programas y semestres académicos.

3. Referentes bibliográficos

1. Apráez, G. (2010). La medicina social y las experiencias en atención primaria en salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. *Polis*, 27(9). Recuperado de <http://polis.revues.org/958>.
2. Atehortúa, S. (2015). Situación de la Enfermería en el desarrollo de la atención primaria en salud en Antioquia desde la perspectiva de sus profesionales 2014-2015 [Trabajo para optar al título de Magister en Salud Pública]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
3. Boff, L. (2002). El cuidado esencial. La ética de lo humano, compasión por la tierra (2nd ed.). Madrid: Trota.
4. Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2010). Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia.
5. Colliere, M. (2009). Promover la vida. (2 ed.). Madrid: McGraw-Hill.
6. Consejo Internacional de Enfermería-CIE. (2008). Servir a la comunidad y garantizar la calidad: Las enfermeras al frente de la atención primaria de salud. Recuperado de <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2008sp.pdf>.
7. Eurosocias Salud. (2009). La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. España: Eurosocias salud.
8. Fawcett, J. (2000). Structure and Use of Nursing Knowledge. In *Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge. Nursing Models and Theories*. (pp. 3–31). Philadelphia: F.A. Davis Company.
9. Franco Agudelo, S. (2003). Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social en Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud*, 2(4), 58-69. Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2805>
10. Gómez, R. D. (2005). Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. *Revista Debates*, May-Agos (41), 38–48. Recuperado de: <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/cvsp/efectos%20de%20la%20ley%20100.pdf>

11. Hernández Cortina, Abdul, & Guardado de la Paz, Caridad. (2004). La Enfermería como disciplina profesional holística. *Revista Cubana de Enfermería*, 20(2), 1. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=e&tlng=es
12. Báez-Hernández, F., Nava-Navarro, V., Ramos-Cedeño, L., & Medina-López, O. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan*, 9(2), 127-134. Doi:<https://doi.org/10.5294/1476>
13. Newman MA1, Sime AM, C.-P. S. (1991). *ANS Adv Nurs Sci*. 1991 Sep; 14(1):1-6. The focus of the discipline of nursing. *ANS Adv Nurs Sci*, 14(1), 1–6. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1819254>.
14. Organización Mundial de Salud. (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. OMS (Vol. 35). <http://doi.org/10.1590/S0864-34662009000400003>.
15. Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Recuperado de https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf.
16. Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud-Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf.
17. Pat, R. (2008). Caring. In: E. Mason, A. Mcintosh, A. Bryan and T. Mason, ed., *Key Concepts in Nursing*, 1st ed. London, pp.42-48.
18. Pinto, A. (2010). El cuidado como objeto del conocimiento de Enfermería. *Avances en Enfermería*, 20(1), 43–51.
19. Pinzón, C. (1993). Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica The big paradigms of the medical education in latin american countries. *Acta Medica Colombiana*, 33(1), 33–41.
20. Poblete, M., & Valenzuela, S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm* 2007,20(4)499–503. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>.
21. República de Colombia. Ley 1438 de 2011, Congreso de Colombia (2011). Colombia. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>.
22. República de Colombia. Ley 266 de 1996. Congreso de Colombia (1996). Diario oficial, 42.710. Recuperado de http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf.
23. Velandia Mora, A. (2011). La Enfermería en Colombia 1990-2010. Ejercicio profesional y situación legal. *Investigación En Enfermería. Imagen y Desarrollo*, 13(1), 65–78.
24. Vélez, M. (2016). *La salud en Colombia. Pasado presente y futuro de un sistema en crisis* (1st ed.). Medellín: Debates.



Influencia de los actores del sistema de salud en la reorientación de los servicios de salud en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño

Geicy Sepúlveda ³³

Introducción

El siguiente artículo expone los avances de la investigación *Sistematización de la experiencia de participación en el proceso de reorientación de servicios de salud bajo los principios de la Atención Primaria en Salud (APS), en cinco municipios de la región Suroeste de Antioquia 2015-2016*³⁴. En esta línea, el texto da cuenta de la manera como han influido o participado los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social Salud (SGSSS) en el proceso de reorientación de servicios de salud, teniendo en cuenta los principios de la APS que estipulan dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos; justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.

33 Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud, Universidad de Antioquia. Especialista en Gerencia de la Seguridad Social, Universidad CES. Estudiante maestría en Salud Pública, Universidad de Antioquia.

34 La investigación se realizó en el marco del proyecto «Fortalecimiento de capacidades locales para la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los municipios de la cuenca del río San Juan de la región Suroeste de Antioquia 2015-2016».

La información obtenida durante el proceso investigativo describe las experiencias de secretarios de salud, gerentes de E.S.E y coordinadores de APS de los municipios de Andes, Betania, Ciudad Bolívar, Hispania y Jardín; incluye además al director de AESA (Asociación de Empresas Sociales del Estado) y al representante de la Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia³⁵.

Dado que la investigación indaga por experiencias asociadas a la reorientación de servicios de salud, resulta importante precisar qué se entiende en este contexto por reorientación. En este caso se asume la reorientación como la necesidad de ampliar la visión de los servicios de salud para que sean más que una atención curativa individual y contemplen desde la promoción hasta la rehabilitación (Feo, 2004); que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete; así como favorecer la necesidad de una vida más sana, y que se establezca una comunicación entre los sectores sanitario, social, político y económico (WHO, 1986). Exige además investigación sanitaria, educación y formación para el personal profesional; para que se de un cambio de actitud y organización en los servicios de salud y giren alrededor de las necesidades de los individuos (WHO, 1986).

Se viene hablando de reorientación de servicios de salud desde la *Carta de Ottawa* en 1986, en la que se argumenta como la responsabilidad en la promoción de los servicios de salud se comparte entre los individuos, la comunidad, los profesionales, las instituciones, los servicios de salud y el gobierno (WHO, 1986). Sin embargo, diferentes circunstancias no han permitido un avance significativo del tema. En las Américas el contexto desde 1978 ha cambiado, tanto en los procesos internos de los países como en las modificaciones en el ámbito mundial sobre los individuos y sus poblaciones (Periago, 2007); una de estas transformaciones o modificaciones tiene que ver con los sistemas de salud, que en Colombia se dio con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la APS es la estrategia que permite actuar en la complejidad de este proceso de protección de salud no solo individual sino también colectiva, abordando al individuo y la familia como un todo, tomando también en cuenta el contexto en el que se desenvuelve (Periago, 2007). Por esta razón, el artículo aborda la APS como una estrategia que permite la reorientación de los servicios de salud, teniendo en cuenta sus principios.

35 Los fragmentos de las entrevistas están identificados por un código asignado a cada una, más las siglas que identifican el rol o cargo del participante. No necesariamente se presentan fragmentos de todos. Para el caso Director Local de Salud (DLS), Gerente de E.S.E (GESE), Coordinador de APS (CAPS), Director de AESA (DA), representante de la Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia (RD).

1. Planteamiento del problema

Desde la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, la salud de los colombianos no ha tenido un buen balance y se ha quedado en manos del mercado, con un abandono por parte del Estado de la salud pública y las instituciones de salud (Villar, 2004, p. 100).

Buscando transformar esta situación, son varios los esfuerzos que en el país y el departamento de Antioquia se han intensificado para lograr que la estrategia APS sea adoptada con todos sus valores, principios y elementos, con el objetivo de fortalecer los programas y políticas para que se obtengan los resultados pretendidos. Es por esto que en Antioquia, a partir del año 2005, se impulsa la APS-R desde la Dirección Seccional de Salud (ahora Secretaría Seccional de Salud y Protección Social), alcanzando para el año 2015 presencia con la estrategia en 114 de los 125 municipios (Sepúlveda V Geicy D, 2016).

Sin embargo, esto no ha sido suficiente para que se dé la reorientación de los servicios, como se evidencia en los municipios que hacen parte de la subregión donde se llevó a cabo la investigación. Aunque comparten ciertas similitudes en cuanto a su actividad económica (que gira principalmente alrededor de la producción de café), también tienen diferencias en la composición de su población, en la infraestructura para prestar servicios de salud, tanto asistenciales como de salud pública, que inciden en la reorientación de los servicios. Pero este proceso no se afecta solamente por la injerencia de actores internos municipales, se relaciona también con la participación de actores externos que hacen parte del SGSSS y que tienen una clara influencia en los resultados obtenidos.

Aunque hace varios años se habla de la reorientación no se encuentran documentadas las experiencias de los municipios en este sentido. La falta de documentación, interpretación y comprensión de dichas experiencias, impide aprender de ellas y de sus aportes a la salud pública para otras regiones del departamento de Antioquia e incluso del país. Esta situación influye además en el desconocimiento sobre las contribuciones o limitantes que han tenido las normas en el país para la salud pública y especialmente para la reorientación de los servicios de salud.

Por tanto este artículo se plantea como objetivo describir cómo influyen las experiencias y prácticas de los diferentes actores del SGSSS en la reorientación de los servicios de salud en estos cinco municipios, con miras a formular aportes a la discusión en el tema.

La investigación es cualitativa, tipo sistematización de experiencias. La información se obtuvo de fuentes primarias utilizando la técnica de la entrevista y los instrumentos fueron la guía de entrevista y la grabación de audio. Previamente se envió a los participantes la guía y el consentimiento informado con el fin de que manifestaran sus dudas

y la aceptación o no de participar. Durante el análisis se transcribieron y codificaron las entrevistas para definir categorías y compararlas con las propuestas inicialmente, o establecer algunas nuevas; se identificaron además otras categorías relevantes que se convirtieron en subcategorías para luego interpretar y llegar a la discusión y conclusiones.

2. Influencia de los actores

Durante el trabajo de reflexión sobre la reorientación de los servicios de salud, experiencia en la que ha resultado fundamental el acompañamiento de la Universidad de Antioquia, se han identificado diferentes actores y prácticas. Entre los actores se reconocen las secretarías de salud, los prestadores de servicios de salud (Empresas Sociales del Estado E.S.E y particulares), Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, Empresas Promotoras de Salud (EPS) y la misma comunidad.

Aunque la Universidad no participa directamente en el proceso de reorientación de servicios, ha mostrado a los participantes del proyecto posibilidades para este proceso teniendo en cuenta los principios de la APS con nuevas ideas o reforzando las que ya se tenían. Los participantes del proyecto sienten que la Universidad les ha dado la seguridad para adelantar este proceso, explorando diferentes maneras de hacerlo, sin desconocer o infringir las normas.

2.1 Las secretarías de salud municipal

Los secretarios de salud sienten una pérdida de poder en el ámbito municipal, a pesar de tener con el Consejo Territorial de Seguridad Social, una responsabilidad grande en la cooperación para la toma de decisiones y la vigilancia a la ejecución de planes y proyectos. Esta pérdida se relaciona principalmente con el papel protagónico que están teniendo las EPS en los territorios. Aducen que la reorientación es compromiso de todos (EPS, IPS, secretaría de salud, comunidad, etc) pero algunas secretarías de salud construyen solas los planes territoriales por la dificultad de involucrar otros sectores, a pesar de identificar organizaciones líderes y aliadas para la salud que podrían participar de esta actividad.

«Hablamos de recursos pero también podemos hablar de trabajo comunitario, actividades que no van a necesitar recursos, que se pueden hacer, que es poner un granito de arena cada persona, llámese funcionarios del hospital, llámese líder de la comunidad, llámese usuario, llámese secretaría de salud, es poner todos y llevar una reorientación de esos servicios». (E002DLS).

Se ha convertido en una labor importante hacer conocer de otras secretarías los planes de salud y el papel que ellas juegan en la modificación de los indicadores en salud

y el impacto en el trabajo de APS. Se buscan mecanismos para que diferentes sectores entiendan su participación e importancia en la APS y en la construcción de los planes territoriales de salud. La secretaría de salud piensa en toda la población, mientras el hospital en atender a los que tienen derecho por los contratos; la secretaría busca ser protagonista en la reorientación pretendiendo, entre otras cosas, el cubrimiento del 100% de la población con APS y el fortalecimiento de la intersectorialidad que aún es débil.

«...yo les planteaba que es muy difícil que en salud podamos lograr modificar indicadores de una forma positiva, sino podemos contar con el apoyo de ellos (otras secretarías)» (E001DLS).

Hay una necesidad de explicar a los entes de control municipal la importancia de adoptar maneras diferentes de trabajar la APS, de cómo integrar recursos para que impacten más en la salud pública, concientizar al gerente de la E.S.E de trabajar conjuntamente, de incluir diferentes temas o recursos para la reorientación, como son la telemedicina y otros adelantos tecnológicos. La reorientación de los servicios inicia desde el interior de las instituciones de salud.

En cuanto a los recursos económicos se tiene una labor de gestión y organización importante, porque se considera que son insuficientes. Para el caso de la ejecución de APS, por lo general se esperan los dineros del departamento, que generalmente llegan en los últimos meses del año limitando significativamente el periodo de ejecución presupuestal; no obstante, independiente de estos tiempos se debe responder por todas las actividades. El tema de los recursos tardíos desmotiva al personal, porque trabajan solo unos meses del año, además que aspectos políticos condicionan la continuidad de los profesionales y promotores de APS.

«Pero nos estamos gastando la platica de nosotros más otras platicas que consiguió el Alcalde por aparte, entonces lo que nos dice la Gobernación... vaya trabajando con su plata mientras llega APS. Pero ¿cuáles han sido las experiencias de la Gobernación?, APS ha llegado del 23 de octubre hasta el 10 de diciembre... entonces es una época fatal para nosotros hablar de APS, entonces la plata llega cuando ya no hemos podido usarla» (E003DLS).

Se encuentra también que algunos secretarios de salud tienen poco conocimiento de lo que es la reorientación de servicios, por tanto aún no se adelantan muchas acciones en el tema. Los municipios no tienen la misma capacidad para la reorientación. Como se mencionó anteriormente hay diferencias en recursos económicos y en el talento humano que pueden contratar. Algunas veces en lugar de avanzar se sienten en retroceso, pero la reorientación necesita de tiempo y alianzas en la región para que se puedan ver los cambios. Lo más importante es tener convicción de que se puede dar

una reorientación y tener directivos convencidos de la salud pública, más que pensar si el sistema de salud lo permite.

«Bueno esa reorientación de servicios la verdad yo no la he estudiado a profundidad pero sí la he revisado un poco. De todas maneras con el nuevo MIAS, que es el Modelo Integral de Atención en Salud enmarcado dentro del PAIS que es la Política de Atención Integral en Salud, ya nos toca cambiar el chip así no queremos...» (E004DLS).

«Yo creo que vamos en retroceso, esto no hay forma, no hay forma, no, no hay forma! He estado leyendo por ahí algunas cosas y me llama mucho la atención en todas las reformas que han salido este año o todo lo nuevo que salió en este año, pregunte a dónde aparece Atención Primaria en Salud. No aparece». (E006CAPS).

2.2 Las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.)

En el caso de las E.S.E se encuentran diferencias entre las prácticas, intereses y actitudes que tienen los municipios frente a la reorientación y la APS. La E.S.E es una institución muy representativa en el ámbito local, pues la salud gira en torno al hospital, con una buena respuesta de las comunidades dado el componente asistencial. Frente a esto es importante aprovechar los espacios de participación de la secretaría de salud para desenfocar la salud solo de la atención hospitalaria.

Si se habla de la reorientación de los servicios teniendo en cuenta los principios de la APS, las E.S.E todavía presentan un modelo asistencialista. El personal médico tiene escasa o ninguna formación en APS y la alta rotación de este personal dificulta una educación continuada. El respaldo para la capacitación depende del interés que el gerente de turno tenga en la APS, lo que ha generado que pocos funcionarios estén realmente capacitados en el tema. Pero las falencias del personal médico son en salud pública en general, es necesario que este personal conozca el contexto del municipio y qué es lo que se quiere lograr con la reorientación y la APS.

Las E.S.E por su carácter de empresas autosostenibles deben sortear problemas financieros que afectan la ejecución de acciones de salud pública y APS, pues los recursos que le son contratados para estos fines no siempre se destinan en su totalidad a ellos, porque están buscando rentabilidad económica. Sin embargo, no se desconoce que el financiamiento de las E.S.E es un tema relevante.

Otro aspecto importante para el análisis, es que no se contrata personal adicional para estas acciones; por el contrario, al personal asistencial se le recargan las actividades de salud pública sin contar con el tiempo suficiente para ejecutarlas.

«Entonces nosotros siempre hemos contratado salud pública, pero el hospital dice: yo no tengo plata para contratar gente para hacer salud pública, eso es un ingreso adicional que yo voy a tener y yo hago salud pública con lo que yo pueda, con los mismos que hacen la atención, con el mismo enfermero jefe, con los mismos médicos»(E003DLS).

En algunas E.S.E hay desinterés por la APS y la salud pública en general, principalmente por el personal asistencial que tiene más interés por una especialización clínica que por involucrarse en procesos de promoción, prevención y trabajos comunitarios. También la falta de comprensión del verdadero sentido de la visita familiar, hace que se carezca de una planeación clara para el grupo de APS lo que genera un trabajo desintegrado entre las directivas de la E.S.E y el grupo APS.

«...usted sabe que cuando uno como secretario... uno piensa diferente a como piensa un gerente de un hospital, en muchos aspectos porque uno como secretario quiere llegar a toda la población pero un gerente quiere llegar a los que tenga contrato o sea con los que tiene contrato para que le paguen, porque realmente pues las E.S.E son entidades descentralizadas de carácter público pero se comportan como un privado y necesitan vivir de lo que paguen las EPS». (E004DLS).

Pero también hay E.S.E con prácticas contrarias a las mencionadas anteriormente, que invierten los recursos en fortalecer los equipos de APS y son conscientes de que los recursos de salud pública y APS no son para generar ganancias. Hacen trabajo en conjunto con la secretaría de salud para reorientar con base en lo que se contrata. La secretaría de salud reconoce la experiencia de la E.S.E en APS y la intención de trabajar otras alternativas diferentes a la asistencial.

«...con eso se hace demanda inducida (información de historias familiares) y nosotros ya tenemos bases de datos donde nosotros sabemos cada que vamos a necesitar por decir algo, estos días con la secretaría de salud hicimos una convocatoria amplia de los beneficiarios de buen comienzo y con esas bases de datos ya nosotros sabíamos que mujeres están en edad fértil, entonces venga a ver cómo está el tema de la citología, como está el tema de planificación, qué niños tenemos, entonces con esa base de datos podemos verificar cuáles tienen su esquema, entonces ha sido valioso». (E008GESE).

Hay voluntad para iniciar acciones de salud pública de forma temprana para impactar a las comunidades, por eso mismo son conscientes de las repercusiones que tiene interrumpir estas acciones. La E.S.E entendió que APS no es solo historia familiar y que es necesario trabajar en equipo para lograr respuestas a lo identificado por los promotores y para pensar en estrategias que logren una reorientación. En este caso las buenas relaciones entre la E.S.E y la secretaría de salud permiten sortear las dificultades.

«Mi quehacer como gerente se basa en la Atención Primaria en Salud, como un quehacer misional y no solamente como una charla educativa, que se oriente o que

se dé ocasionalmente a las personas, o unas actividades de promoción y prevención». (E10GESE).

En la reorientación es necesario fortalecer el primer nivel de atención, con servicios de calidad, más que pensar en convertirse en instituciones que ofrezcan consulta de especialidades clínicas.

2.3 Los prestadores particulares

Los prestadores particulares o independientes no se reconocen como parte del proceso, su integración y participación en la toma de decisiones es complicada. Estos profesionales deben aprovechar su conocimiento de la comunidad y del sistema de salud para involucrarse en la toma de decisiones de salud pública.

«Se nota la apatía pues como por parte de esos otros prestadores pero de todas maneras pues estamos en ese trabajo... » (E002DLS).

Las secretarías de salud hacen esfuerzos para tratar que los profesionales independientes se sientan parte del proceso de reorientación, porque se han identificado en el gremio profesionales líderes que pueden tener influencia en las decisiones. Su participación es poca pero se están sensibilizando para que se integren al trabajo intersectorial.

«...entonces hemos logrado, hemos tenido algunos avances, o sea incluirlos en algunos temas, hemos logrado que participen algunos del COVE, Comité Municipal de Vigilancia Epidemiológica, pero en términos de calidad y lograr unos avances más amplios, no hemos logrado mucho». (E001DLS).

2.4 Las Empresas Promotoras de Salud (EPS)

El papel de las EPS es aislado, se han limitado a cumplir con lo que les corresponde por norma y atender a sus afiliados, ha sido difícil que entiendan que también hacen parte del proceso de reorientación. Los recursos de salud pública de las EPS se deberían integrar a los de las secretarías de salud para un trabajo en conjunto y así mejorar los indicadores. Las EPS no visualizan lo que pueden hacer en conjunto con otros sectores, por tanto no trabajan coordinadamente con las secretarías de salud, no participan en la planificación y no se involucran para coordinar acciones de promoción y prevención.

«...ellos no se involucran tanto, siempre critican, aquí tenemos una EPS muy buena que es XXX que tiene una auxiliar de enfermería única y exclusivamente para ellos...» (E003DLS).

Trabajan de forma aislada la problemática que más le interese de sus afiliados y no se integran a proponer acciones en conjunto con la secretaría de salud y la E.S.E. Las

responsabilidades en salud pública no son compartidas entre las secretarías de salud y las EPS, reconocen problemáticas solo de sus afiliados no de su entorno comunitario.

«...ellos simplemente atienden sus afiliados, su población, pero... a la larga como somos comunidad todos nos vemos con todos y todos nos vamos a contaminar y enfermar como de lo mismo, entonces es como la idea que se les está vendiendo y la idea es que se integren a lo que se hace desde la secretaría y desde la E.S.E hospital». (E004DLS).

2.5 La comunidad

Otro de los actores es la comunidad. Las secretarías de salud y la E.S.E expresan la importancia de la participación comunitaria en todo lo relacionado con su salud, las propuestas que se les llevan y en el proceso de reorientación. Sin embargo, no es fácil lograr que la comunidad participe pues su interés está más inclinado a recibir servicios asistenciales y tienen al hospital como el único referente de salud. Se reconoce el caso de algunos municipios que han manifestado su interés por resolver sus problemas, no solo individuales sino comunitarios participando en espacios colectivos como la construcción de los planes de gobierno y capacitaciones.

«En eso estamos trabajando pues de manera articulada con la comunidad, de frente diciéndoles pues que ellos también hacen parte de la solución, del cambio que ellos mismos tienen que ser protagonista que no solamente es esperar...» (E004DLS).

En este sentido es importante la formación de los líderes comunitarios, porque aunque no se pueda tener un promotor de salud en cada vereda sí se puede lograr la vinculación de líderes interesados en el tema salud, que sirvan como puente entre la comunidad y la secretaría de salud. Todo esto depende también del protagonismo que la administración municipal le dé a la participación comunitaria. Aunque se reconoce que falta más fortalecimiento en este tema, es necesario que se identifiquen las organizaciones líderes y aliadas para la salud con miras a fortalecer su autogestión en la resolución de problemas básicos, pues las personas se acostumbran a que todos los problemas deben ser resueltos por la institucionalidad.

Precisamente uno de los asuntos que se abordó durante el proyecto para el fortalecimiento de las capacidades locales en la implementación de APS, fue la capacitación a líderes para que impulsen procesos de participación local y ayuden a concientizar a la comunidad sobre la relevancia de esta participación.

A pesar de que existen diferentes espacios participativos los mismos profesionales desconocen su existencia; algunos de estos espacios no están activos y los que están no son aprovechados por la comunidad, que se muestra poco propositiva para encontrar alternativas de solución a sus problemas. La participación no es voluntaria, hay que

insistir mucho para lograrlo. Aquí también hay un asunto político, si la administración de turno no es del agrado de cierto sector comunitario entonces se abstienen de participar.

«Entonces si desde nosotros mismos no conocemos cuales son los espacios, qué podemos esperar cuando la comunidades están esperando es que nosotros les demos las herramientas...» (E006CAPS).

Concientizar a la comunidad de su responsabilidad en la salud es complejo, porque está acostumbrada a un sistema para la enfermedad y más aún, cuando está cansada de la repetición de diagnósticos en APS, y desestimulada por la falta de continuidad de las acciones. La comunidad reclama cuando el promotor no los visita, pero está realmente más interesada en ayudas materiales que en APS.

La APS no es una prioridad para la comunidad, le interesa más relacionarse con actores que ofrezcan ayudas materiales y no aprovechan ese puente que hace el grupo de APS entre la comunidad y la administración municipal.

«...las comunidades no conocen y las que la conocen tienen otros intereses políticos, porque en APS no se dan ladrillos, ni llevamos centros de salud, ni tenemos nada, entonces nos dejaban de últimos» (E006CAPS).

3. Orientaciones para el fortalecimiento

La influencia de los actores del SGSSS de Colombia en la reorientación de los servicios de salud se puede catalogar en unos casos positiva y otros negativa. Entre lo positivo, están las actividades que adelantan las secretarías de salud para tratar de integrar todos los sectores o instituciones presentes en el municipio para el trabajo intersectorial, además de concientizar a la comunidad de la importancia de su participación.

El interés de algunas comunidades de participar en las decisiones que tienen que ver con su salud también es un elemento fundamental en la reorientación. Sin embargo, para lograrlo se necesita de un trabajo intenso con miras a que trascienda y se instale como un proceso permanente, independiente del gobierno que esté de turno, aunque es evidente que los servicios de salud se han dirigido más hacia la oferta que a las necesidades manifiestas desde la comunidad (Feo, 2004), lo que desestimula la participación.

Pedraza citando a la OPS, señala que a pesar que desde los años 70 se establecieron estrategias para la organización y desarrollo de las comunidades, aún no se ha logrado la participación completa y sostenida de las comunidades en temas de salud (Pedraza, 2002). Uno de los factores ha sido que se involucran en actividades donde no participan en su planeación, y se pretende que lo tomen más como un favor que se les hace, que como un derecho (Pedraza, 2002).

En las experiencias relatadas por los participantes, es clara la relación entre las instituciones de salud, la sociedad y lo político; ya varios autores han hablado de esta relación e incluso la que existe entre salud y desarrollo como resultado de las interacciones entre los sectores mencionados, incluyendo el económico (Periago, 2007).

En la subregión donde se desarrolló la investigación lo político, visto desde la normatividad, tiene una gran influencia en las dificultades para la reorientación, toda vez que el SGSSS del país no es claro en como adelantar dicho proceso. La promoción y prevención, junto con la APS, no son protagonistas y estas estrategias están ligadas a la reorientación de los servicios de salud puesto que abordan a los individuos y familias como un todo y tiene en cuenta su entorno (Periago, 2007).

Entre lo negativo, el modelo de prestación de servicios en el país no se da coordinadamente entre el Estado, las instituciones y la sociedad, contrario a lo que dice la Ley 1438 de 2011 y a las pretensiones de la OPS. En el modelo de salud del país predomina el interés financiero, que dificulta la posibilidad de desarrollar acciones intersectoriales a favor de la reorientación de los servicios. El Ministerio de Salud es consciente de que las normas han desconocido la importancia de la salud pública en el sistema de salud, delegando sus funciones al aseguramiento, sin tener la capacidad de resolver la integralidad y otros problemas del sistema (Muñoz et al., 2012).

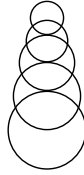
Hay una desintegración de los diferentes profesionales de la salud presentes en los territorios, con lo que se desaprovecha el potencial de conocimientos sobre el sistema y la población. En este sentido, los sistemas de salud tiene el reto de dotar de recurso humano suficiente y capacitado a las instituciones, de manera que tengan la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la comunidad (Nebot Adell, Rosales Echevarria, & Borrell Bentz, 2009).

Los municipios de esta subregión deben crear estrategias que les permitan integrar las acciones en APS, promoción y prevención y salud pública como una sola labor integradora llamada salud pública, pues todas finalmente apuntan a esto. El fragmentar estas acciones por los contratos que se firman con diferentes contratantes, influye en que no se puedan percibir resultados englobados a la salud pública.

En conclusión se puede notar a través de estas experiencias, que son varios los esfuerzos desde la norma, la academia, las instituciones municipales y la comunidad, para reorientar los servicios de salud; no obstante, estos actores sociales se encuentran a cada paso con dificultades que sortear, sin que todos tengan la misma capacidad para resolverlas. En gran medida este estancamiento o retraso se debe al sistema de salud colombiano cuya filosofía de mercado difícilmente dialoga con una apuesta por reorientar servicios y contribuir a la salud pública.

4. Referentes bibliográficos

1. Feo, O. (2004). Las funciones esenciales y la reorientación de los servicios de salud hacia un enfoque de prevención. Memorias del 3er. Congreso Internacional de Salud Pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 22 (9),73-79.
2. Ley 1438 (2011). Diario Oficial de la República de Colombia, Bogotá D.C., Enero 19 de 2011.
3. Muñoz, E., Hernández, C., Aguilar, O., Claros, L., Girón, L., & Rojas, A. (2012). *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*. Convenio Universidad del Valle y Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20y%20Propuesta%20para%20Atenci%C3%B3n%20Primaria,articulado%20al%20sistema%20de%20Salud%20Colombiano.pdf>.
4. Nebot Adell, C., Rosales Echevarria, C., & Borrell Bentz, R. M. (2009). *Desarrollo de competencias en atención primaria de salud*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9789>.
5. Pedraza, D. F. (2002). Participación comunitaria y salud. *Salus*, 3(2). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2002/spn022e.pdf>.
6. Periago, M. R. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las américas: la propuesta de la organización panamericana de la salud para el siglo XXI. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21(2-3), 65-68. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892007000200001>.
7. Sepúlveda, Geicy. (2016). Sistematización de experiencias de participación en el proceso de reorientación de servicios de salud bajo los principios de la APS en cinco municipios de la región suroeste de Antioquia 2015-2016. (Tesis de maestría).Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
8. Villar, L. A. (2004). La Ley 100: El fracaso estatal en la salud pública. *Revista Deslinde*, 36. Recuperado de <http://cedetrabajo.org/wp-content/uploads/2012/08/36-14.pdf>.
9. WHO. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Recuperado 2 de agosto de 2015, a partir de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>.



Oportunidades y retos de la Telesalud para la gestión integral de la Atención Primaria en Salud

*Juan Fernando García Cano³⁶, Diego Alejandro Ossa Estrada³⁷,
Rene Casanova Yela³⁸, Sandra Milena Porras Cataño³⁹,
Dayhana Alzate García⁴⁰, Nora Luz Salazar Marulanda⁴¹.*

Hoy la Telesalud es reconocida como una herramienta que responde y se adapta a la necesidad que en materia de salud y sus determinantes se presenta en la población. Actualmente, la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia desarrolla un modelo de atención en Telesalud para Antioquia, trabajo en el que se identifican oportunidades y retos derivados de los efectos intermedios en los procesos de oportunidad, seguridad, accesibilidad y continuidad de los servicios de salud.

Esta experiencia permite el reconocimiento de los significativos aportes de la Telesalud a los procesos de atención, al configurarse como una oportunidad para la gestión de la Atención Primaria en Salud en la región que incluye el aumento del nivel de resolu-

36 Líder del sistema de gestión Living Lab Telesalud. Administrador en Servicios de Salud.

37 Sistemas de información Living Lab Telesalud. Profesional en Gerencia en Sistemas de Información en Salud. Estudiante maestría en Salud Pública.

38 Líder de Salud Móvil y analista de modelos de atención y gestión de información en salud Living Lab Telesalud. Médico y Cirujano.

39 Sistemas de información Living Lab Telesalud. Profesional en Gerencia en Sistemas de Información en Salud. Estudiante maestría en Epidemiología.

40 Estudiante de Medicina, semestre X.

41 Coordinadora Living Lab Telesalud. Médica y cirujana, Especialista.

tividad en el sistema de salud, dado que posibilita la realización de consultas remotas, en lugares donde no es posible la atención médica especializada. Facilita la realización de actividades educativas y sobre todo la innovación de procesos y adaptación a los retos que se presentan para resolver los problemas de salud de las poblaciones, características que serán ampliadas a lo largo del texto.

Sin embargo, se identifican algunos aspectos en materia de política, legitimidad, resistencia al cambio, dinámicas del mercado y problemáticas estructurales del Sistema General de Seguridad Social en salud que interfieren en la garantía al acceso a servicios de calidad ofertados de acuerdo con el funcionamiento de este modelo.

Este documento tiene como propósitos reconocer los aportes que las tecnologías de la información han dado a los procesos de salud; describir algunos elementos de la experiencia de un escenario de Telesalud en Antioquia, así como las implicaciones que tiene su implementación dentro de la estrategia de Atención Primaria en Salud y finalmente formular algunas propuestas para la gestión de la APS en el marco de los modelos de Telesalud.

1. Aportes de las Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones en materia de salud

El mundo contemporáneo enfrenta un cambio tecnológico acelerado y la expansión del uso intensivo de las Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones (TIC). Actualmente, las TIC juegan un papel clave en el ámbito económico y social: facilitan el almacenamiento de grandes volúmenes de información, habilitan su procesamiento y datos con rapidez, apoyan la toma de decisiones y soportan la colaboración en red (dos Santos, A. D. F et al., 2013).

En este escenario, se ha venido impulsando en la región la formulación de políticas públicas de salud que promuevan la incorporación de las TIC en el sector para el desarrollo de estrategias de salud electrónica (eSalud). La Organización Mundial de la Salud define la eSalud como:

El apoyo que la utilización costo eficaz y segura de las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, con inclusión de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitarias, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud (OMS, 2005).

Algunos componentes reconocidos dentro de esta son:

- a. Los registros médicos electrónicos, o historia clínica electrónica, que ayudan a estructurar la información para un procesamiento más óptimo.
- b. La telemedicina como proceso que posibilita la prestación de servicios a distancia.
- c. La mSalud, o salud por dispositivos móviles, para hacer seguimiento al paciente en el ámbito ambulatorio.
- d. El *eLearning* que engloba, entre otros procesos, la formación o aprendizaje a distancia.
- e. La educación continua sobre tecnologías de la información para la actualización del conocimiento de los operadores de los programas de salud.
- f. La estandarización e interoperabilidad que hace referencia a la comunicación entre diferentes tecnologías y aplicaciones de software para el intercambio y uso de datos de forma eficaz, precisa y sólida (OPS, 2011).

Específicamente la telemedicina y la educación a distancia, basada en Internet y dirigida a los equipos de salud, constituye una herramienta clave para mejorar el acceso a una atención oportuna y reducir la rotación en los equipos residentes en las áreas más vulnerables, con el fin de mejorar la calidad de vida de la población y reducir los costos asociados a la salud. Pero también es fundamental para enfrentar los desafíos que están expresados sobre todo por inequidades en términos de problemas sociales de acceso y calidad de la atención de salud, transformaciones demográficas como el envejecimiento poblacional y epidemiológicas por la transición a las enfermedades crónicas no transmisibles y el aumento de las discapacidades (dos Santos, A. D. F et al., 2013).

Teóricamente en muchos casos la eSalud parece ser la forma más equitativa, efectiva y eficiente para incrementar el acceso, la oportunidad de la atención, la generación de alertas, el ahorro de costos y la mayor efectividad de diagnósticos y tratamientos. Entre los beneficios reconocidos en materia de salud pública por la aplicación de las TIC en la salud se encuentran: el componente de innovación, la transformación de los procedimientos de trabajo y mejoramiento de las comunicaciones, gestión del riesgo y seguridad del paciente y mayor interacción con la comunidad a través de programas educativos. Desde el punto de vista socio-sanitario y atención médica se reconocen el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y de la población, la disminución geo-espacial de las distancias físicas y culturales (incluidas las brechas en salud que se encuentran en los extremos de mayor vulnerabilidad en la población rural e indígena) o de zonas aisladas con menor acceso a bienes y servicios. Y en materia económica, contribuyen al mejoramiento de la eficacia en el uso del tiempo y de recursos, aumentan los insumos para la toma de decisiones complejas y permiten la asignación de prioridades fundamentadas en pruebas científicas (OPS, 2011) (OPS, 2014).

La eSalud es reconocida en América Latina y el Caribe como una estrategia para la resolución de los problemas que en materia de salud se presentan, como lo son las persistentes y considerables desigualdades en el acceso a los servicios de salud, determinadas por aspectos como escasez de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y medicamentos; las barreras físicas y culturales existentes entre la oferta de servicios y la población que los solicita, ingresos económicos reducidos, entre otros.

Si bien en la última década se ha observado en la región una explosión de iniciativas públicas y privadas para la implementación de esta estrategia, la mayoría de los proyectos han sido iniciativas aisladas que no se encuentran integradas a planes nacionales, tanto de salud pública como de TIC. Esta situación refleja una comprensión de los procesos salud-enfermedad como una responsabilidad única del sector salud, ignorando el trabajo intersectorial, sin tomar en cuenta que la salud es transversal a las políticas generales de desarrollo de una región.

No obstante, se pueden observar esfuerzos en la modernización de la gestión de los servicios de salud y de sus procesos asistenciales, así como en la educación a distancia para el perfeccionamiento de los equipos y el desarrollo de la telemedicina (ONU, 2010; OPS, 2011, 2014).

En Colombia se ha estado trabajando en torno a las promoción de las TIC enfocadas al intercambio de información entre diferentes actores y orientadas a mejorar tanto el acceso a la información, la atención, prevención y cuidado de la salud. La Resolución 1448 de 2006 del Ministerio de Protección Social, que normaliza la provisión o prestación de servicios de salud bajo la modalidad de la telemedicina es, en cierta forma, producto del trabajo regional que se llevó a cabo en el país a partir de los años noventa y de las iniciativas generadas en América Latina, las cuales aún se encuentran a prueba (Yunda Perlaza L, 2015).

En el país la implementación de los servicios de salud integrados a la Telesalud ha tenido ciertas barreras para su desarrollo dado que al ser estos una novedad en los modelos de atención, todavía no cuentan con la credibilidad necesaria para su aplicación, y es limitado el uso de tecnologías médicas de corte mundial. Sin embargo, en la actualidad se presenta una dificultad notoria ante esta problemática, porque aunque se tiene una estructura legislativa para el desarrollo de la modalidad de servicio en el ámbito nacional, no se cuenta con un modelo de contratación donde los procedimientos de Telesalud sean reconocidos dentro de las tarifas de prestación de servicios de salud. Es así como las EPS y las IPS encuentran gran dificultad para definir los contratos y por consiguiente la facturación de esta como modalidad de servicio. No obstante, los gobiernos no han dejado a un lado este modelo de atención, que se proyecta como una posibilidad en gran parte para la superación de las problemáticas de cobertura en

salud y que se ha venido integrando y ajustando al sistema de calidad y de habilitación de servicios (Yunda Perlaza L, 2015).

2. Un escenario de Telesalud en Antioquia: *Living Lab* Telesalud

El concepto de *Living Labs* tiene su origen en el *Massachusetts Institute of Technology* (MIT). Se presenta como una metodología de investigación para testear, validar, realizar prototipos y refinar soluciones complejas en entornos reales en constante evolución. A partir de allí se apropiaron diferentes entornos, principalmente desde las tecnologías de la información y de la comunicación, para la búsqueda de un nuevo concepto para la investigación, el desarrollo y la innovación, con el propósito de involucrar a los usuarios en todas las fases de este proceso, generando un alto potencial con miras a la creación de productos y servicios, la articulación de actores y sectores.

Para la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia (acorde con sus ejes misionales de investigación, docencia y extensión que hoy la consolidan como una de las mejores instituciones de educación superior en Colombia según el Ranking *Art-Sapiens*, 2016) era fundamental estructurar un *Living Lab* que permitiera aprovechar las potencialidades de las tecnologías de la información y de la comunicación para la salud del departamento de Antioquia (*Art-Sapiens*, 2016).

Para desarrollar esta idea se referenció la base legislativa existente en el país, que contempla la incorporación de la Telesalud al sistema de salud colombiano como apoyo al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y calidad (República de Colombia, 2010).

Con este panorama, en el año 2013 nace un *Living Lab* de Telesalud en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, como un «laboratorio viviente» donde el Estado, el sector público, la academia, la sociedad civil organizada y los ciudadanos, participan activamente en el proceso de innovación, co-creando y validando soluciones en contextos reales en los que se usan las TIC como principal medio de desarrollo. De este modo, su principal objetivo es integrar las TIC a la búsqueda de soluciones de los problemas de salud pública del departamento, acorde con la visión y misión institucional, en articulación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En sus inicios el *Living Lab* de Telesalud es apoyado y cofinanciado por un proyecto de Ciencia, Tecnología e Innovación CT+i del Sistema General de Regalías, con el que se buscaba formular y operar un modelo de prestación de servicios en Telemedicina (estrategia que hace posible la realización de diagnósticos, tratamiento y seguimiento

a distancia mediante recursos tecnológicos que optimizan la atención) y Teleasistencia (estrategia utilizada para obtener información y asistir a las personas, en el propio domicilio o fuera de él haciendo uso de las TIC) para el departamento de Antioquia, cuya interventoría le correspondió al Centro de Innovación y Negocios de Ruta N.

Para el año 2015 *Living Lab* Telesalud comienza una nueva fase del proyecto con fondos de Ciencia Tecnología e Investigación del Sistema General de Regalías, denominado «Desarrollo de soluciones en CT+i para Telesalud en el departamento de Antioquia». Este proyecto busca conectar a todos los municipios del departamento y se implementa través de los siguientes medios:

- a. La prestación de servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina.
- b. Desarrollo de contenidos de tele-educación en plataformas digitales convergentes mediante el programa de e-salud familiar.
- c. Prestación de servicios de salud bajo la modalidad de Teleasistencia.
- d. Estructuración de un estudio de impacto sobre el uso de la Telesalud.

La puesta en marcha de este proyecto, constituye para el sistema de salud una posible alternativa ante la actual crisis que afronta el sector en términos de financiamiento, resultados y legitimidad al tomar en cuenta las posibilidades que tiene la Telesalud para incidir sobre la oferta de servicios, agilizar diagnósticos y tratamientos y superar distancias geográficas; facilitar el acceso a los servicios, mejorar la calidad y contribuir a la formación profesional.

Cabe aclarar que no se trata de garantizar tecnología de punta o dispositivos de última generación, lo más importante es diseñar e implementar un modelo integral que responda a las necesidades y factores críticos de éxito propios de cada lugar, y que deben ser abordados de manera oportuna por un equipo multidisciplinario idóneo, con disposición de rápida solución de problemas y despliegue de estrategias para la consecución de los objetivos planteados.

A partir de la experiencia del *Living Lab* en la Universidad de Antioquia, se identifican cuatro factores clave para la consecución de un modelo de Telesalud, que deben ser abordados previamente en el desarrollo e implementación del proceso: conectividad adecuada, plataformas que soporten la transaccionalidad propia del modelo, procesos de gestión del cambio y contextualización política, económica, social y cultural de los escenarios y territorios de aplicación. Dichas necesidades se deben atender para lograr una operación eficiente, por ello durante la fase de planeación se deben contemplar todas y cada una de las capacidades instaladas y susceptibles de instalar de todos los lugares que participarán como actores en cada ruta de atención y

que de manera general tienen que ver con mecanismos de financiación, organización, operación y administración.

Respecto a la conectividad, (teniendo en cuenta la variabilidad de acceso, la diferencia sociocultural y la capacidad económica) se trata de garantizar la articulación al modelo de la manera más eficiente, entendiendo que se requiere un despliegue de tecnología adecuada cuya relación costo-beneficio se pueda verificar para todos los actores. A esto se suma la importancia de hacer una buena proyección de transacciones para lograr situar todas las inversiones en un punto que corresponda a un umbral de rentabilidad, que garantice el costo-efectividad del modelo y su sostenibilidad en el tiempo.

Por su parte, el papel de las plataformas tecnológicas es fundamental. Sin embargo, no se trata de una plataforma en particular, sino de cualquiera que soporte la transaccionalidad del modelo y que posibilite una completa trazabilidad de las transacciones, generación de indicadores en tiempo real y la integración a un modelo de analítica en procesos administrativos y de salud.

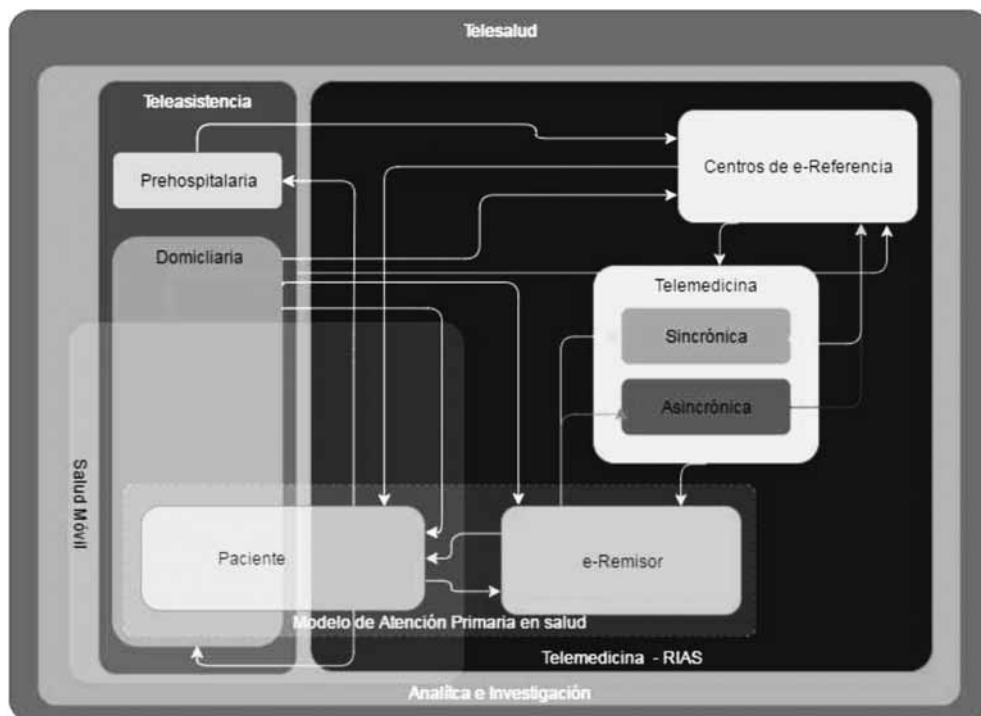
La gestión del cambio es un tema muy amplio, por ello en el presente contexto se definen unos objetivos principales de acuerdo con diferentes niveles de impacto: gerencial, administrativo y operativo. Así pues, en el ámbito gerencial se debe demostrar la sostenibilidad del modelo y verificar que el modelo de operación planteado se adapte a la capacidad instalada de esa IPS en particular. En el campo administrativo es fundamental demostrar la eficiencia del proceso y desagregar cada procedimiento, identificando los empleados responsables y su participación en los mismos. Finalmente, en el componente operativo es preciso demostrar la importancia de la labor de cada uno de los individuos como colaborador de un proceso integrador, que mejora la situación en salud de la población.

Con relación a la contextualización se busca reconocer las diferencias, las concepciones frente a los procesos y los retos que en los ámbitos económico, político, cultural y social se puedan generar con la aplicación del modelo de operación.

Ahora bien, el inicio de operación no debe verse como un proceso secuencial y posterior a la consecución de los tres pilares, ya que el éxito del modelo se verifica en una planeación que contempla la posibilidad de operar de acuerdo con lo establecido e ir complementando con los elementos faltantes, de manera dinámica y flexible. Para esto, el despliegue de los componentes de la Telesalud se debe hacer de manera simultánea, partiendo de una caracterización de la población y de unas soluciones diseñadas según las necesidades detectadas. Aunque cada componente del modelo es diferente, todos se articulan alrededor de una persona que los necesita con características específicas.

Así se presenta el modelo de integración de estrategias en Telesalud diseñado desde *Living Lab-Telesalud*.

Figura 1. Diagrama de articulación de Telesalud



Fuente: Elaboración propia.

3. La Telesalud en un modelo de Atención Primaria en Salud

Un modelo de atención en salud se entiende como la forma de organización lógica de procesos, actores y recursos para la producción de la salud y la atención de la enfermedad en un territorio-población, donde se articulan de manera específica e intencionada las poblaciones con las instituciones y equipos de salud, los procesos comunitarios y las respuestas sociales disponibles. En este contexto, la Telesalud es un elemento importante y diferenciador que trae consigo beneficios desde tres momentos específicos:

- a. **Para el paciente:** Evita desplazamientos innecesarios para recibir la atención en salud. Brinda diagnósticos y tratamientos más oportunos, información y educación en salud en el domicilio.

- b. **Para los profesionales de la salud:** Mejora la toma de decisiones, disminución de la variabilidad diagnóstica, incrementa la seguridad, confianza y educación continua.
- c. **Para las instituciones de salud:** Facilita mayor acceso, cobertura y oportunidad a los servicios de salud, así como menores costos.

La Telesalud busca cerrar las brechas de equidad en la atención, con mejoras en las condiciones de la población, aumentar el acceso a los servicios de salud en todas sus dimensiones (geográfica, cultural, oportunidad, resolutivez, seguridad, legal, funcionalidad), busca ser más costo efectiva para la prestación de servicios, fortalecer el crecimiento local de los territorios y contribuir a garantizar el derecho humano fundamental a la salud. En este sentido, la Telesalud encaja perfectamente en un modelo de salud basado en la Atención Primaria en Salud (APS) cuyos fundamentos están orientados a garantizar el derecho al mayor nivel de salud posible con equidad y solidaridad (OMS & OPS, 2007).

Los modelos de Telesalud además de ser innovadores y co-creadores, garantizan procesos de caracterización de orden individual y colectivo bajo sistemas de información de alta calidad. Generan además trazabilidad en la información para que los profesionales de la salud validen y analicen no solo variables intrahospitalarias, sino también del nivel comunitario, familiar, entre otros. De la misma forma dichos modelos permiten realizar una atención integral, integrada y continua centrada en las personas y no en el uso de las tecnologías de punta. Finalmente, los modelos de Telesalud requieren de un esfuerzo organizado intersectorial que entiende que la salud no solo es ausencia de enfermedad, sino que es un proceso donde varios actores, sectores e instituciones tienen injerencia.

Sin embargo, en Colombia todavía se discute sobre la eficiencia de la incorporación de la Telesalud al modelo de atención en salud convencional. Este tipo de barreras trascienden el diseño de los modelos operativos y las soluciones tecnológicas. En el caso puntual del *Living Lab* de Telesalud, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, a pesar de garantizar a los municipios del departamento la conexión de Internet, plataformas tecnológicas, soporte técnico, soporte tecnológico y capacitación a los profesionales de la salud en el uso y despliegue de la Telesalud, se evidencian los siguientes criterios como los más importantes retos:

- a. Apropiación de la tecnología de las instituciones.
- b. Capacitación y entrenamiento de recursos humanos.
- c. Integración de los procesos a la rutina diaria.
- d. Factores socioculturales del territorio.

- e. Confianza en la tecnología por parte de los profesionales, instituciones y usuarios.
- f. Ambiente económico local.
- g. Ambiente macroeconómico.
- h. Estructura reguladora y aspectos legales del sistema de salud.
- i. Voluntad política y respaldo público.

La Telesalud, al igual que la Atención Primaria en Salud, tiene retos importantes que las sociedades deben afrontar y entender, dado que son estrategias que requieren de la combinación de asuntos como la inversión de recursos, la rectoría y vigilancia del Estado, la gestión de procesos institucionales y sobre todo un talento humano suficiente, calificado y motivado para emprender los desafíos de una compleja transformación institucional y disciplinar.

Aquí la Telesalud se articula con la APS, pues las ventajas de este modelo en particular, convergen cada día más hacia un punto de óptimo funcionamiento basado en la operación y articulación de las capacidades de adaptación y al dinamismo de los modelos basados en TIC que se pretenden implementar en los diferentes lugares. Todo en el contexto de un ambiente innovador, asumiendo como propias las necesidades de cada actor, lo cual se garantiza con el compromiso y la eficiencia de los mismos al momento de la operación. No obstante, se ha reconocido que los procesos de Telesalud no están aislados de las dificultades que en materia de salud se presentan en el ámbito nacional, y aunque estos han sido considerados como un elemento para superarlos, no resuelven los problemas estructurales del sistema de salud.

4. Propuestas desde los modelos de Telesalud para la Atención Primaria en Salud

A continuación se describe la forma en que los modelos de Telesalud integrados se articulan con una estrategia de Atención Primaria en Salud:

4.1 Telemedicina

Como punto de partida se asume que una estrategia de APS opera integrada a través de una red, que cumple el papel de estratificador por naturaleza para los servicios de salud. Se prevé que en los nodos periféricos el 80% de los pacientes debe tener una prestación directa del servicio de salud requerido, con una adecuada resolutivez, y que solo el restante de la población, que desborda la capacidad del nodo primario, accede a los niveles de complejidad mayores por medio del uso eficiente de las estrategias de canalización, orientación y transporte (Segredo Pérez, 2009).

Esto requiere un muy buen sistema de información, que permita el control en tiempo real de la situación de cada nivel de atención, así como una buena caracterización de la población usuaria para hacer un abordaje correcto con las estrategias más adecuadas. Para esto, la Telesalud aporta los modelos de intercambio de información en los ámbitos operativo y procedimental, lo que ayuda a integrar la Telemedicina, la Teleasistencia y la Tele-educación, al servicio del equipo médico y del paciente como centro del modelo.

De manera puntual la Telemedicina en sus dos modalidades, sincrónica y asincrónica, hace parte de la integración de los mayores niveles de complejidad al alcance del nodo periférico, permitiendo y garantizando la atención y gestión de riesgo para los principales motivos de consulta, ya definidos por el gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud.

La gestión de riesgo, por su parte, es una actividad crítica que evita el deterioro de los pacientes en sus entidades mórbidas de base, pero también una intervención que impacta de manera directa en los requerimientos de atenciones correctivas de urgencia. En este sentido, con los modelos de Telesalud y su posibilidad de control de la información, se pueden establecer unas rutas de evaluación y seguimiento, estructuradas inicialmente para generar alertas. Sin embargo, en un futuro no muy lejano, se podrán implementar modelos predictivos que generen la intervención temprana de situaciones que de otro modo tendrán un desenlace crítico para el paciente y para el sistema de salud.

4.2 Teleducación

Si bien, el objetivo de mejorar la resolutivez del nodo periférico contempla la necesidad de Teleducación constante, esta estrategia también se requiere para impactar de manera positiva en el proceso de remisión a niveles de mayor complejidad, ya que esto mejorará la eficiencia de los procesos y optimizará los tiempos de especialistas y los costos para el paciente y para el sistema de salud.

Con base en lo anteriormente planteado, la Teleducación debe enfocarse en dos públicos objetivo y en dos modalidades de prestación. Esto si se pretende lograr la mayor efectividad posible. En cuanto a las poblaciones, es evidente que el conocimiento no solo debe estar disponible para los profesionales de la salud; debe llevarse al lenguaje de la comunidad, porque es allí donde se podrá impactar en conductas de autocuidado, que es uno de los componentes fundamentales de cualquier sistema de salud. En ese orden de ideas, la Teleducación debe tener un componente con acceso libre en modalidad abierta donde los pacientes, la comunidad y los profesionales de la salud encuentren toda la información que requieran fácilmente.

No obstante, la educación certificada para los profesionales de la salud con una modalidad formal que permita el diseño de rutas de aprendizaje, seguimiento y evaluación, con objetivos de aprendizaje claros, evaluables y verificables (que posibiliten un análisis de necesidades de formación en los profesionales y de sus fortalezas) es un punto clave. Los indicadores obtenidos de este proceso, seguramente servirán para la toma de decisiones en los programas de formación en los ámbitos de pregrado, educación continuada, posgrado y subespecialidades, incentivando el desarrollo de nuevos cursos y contenidos.

4.3 Salud móvil y Teleasistencia

El enfoque de la salud móvil, cuyo principal objetivo en *Living Lab* es almacenar y analizar información propia del seguimiento de los pacientes en el ámbito ambulatorio, se articula a estrategias conjuntas con un modelo de Teleasistencia, ya que permite identificar situaciones adversas del proceso salud-enfermedad del paciente. Se articula también con un modelo de Telemedicina, al brindar información valiosa sobre el comportamiento del paciente por fuera de las instituciones de salud. Todo esto redundando en una mejor adherencia del paciente a su plan terapéutico, racionaliza el uso de servicios de urgencia y de hospitalización y mejora la calidad de vida del paciente.

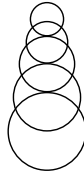
Si bien ha existido el mito de que el uso de la salud móvil, la Teleasistencia y de manera general la integración de las tecnologías de información y comunicación al sector salud generan una despersonalización de la atención, en *Living Lab* Telesalud de la Universidad de Antioquia se ha encontrado que el éxito de este tipo de programas, radica en una adecuada articulación con el modelo de salud al que el paciente pertenece. Es decir, se ha identificado que la salud móvil y la Teleasistencia complementan los programas de salud del modelo convencional, pero en ningún momento los reemplazan.

Así pues, *Living Lab* Telesalud utiliza la salud móvil para llegar tan lejos como las tecnologías lo permiten, y esto no es hasta donde hay Internet o teléfonos inteligentes, sino a donde puede llegar un promotor de salud con una aplicación móvil *offline* o a donde hay un celular de baja gama. Por esto, la propuesta de valor del modelo es generar la información necesaria para tomar decisiones que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

5. Referentes bibliográficos

1. Art-Sapiens. (2016). Ranking Art-Sapiens 2016: Clasificación de las mejores instituciones de educación superior colombianas según factor de posicionamiento de artículos. Recuperado de <http://www.sapiensresearch.org/artsapiens/2016>.

2. Dos Santos, A. D. F, Fernández A, Alves H. J, de Souza C, de Melo M. D. C. B, & Messina L. A. (2013). *Desarrollo de la telesalud en América Latina*. Recuperado a partir de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35453/1/S2013129_es.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. (2005). 58a Asamblea Mundial de la Salud : resoluciones y decisiones. Ginebra. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/A58_2005_REC1-sp.pdf.
4. OMS, & OPS. (2007). *Valores, Principios y Elementos esenciales de un Sistema de Salud Basado en la APS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Washington, D.C. Recuperado de http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf
5. ONU. (2010). *Salud electrónica en América Latina y el Caribe: Avances y desafíos*. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/32848/1/lcl3252_es.pdf.
6. OPS. (2011). *Estrategia y plan de acción sobre eSALUD*. Recuperado de http://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=7&Itemid=260.
7. OPS. (2014). *Conversaciones sobre eSalud. Gestión de información, diálogos e intercambio de conocimientos para acercarnos al acceso universal a la salud*. Recuperado a partir de http://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22&Itemid=239.
8. República de Colombia. Ley 1419 de 2010 (2010). Recuperado a partir de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley141913122010.pdf>,
9. Yunda Perlaza, L. (2015). *Integración del modelo de telesalud y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)*. Recuperado de <http://repository.unad.edu.co/handle/10596/3574>.
10. Segredo Pérez, L. C. (2009). Caracterización del sistema de dirección en la atención primaria en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(1), 78-109. DOI:10.1590/s0864-34662009000400009.



Construcción de una micro red integrada de servicios de salud. Diagnóstico inicial, conceptos básicos y criterios para su conformación

Luis Alberto Martínez Saldarriaga⁴²

Introducción

Dentro del proyecto «Fortalecimiento de las capacidades locales para la implementación de la estrategia de APS, en los municipios de la cuenca del río San Juan de la región del Suroeste de Antioquia 2015-2016», se desarrolló un componente que pretendió propiciar las bases para la reorientación de los servicios de salud. Para ello, se llevó a cabo una estrategia que combinó dos elementos: la realización de un curso de sensibilización y fundamentación, dirigido a tomadores de decisiones clave del territorio, y la abogacía con la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, las EPS que hacen presencia en la zona, las ESE (hospitales públicos que son los principales prestadores de servicios de salud de la zona) y las secretarías municipales de salud como las autoridades sanitarias. Este texto presenta los conceptos básicos que orientaron dicha construcción y sintetiza algunas reflexiones derivadas de los diálogos con los actores locales.

El documento se organiza en dos apartados. En el primero, se plantea una justificación del porqué es necesario reordenar y reorientar los servicios de salud. Se presenta un diagnóstico inicial, que expone la complejidad del escenario sobre el cual se pretende

42 Odontólogo. Especialista en Administración de Servicios de Salud, Universidad de Antioquia. Magíster en Administración, Universidad Pontificia Bolivariana. Actual director ejecutivo de la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia –AESA–.

propiciar la integración de servicios de salud, y se enuncian algunas normas nacionales que las promueven y le dan sustento, como la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 (Congreso de la República de Colombia, 2015), la Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011) e incluso en resoluciones que pretenden desarrollar un modelo integral de atención en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). En segundo lugar, se presentan unos conceptos básicos sobre RISS (**Redes Integradas de Servicios de Salud**) y se culmina con unas reflexiones finales en relación con la construcción de redes integradas de servicios de salud.

1. La fragmentación de los servicios de salud: la génesis de un problema complejo

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha insistido en como los sistemas de salud, especialmente los de América Latina y el Caribe, se encuentran fragmentados, pues aunque tienen múltiples actores, estos no se articulan ni se complementan; en cambio, por lo general, compiten entre ellos (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

En Colombia es fácil ver la competencia en el interior de los municipios entre secretarías de salud y hospitales. Se compite entre los diferentes niveles de atención, hay competencia ente hospitales públicos con los prestadores de servicios de salud privados. Por ejemplo, los hospitales de baja complejidad, orientados más hacia los servicios rentables con jornadas que terminan a las seis de la tarde, dejan los servicios «huesos» a los hospitales públicos.

Entre las administradoras de planes de beneficios, el sistema también impone una competencia propiciando una atomización de los recursos. Esta fragmentación hace que cada aseguradora llegue con propuestas y modos de trabajo distintos, por ello los hospitales difícilmente pueden organizar su modelo de prestación acorde con las necesidades de la población asignada, por atender a los requerimientos de cada contratante.

Las universidades, encargadas de la formación del talento humano en salud, también se encuentran bajo un esquema de competencia, cada una con sus escuelas; algunas más enfocadas hacia la asistencia de la enfermedad, otras tratando de avanzar más en el cuidado integral de la población.

El sistema de riesgos laborales manejado por las Aseguradores de Riesgos Laborales – ARL, cuenta con recursos muy importantes que son tributados desde las empresas para hacer la gestión de los riesgos inherentes al trabajo. Sin embargo, esta labor no se encuentra articulada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), provocando que gran parte de la carga de la enfermedad, proveniente desde las condiciones del trabajo, se carguen al SGSSS con poca responsabilidad desde el sistema de riesgos laborales.

También existen instituciones de salud de alta complejidad, la gran mayoría con ánimo de lucro, que se enfocan en la prestación de servicios rentables mientras cierran aquellos servicios con poca rentabilidad económica, pero necesarios para el cuidado de la población como la atención materno infantil o la medicina interna. Estas situaciones ejemplifican como el sistema de salud se rige más por las ganancias económicas, que por el cuidado de las personas.

Por otro lado, se cuenta con algunos programas verticales tratando de intervenir determinados riesgos individuales, como programas para pacientes con VIH, atención a pacientes con patologías crónicas, entre otros. Mientras todos estos actores trabajan de manera fragmentada y desarticulada, los ciudadanos deben padecer múltiples trabas jurídicas y administrativas que obstaculizan su acceso a los servicios de salud.

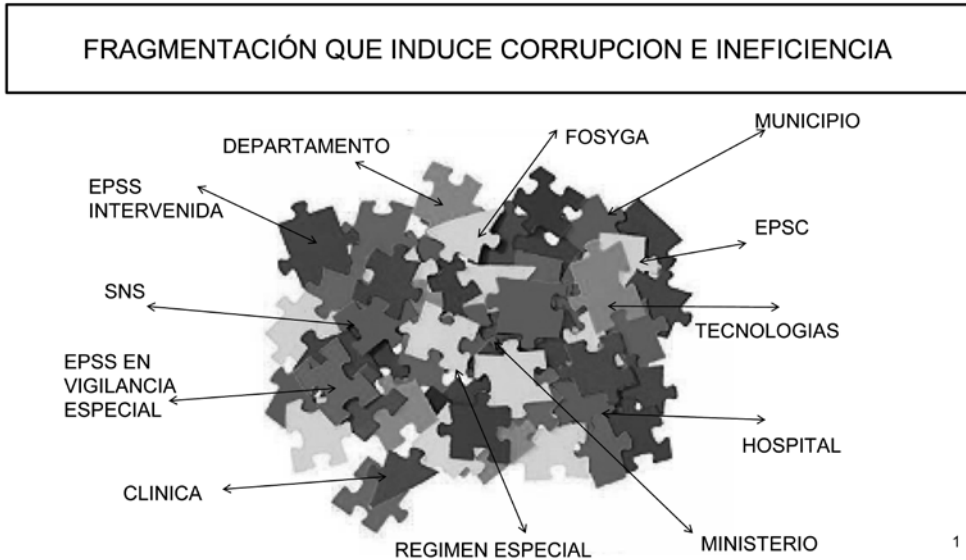
En síntesis, países como Colombia decidieron delegar en el mercado la planificación de los servicios de salud, con pésimas consecuencias. Esta fragmentación se hace más perjudicial por la débil rectoría de la salud en el país, no solo desde el nivel nacional, sino también en el ámbito territorial y municipal, lo cual se debe a factores como la descentralización a ultranza, la falta de recursos, la tercerización y políticas de adelgazamiento estatal en los territorios, que obligan a que muchas de las funciones indelegables del Estado sean contratadas con terceros, porque hay que cumplir con porcentajes limitados de gastos de funcionamiento exigidos por la Ley 617 del 2000 (Congreso de la Republica de Colombia, 2000).

Otros factores que influyen son la insuficiencia del talento humano y la duplicación de acciones entre todas las agencias del Estado, las empresas privadas, las Cajas de Compensación Familiar, los «proyectos» de atención primaria municipal o del departamento. Si cada actor marcha por su lado se produce una duplicidad de acciones y de oferta, que genera un bajo desempeño del sistema y un incremento de los costos.

Se observa una carrera desmedida de las instituciones para cuadrar sus finanzas y su flujo de caja, todo en medio de la insatisfacción de los usuarios e incluso del talento humano que, a pesar de recibir una adecuada formación en las universidades, se enfrenta a la imposibilidad de satisfacer las necesidades de las poblaciones que cuidan dada la ausencia de herramientas institucionales pertinentes.

Toda esta descripción es una «caricatura» donde aparecen múltiples actores. Están la Entidades Promotoras de Salud (EPS) bajo vigilancia especial, unas *ad portas* de la liquidación, otras intervenidas o con planes de salvamento, mientras los hospitales viven una crisis cada uno por su lado. La confluencia de estos factores propician ineficiencia en la gestión, con gran cantidad de recursos atomizados en todo el territorio nacional y con múltiples ordenadores del gasto que hacen proclive el sistema de salud a la ineficiencia y a la corrupción.

Figura 1. Representación de la fragmentación en el sistema de salud en Colombia



Fuente: Elaboración propia.

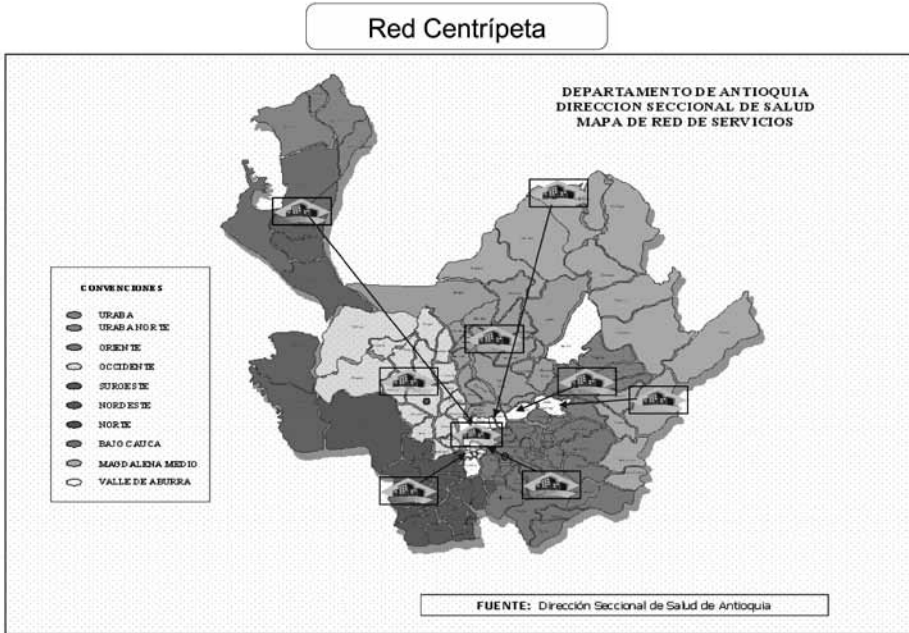
La estructura de asignación de recursos del sistema de salud colombiano se basa en la compra y venta de servicios, la cual impone trabas jurídicas y administrativas, desde el gestor de servicios (EPS) para que la población acceda a la atención. Dichas trabas comienzan desde los servicios de admisiones de hospitales y clínicas, donde se efectúa el procedimiento de «comprobación de derechos», que es la verificación de que el paciente esté vigente en una base de datos o si existe un contrato con la EPS. Desde allí se inician una serie de barreras administrativas y jurídicas que se perpetúan con las autorizaciones, confirmaciones de agenda y una cantidad de acciones que limitan la oportunidad de la atención y por ende su eficacia.

Si se miran algunos indicadores de salud es cierto que se ha disminuido la mortalidad materna e infantil, pero hay algunos países con características similares al nuestro que tienen mucha ventaja. Es innegable también que existe una insatisfacción de la población colombiana con su sistema de salud y un reiterativo colapso de los servicios de urgencias, principalmente en las grandes ciudades.

En cuanto a la organización de los prestadores de servicios de salud en Antioquia, se encuentra una red centrípeta donde todas las subregiones del departamento terminan remitiendo a Medellín los servicios de alta complejidad. Como resultado, estas

remisiones aumentan los costos para la población atendida y contribuyen al colapso, como ya se señaló, de los servicios de urgencias de las capitales.

Figura 2. Representación de una red centrípeta, de acuerdo al funcionamiento de la prestación de servicios de salud en el departamento de Antioquia



Fuente: Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Presentación realizada en el evento “Encuentro departamental situación del pasivo prestacional y redes de salud en Antioquia”, organizado por la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia – AESA, septiembre de 2008.

2. Los rasgos de un modelo de atención morbicéntrico y poco resolutivo

Es importante detenerse un poco a mirar la «producción de servicios» de los hospitales públicos en los últimos cuatro años (Tabla 1), para formarse una idea de lo que está pasando. En los egresos hospitalarios hubo un crecimiento, alrededor de 5.000 egresos en el último año (2015-2016), el porcentaje de ocupación sigue siendo bajo y hay unos hospitales de primer nivel que alcanzan solo un 5% de su nivel de ocupación en hospitalización, lo cual contrasta con otros hospitales de mediana y alta complejidad que superan el 90%. Estas cifras muestran que existe una capacidad de resolución muy pobre en el primer nivel de atención, a pesar de los múltiples esfuerzos realizados por los gerentes de las Instituciones Prestadoras de Salud-IPS públicas para mejorar la ho-

tería, de ahí que haya que repensar como reorientar los servicios de salud con estas nuevas situaciones.

El ítem de consultas se redujo en el mismo periodo a 10.000 consultas generales, pero el número de consultas urgentes ha venido aumentando pues al cerrar un consultorio de atención general, las urgencias se convierten en el mecanismo para que la población pueda encontrar una solución a sus dolencias. No obstante, dicha, búsqueda recae en las áreas donde los recursos son insuficientes, lo que genera más angustia y estrés para atender a la población.

Un dato dramático que se observa en la siguiente tabla, es el aumento año tras año de las consultas urgentes por medicina especializada, que evidencia la baja resolutivez de los profesionales de la salud, que están orientando su accionar a remitir a los pacientes hacia la atención especializada. Las cirugías por su parte siguen aumentando, así como los exámenes de laboratorio y las ayudas diagnósticas. Parecería que esa anamnesis, esa semiología, el estudiar al paciente y sus síntomas, se ha ido dejando a un lado para atenernos a las ayudas tecnológicas. Otras cifras dramáticas que causan muchos cuestionamientos, es la disminución en los biológicos aplicados. El número de citologías y los controles de enfermería también han ido disminuyendo, y en estos puntos debe haber un llamado de atención para ver que está pasando (Tabla 1).

Tabla 1. Producción hospitales públicos Antioquia 2011-2015

| CONCEPTO | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Consultas electivas | 3.461.970 | 3.958.612 | 3.965.662 | 3.955.715 |
| Consultas de medicina general urgentes | 1.403.269 | 1.364.357 | 1.433.815 | 1.447.190 |
| Consultas especializadas urgentes | 67.700 | 101.796 | 106.682 | 131.874 |
| Exámenes de laboratorio | 6.983.837 | 7.479.688 | 8.076.305 | 8.366.254 |
| Imágenes diagnósticas | 810.740 | 891.905 | 946.871 | 986.250 |
| Dosis de biológico aplicadas | 2.100.190 | 1.890.287 | 1.678.819 | 1.328.415 |
| Controles (prenatal-crecimiento y desarrollo) | 502.086 | 561.781 | 514.598 | 496.756 |
| Citologías cervicovaginales | 295.819 | 291.485 | 273.011 | 251.191 |

Fuente: SIHO, construcción AESA – Asociación de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos de Antioquia.

En general se evidencia una baja resolutiveidad en los primeros niveles, alta derivación hacia la urgencia, y sobre todo mucho énfasis en la medicina especializada, lo cual hace juego con una gran cantidad de incentivos que se dan en la forma de contratación, en las dificultades que se tienen con el talento humano y que se agudiza al tener un sistema orientado por el ánimo de lucro y a la atención de la enfermedad.

Un tema crítico en relación con los recursos financieros, es la falta de liquidez en los hospitales públicos. En el caso de Antioquia la facturación fue alrededor de 1,5 billones de pesos en el 2015, de ese valor solo se pagaron 751 mil millones. Obviamente el dinero faltante incide en la capacidad operativa generando riesgos fiscales y financieros. Muchos hospitales que están ejecutando programas de saneamiento fiscal o de gestión integral del riesgo, se ven obligados a contener costos y dejan de adelantar programas como las salidas a las veredas, además de esto no se reemplazan las vacantes de personal asistencial y se ven otras acciones de contención de costos que van en contra de la producción y de la buena atención.

En esta línea es posible que se llegue a tener hospitales públicos rentables financieramente pero insolventes socialmente. Por ello, es importante generar un cuestionamiento: ¿Los hospitales públicos están diseñados para ser rentables o para atender a la gente utilizando bien los recursos con transparencia y de manera eficiente?

3. El llamado de Ottawa

La *Carta de Ottawa* (Organización Mundial de la Salud, 1986) recuerda los tres pilares de la Atención Primaria en Salud: la participación social y comunitaria, la acción intersectorial en salud y la reorientación de los servicios. Se plantea que los servicios deben reorientarse para que sean sensibles a las necesidades culturales de los individuos y las respeten. Por eso hay que estar cercanos a las necesidades de la población y crear vínculos con las poblaciones y las familias, identificarse con sus necesidades y tratar de satisfacerlas, (lo que incluye a los grupos étnicos o culturales que existan en el territorio).

También plantea la necesidad de incentivar la investigación sanitaria así como los cambios en la educación y la formación profesional. Si se continua insistiendo en el modelo centrado en la asistencia de la enfermedad, se tendrán enfermos eternamente; en cambio, se debe cuidar a la población de forma permanente, pero para eso habrá que formar más en el desarrollo humano, haciendo énfasis en la promoción, la prevención y el cuidado.

Se plantea que es necesario producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios, de forma que giren en torno a las necesidades del individuo

como un todo y no en torno a la rentabilidad. De ahí el llamado a la reorientación de los servicios de salud.

4. Conceptos básicos de Redes Integradas de Servicios de Salud RISS

Los conceptos básicos de las RISS se orientan a garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud. Si bien el Ministerio de Salud y Protección Social habla de un nivel de aseguramiento del 95% y la Secretaría de Salud de Antioquia de un 92%, el menor de esos porcentajes aplicado a los seis millones de habitantes del departamento, indica que de 500 a 600 mil personas no tienen un seguro. Pero más allá de la cobertura del aseguramiento, lo importante es el acceso efectivo; cuando falla el acceso efectivo, y sin acciones sobre los determinantes sociales y económicos, no es posible hablar de cobertura universal. Esta situación del acceso se complica al no tener redes resolutivas y de calidad, lo que impide aún más hablar del acceso efectivo.

Las Redes Integradas son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS en el ámbito de los servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2010), para hacer que la interacción con los demás sectores y ante todo la participación social y comunitaria sea tangible y se pueda volcar todo el sistema de salud a la satisfacción de esas necesidades.

Las RISS «son un conjunto de organizaciones que brindan o hacen arreglos para brindar un continuo coordinado de servicios de salud a una población y está dispuesto a ser clínica y financieramente responsable por los resultados de la salud de la población a la que sirve» (Shortell, SM. Anderson, DA. Gillies, 1993). Esto quiere decir que de conformarse una micro red en el Suroeste antioqueño se conocerán las necesidades de la población en todos los rincones, veredas, corregimientos y en la parte urbana y se podrá avanzar colaborativamente en satisfacer esas necesidades.

Países como Chile, han interpretado este cambio de modelo. Fábrega (2012) plantea que el objetivo es lograr que cada persona y su familia tenga un equipo básico y un lugar de atención cercano que le permita sentirse protegido en su proceso de mantenerse saludable, contando con unos equipos de apoyo interdisciplinarios que tengan un poco más de capacitación.

En El Salvador esos equipos de apoyo están conformados por especialistas, dependiendo del alcance de los recursos, pero lo importante es que esos equipos de apoyo estén cercanos a los equipos básicos, a las familias y las comunidades. También se debe contar con los mecanismos de derivación necesarios para enfrentar problemas más prevalentes, entonces se tendría un sistema centrado en el desarrollo de las personas

con orientación en promoción y prevención, con enfoque familiar; más ambulatorio que hospitalario, participativo con presencia de todos los sectores, con las tecnologías apropiadas y haciendo énfasis en el desarrollo y bienestar de las personas.

Existen tres ambientes que habría que articular para un adecuado funcionamiento de las RISS.

- **Ambiente comunitario:** Con equipos básicos a los cuales se le asignan el cuidado de un número de familias, este equipo conoce las necesidades de la población asignada. La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social del departamento, cuenta con un software que habrá que revisar y ajustar para utilizarlo de manera adecuada, y para eso se deben implementar las salas situacionales, con el objetivo de empoderar a cada municipio y en consecuencia reorientar la oferta.
- **Ambiente ambulatorio:** Si bien estos equipos básicos cuidan a la población, cuando hay que ir a una atención ambulatoria, se acude a los centros o puestos de salud.
- **Atención cerrada:** Algunas personas requerirán una atención cerrada en un hospital, la gran mayoría de personas retornan a sus residencias y quedan bajo el cuidado nuevamente de los equipos básicos.

5. Los equipos básicos se conforman según las necesidades de la población

Los equipos básicos pueden tener diversas conformaciones, sin embargo es posible plantear una estructura general integrada por un médico general, enfermera, auxiliares de enfermería e higiene oral, auxiliares de salud pública, técnico de farmacia, etc.

Al hacer una revisión bibliográfica se encuentra que un parámetro bastante aceptado para determinar el número de familias de un territorio asignadas a un equipo básico es entre 700-1000 familias por equipo. El equipo básico puede cubrir entre 500 y 700 familias, en áreas dispersas, y 700 a 1.000 en áreas urbanas. A su vez, los equipos de apoyo pueden soportar entre siete y diez equipos básicos.

Si se toman como ejemplo a municipios como Hispania y Betania, que son pequeños (5.000 y 9.000 habitantes respectivamente), requerirían seis equipos básicos y uno de apoyo para cubrir a toda la población. De esta manera se comienzan a tejer las redes, porque ese equipo puede comenzar a cubrir territorios cercanos. Es importante reiterar que la conformación de los equipos básicos depende de las necesidades de la población. Un ejemplo para esta subregión, de la cuenca del San Juan, es que se han identificado importantes problemas de salud mental, en este caso habrá que tener al

talento humano orientado a atender esa problemática desde la conformación de los equipos básicos y los equipos de apoyo.

6. Funciones de un hospital integrado en red

Los integrantes de una RISS son básicamente instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, articuladas y localizadas con criterios de necesidades territoriales. Este es un punto indispensable para el trabajo de la micro red, ya que las pseudo-redes que se tienen en la actualidad no cumplen con el criterio de territorialidad, es un hecho lamentable ver como muchas de las maternas del Suroeste deben ir a municipios del Oriente para su atención, y eso no tiene sentido cuando se tienen en la misma subregión instituciones capaces de brindar esa atención.

Bajo este esquema de prestación de servicios lo primero es generar impacto sanitario y un valor agregado, estas son condiciones *sine qua non*. Si no se logra un impacto sobre la salud de la población, ni se desarrollan acciones conjuntas, coordinadas y sinérgicas con los demás integrantes de la red, para asegurar el continuo de la atención, no se puede afirmar que se trabaja de manera integrada, La tarea no finaliza al enviar unos exámenes, por el contrario, la idea es garantizar la realización de estos exámenes recetados por el equipo de apoyo, mientras el paciente regresa a su entorno bajo el cuidado y monitoreo del equipo básico de salud.

Otra función de los hospitales debe ser crear espacios de participación. En este punto, el asunto gira en torno a los municipios y hospitales que se adhieren al trabajo en RISS, los cuales deben crear espacios de interlocución permanente para establecer la forma de interactuar. Décadas atrás, periódicamente los hospitales eran citados para analizar la forma de atender a la población, conocer cifras sobre los flujos de los pacientes, determinar los contenidos de las campañas, establecer metas mensuales y realizar programación de actividades en conjunto.

Una función adicional de los hospitales es la de analizar la eficiencia y calidad de los servicios provistos, calidad que se ha visto afectada por el fantasma de la liquidación, que en el país ya ha afectado alrededor de 50 hospitales. Para el caso de Antioquia durante el periodo del gobierno departamental 2012-2015 se liquidaron seis hospitales, el mayor número registrado en la historia. Se tiene una oportunidad al estar unidos por el «espanto» que genera la crisis actual, siendo este el momento indicado para trabajar juntos y evitar el aumento del deterioro de las instituciones.

Existe también en el sistema una presión muy grande para incorporar nuevas tecnologías, ante todo de medicamentos, este fenómeno está quebrando a los sistemas de salud del mundo, incluyendo al colombiano. La mercantilización y el sistema actual es proclive para que el complejo médico industrial haga su «fiesta» en el país. Se tienen

además pacientes más informados, más longevos, con más expectativas de vida; unido esto a unos recursos financieros siempre insuficientes, demandas jurídicas crecientes, escasas del talento humano, una distribución inequitativa de los recursos y una concentración de los especialistas en las grandes ciudades: Bogotá, Medellín y Cali.

Es evidente que persisten dificultades en la gestión y coexisten múltiples feudos que dependen del manejo del poder sobre las instituciones de salud, secretarías de salud o municipios. Otro problema se encuentra en una inadecuada administración del personal, falta de programas de incentivos que estimulen la calidad y el trabajo en red.

Existen unos énfasis que de manera definitiva no pueden posponerse. El primero debe ser compartir y analizar en conjunto la información y las características de la población adscrita a la red. Entre todos los integrantes se debe analizar cuál es el perfil de la micro red, porque una vez establecida una RISS los límites desaparecen y se convierten en una misma unidad. Es además una necesidad acabar precisamente con esos límites arbitrarios, y eso se logra compartiendo y analizando la información.

El segundo énfasis debe ser adoptar los principios de las RISS de acuerdo con la APS, así como analizar qué hace cada hospital, en coherencia y concordancia con las necesidades de la población. Se debe enfatizar también en implementar programas para mejorar la seguridad del paciente y desarrollar procesos de educación médica continua en torno a las nuevas tecnologías. Es preciso avanzar en el continuo de la atención con las ventajas que ofrecen desarrollos como la telesalud, venciendo la resistencia que ponen a veces los especialistas.

Desde hace seis años el colectivo denominado Mesa Antioquia por la Transformación del Sistema de Salud⁴³, viene trabajando en diversas propuestas y ha alcanzado una serie de consensos dentro de los cuales se encuentra un concepto básico denominado la adscripción. El concepto aborda como adscribir a la red una población definida con sus integrantes individuales, sus familias y la comunidad. En otras palabras, cómo entregarle esa población a la red para que esta asuma la responsabilidad de su cuidado continuo.

Las características que debe tener la red se asocian a un modelo que permita el acceso de las personas a una red de servicios y no a un servicio individual. Se trata de cambiar la idea de asistir al hospital de Andes, por dar un ejemplo, y migrar hacia la idea de que se asiste a la micro red del San Juan para que se solucione el problema, esto permite un trabajo articulado con las EPS. La idea es que cuando una persona acuda a

43 La Mesa Antioquia es un colectivo de actores sociales: sociedad civil, comunidad organizada, académicos, políticos, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, que con principios éticos y de justicia social, moviliza ideas y propone alternativas para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población colombiana. Más información en: <https://infomesaantioquia.wixsite.com/mesaantioquia>.

los servicios encuentre solución a sus problemas sin tener que salir a trámites administrativos como autorizaciones o estar condicionada a la existencia de una agenda, en cambio la micro red podrá estar empoderada para adelantar esas acciones. Es un reto lograrlo bajo la estrategia de APS.

Otra necesidad es ordenar los servicios existentes para redistribuir los flujos de la población, pero además evitar duplicidades pues muchas veces los hospitales pierden cierta perspectiva y desean contar con todos los servicios, sin tener la población suficiente para costear este tipo de inversiones. Se debe entonces aprender a compartir entre todos, obviamente sin afectar la oportunidad en la prestación de los servicios, y para alcanzar este nivel de complementariedad es necesario pasar del concepto de competencia al de solidaridad, donde se ponen en el centro las necesidades de la población para ser satisfechas entre todos, obviamente desde la coordinación.

Para esto habrá que crear incentivos para impulsar esa cooperación y en los casos de algunos hospitales privados, se puede pensar en el modelo chileno de hospitales autogestionados en red (Ministerio de Salud de Chile, 2004), que consiste en una integración virtual con la micro red sin que la entidad pierda su independencia.

Lo expresado hasta acá marca una enorme diferencia entre las actuales redes de servicios de las EPS, que consisten en un listado más de contratos, y lo que es una verdadera RISS. Para que se cumpla con la función de «integrada» hay cuatro componentes básicos que a su vez desembocan en 14 atributos esenciales.

Los cuatro componentes básicos son: un modelo asistencial, un componente de gobernanza y estrategia, uno de organización y gestión y uno de asignación de recursos. Por su parte, los 14 atributos que plantean los referentes internacionales en Colombia fueron convertidos en 13 con la Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011), pero de alguna manera la Resolución 1441 de 2016 los hizo a un lado. El caso es que en la actualidad a las EPS se les entregó la competencia de planear, organizar, ejecutar y hasta controlar la red, mandato que abre un signo de interrogación puesto que esa competencia debe ser del Estado y en la Ley 715 se encuentra en cabeza de los departamentos.

Bajo este esquema general se recupera una de las principales funciones que se ha perdido en el sistema de salud, que es la planificación de los servicios la cual comienza con identificar cuáles son las necesidades de las personas, sus familias y su entorno o territorio. Una vez identificadas esas necesidades y los determinantes sociales de la zona como disponibilidad de agua potable, violencia intrafamiliar existente, sumado esto a los perfiles demográficos y epidemiológicos, es posible tener una identificación suficiente para organizar una oferta de servicios socio-sanitarios orientada a la satisfacción de las necesidades encontradas.

Esa oferta comienza con tener un primer nivel de atención fuerte, soportado en equipos básicos multidisciplinarios, equipos de apoyo trabajando de manera articulada el componente de salud pública con todos los actores encargados del tema, incluyendo a otros sectores del desarrollo social y económico de los territorios.

Es bajo estas condiciones que los análisis y proyecciones plantean que se puede cubrir por lo menos el 80% de las necesidades de la población desde un primer nivel de atención fortalecido y articulado. Las atenciones que no se puedan cubrir en este nivel, irán a los servicios especializados y subespecializados, pero siempre retornando al paciente para que el equipo básico (que ya ha establecido un vínculo con la familia), con las instrucciones correspondientes, siga con el cuidado continuo de la población.

Así como se debe tener un alto conocimiento de las necesidades, es igual de importante proveer servicios satisfactorios, integrales y equitativos, desarrollar acciones de salud pública y promover el accionar intersectorial para que vaya dirigido al control de los determinantes sociales de la salud; cumplir el atributo de tener una población y un territorio a cargo, ofrecer servicios integrados e integrales con disponibilidad de centros acordes con las necesidades de la población en esa extensa red de servicios (que en gran parte se cumpliría en el primer nivel de atención en las instituciones ubicadas en la micro red), y donde la palabra clave es «interdisciplinario», para garantizar que la puerta de entrada al sistema sean los equipos básicos y de apoyo.

Desde las RISS es posible integrar las acciones intersectoriales y de salud pública con una atención ajustada a las necesidades de toda la población, con intervenciones seguras y efectivas basadas en la mejor evidencia científica, de manera organizada y con asignación de recursos bajo principios de equidad y eficiencia económica. Sería importante recuperar una acción que se hacía en el pasado, especialistas que no se quedaban esperando a que llegaran los enfermos al quirófano o a los consultorios, sino que se desplazaban a los municipios donde escasea la oferta de especialidades, de esta manera es posible descentralizar la atención no solo la apoyada en las TIC sino también la presencial.

Las RISS deben contar con mecanismos de coordinación a lo largo de toda la red, que puedan incluir normalización de procesos en todos los nodos y donde estén claras las guías de práctica clínica y protocolos de atención, que sean comunes, y que partan del consenso de un equipo técnico fuerte conformado por los municipios participantes. Dentro del proceso de coordinación debe tenerse en cuenta la conformación de grupos de trabajo de gestión de casos y sistemas eficientes de referencia y contra referencia.

La Mesa Antioquia adelantó un importante trabajo señalando como sería un proceso de habilitación progresiva de la red, situación que se encuentra consignada en la Ley 1438, que indica que se deben cumplir unos criterios determinantes, como por

ejemplo, tener un territorio y población a cargo. En la actualidad el desarrollo en este sentido es incipiente, porque se cumple en parte con tener un territorio asignado, pero con escaso conocimiento de las necesidades y preferencias en salud de la población. Un desarrollo alto de este criterio sería tener el territorio a cargo definido, pero además un conocimiento de las condiciones sociales y de salud de la población, que son las que definen y determinan la oferta necesaria para la atención en salud.

Otro criterio es tener los servicios de baja complejidad fortalecidos pues actualmente predominan programas verticales desarticulados, donde cada uno se concentra en atender la enfermedad, que se agudiza con la propuesta de las rutas de atención enfocadas desde un modelo morbicéntrico. La perspectiva sería tener servicios de baja complejidad, como puerta de entrada al sistema que integra y coordina el cuidado de la población y resuelve la mayoría de sus necesidades.

Los principales elementos de lo que es un modelo de atención basado en APS, que lo diferencian de otros modelos, son ubicar la centralidad en las personas, las familias y las comunidades, la integralidad en la atención y la continuidad. Aplicar estos principios plantea un escenario muy distinto a la gestión del riesgo o de siniestros, que impone el actual modelo de aseguramiento. Estos elementos deben ser considerados como irrenunciables.

Al abordar la persona se le debe considerar como un todo, su tratamiento debe partir de un enfoque intercultural y de género, generando empatía; los procesos de decisiones clínicas deben ser compartidos, siempre centrados en sus derechos. A nivel familiar y comunitario debe haber un abordaje de los problemas del individuo en el contexto de la familia y del grupo étnico racial, así como de las redes sociales y culturales, por parte de los prestadores de servicios de salud.

Es fundamental la continuidad del cuidado con innovación en la oferta de servicios, como las prácticas de la internación domiciliaria, cirugía día, policlínicos de apoyo en el primer nivel de atención, y así con muchas estrategias que han venido avanzando para cuidar a la población en entornos extra hospitalarios.

Hay otros elementos a considerar como la gestión de la clínica, aplicar los instrumentos de la clínica basados en la evidencia, referencia y contra referencia, interconsulta, abordajes conjuntos y renovación del rol de los servicios de atención especializada.

La OPS señala la importancia de la correlación de los equipos básicos de atención anclados a otras formas de atención, como hospital día, centros especializados, servicios domiciliarios y centros de salud, donde todo regresa a los equipos básicos para dar continuidad al cuidado y recuperación, aprovechando los vínculos establecidos por estos con las familias.

7. Reflexiones finales

Para finalizar, como resumen de lo señalado hasta ahora, se resalta la importancia de pasar de la competencia, (donde cada uno busca resolver los problemas individualmente), a la cooperación y solidaridad, ubicando en el centro las necesidades de la población para satisfacerlas mancomunadamente. Este es el principal reto.

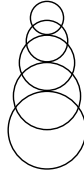
Diseñar redes tecnológicas es un desafío, pero tejer redes humanas en salud es un imperativo y el actual sistema de salud colombiano ha demostrado hasta la saciedad que es inviable ética y financieramente, de ahí que sea urgente innovar en otras formas.

Según la OPS, los beneficios que trae trabajar con un modelo basado en la APS para el cuidado esencial e integral de la población y operativizado bajo la figura de RISS, mejoran la accesibilidad, reducen la atención inapropiada y disminuyen la fragmentación de los servicios. Se mejora la efectividad clínica, se evita la duplicidad en infraestructura y en servicios, se reducen costos de producción y transacción, a la vez que se responde mejor a las necesidades y expectativas de la población.

Como lo señala Senn «no hay ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud» (Sen, 2002).

8. Referentes bibliográficos

- Congreso de la Republica de Colombia. Ley 617 (2000). Bogotá.
- Congreso de la Republica de Colombia. Ley Estatutaria 1751 (2015).
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438-Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá.
- Fábrega, R. (2012). Presentación Congreso Redes Integradas de Servicios de Salud. Medellín.
- Ministerio de Salud de Chile. Ley 19.937 (2004). Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016 (2016). Retrieved from https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_0429_de_2016.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Promocion De La Salud*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington D.C.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en Salud? *Rev Panam Salud Publica*, 11, 302–309.
- Shortell, SM. Anderson, DA. Gillies, R. O. (1993). Building integrated systems: the holographic organization. *Healthcare Fórum Journal*, 36, 6–20.



Sala situacional de salud Una metodología para la toma de decisiones en salud, municipio de Ciudad Bolívar, Antioquia, 2016

*Sebastián Bedoya Mejía⁴⁴, Angélica López Patiño⁴⁵,
Natalia Andrea Gaviria Angulo⁴⁴*

Introducción

El proyecto BUPPE «Fortalecimiento de capacidades locales para la implementación integral, participativa y continua de la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño» plantea la sala situacional de salud como una metodología para la gestión de la información, monitoreo y evaluación en el que se involucran diferentes actores del territorio tendientes a analizar, promover decisiones y soluciones respecto a un tema prioritario. Se enfoca en la identificación, medición y reducción de las brechas o desigualdades injustas y evitables en salud.

De acuerdo con la información histórica encontrada en la revisión bibliográfica, las salas situacionales surgen como estrategias militares, que por su efectiva contribución al análisis de bombardeos permitió su expansión a diferentes campos, uno de estos a la

44 Estudiante de Gerencia de Sistemas de Información en Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Realizó las prácticas académicas en el marco del proyecto BUPPE APS Suroeste, durante el 2016.

45 Estudiante de Administración en Salud, énfasis en servicios de salud de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Realizó las prácticas académicas en el marco del proyecto BUPPE APS Suroeste, durante el 2016.

salud (Bergonzoli, 2006). Existen referentes de varios países en el mundo que adelantan esta estrategia y llevan la salud a un nuevo nivel, como los son: Argentina, Brasil, Canadá, Colombia, Cuba, Guatemala, México, Nicaragua, Bolivia, Perú y Venezuela (Méndez B & Heredia, 2012).

En Colombia se viene trabajando desde hace más de 30 años con salas situacionales, por ejemplo Bogotá, que cuenta con diferentes experiencias en este sentido. Para el caso específico de Antioquia, el municipio de Envigado presenta avances significativos para la salud por el manejo de la información, con un sistema de gestión del conocimiento (Fallis, 2013). Se cuenta además la experiencia reciente de Ciudad Bolívar, municipio que desarrolló la primera sala situacional de salud impulsada por el proyecto BUPPE APS Suroeste con el liderazgo de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, donde el municipio fue pionero en la subregión Suroeste, convirtiéndose en un referente para los demás municipios.

Este capítulo define la importancia de la sala situacional de salud desde su creación y la salud pública, el desarrollo de sus procesos e intervención de actores; sintetiza debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas, como avance significativo para la Atención Primaria en Salud Renovada-APS-R y un repositorio web donde se consulte toda la información de la sala, que permita a los actores municipales pensar y debatir conjuntamente las posibles soluciones de intervención de los problemas y soportar la toma de decisiones políticas.

1. Sala situacional de salud, una mirada desde la salud pública

La sala situacional es una metodología para elevar la capacidad de los actores municipales y está al servicio del Modelo de Gestión Territorial de la Salud-MGTS⁴⁶; tiene una visión compartida, un diagnóstico que se problematiza y se adapta al territorio, en un trabajo participativo que gestiona acciones intersectoriales. Se evidencian tres medios:

- La problematización, de iniciativa sectorial en un principio, generando más adelante en la sociedad procesos de participación.
- La sala tiene un recorrido en los sistemas de información, Análisis de Situación de Salud (ASIS), Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), Registro Individual de Prestadores de Servicios de Salud (RIPS), el plan de desarrollo municipal, plan territorial de salud, los comités de vigilancia de salud pública, donde se recoge la evidencia sistemática del problema.

46 La definición y contenido del modelo se puede consultar en: <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/apssuroeste/>

- Un resultado que se genera a partir de la sala. Con base en dicho resultado se van evaluando y retroalimentando los sistemas de información, sistemas de planeación, la estructura de toma de decisiones y también la discusión de la evidencia frente al problema.

Bergonzoli, (2006) afirma:

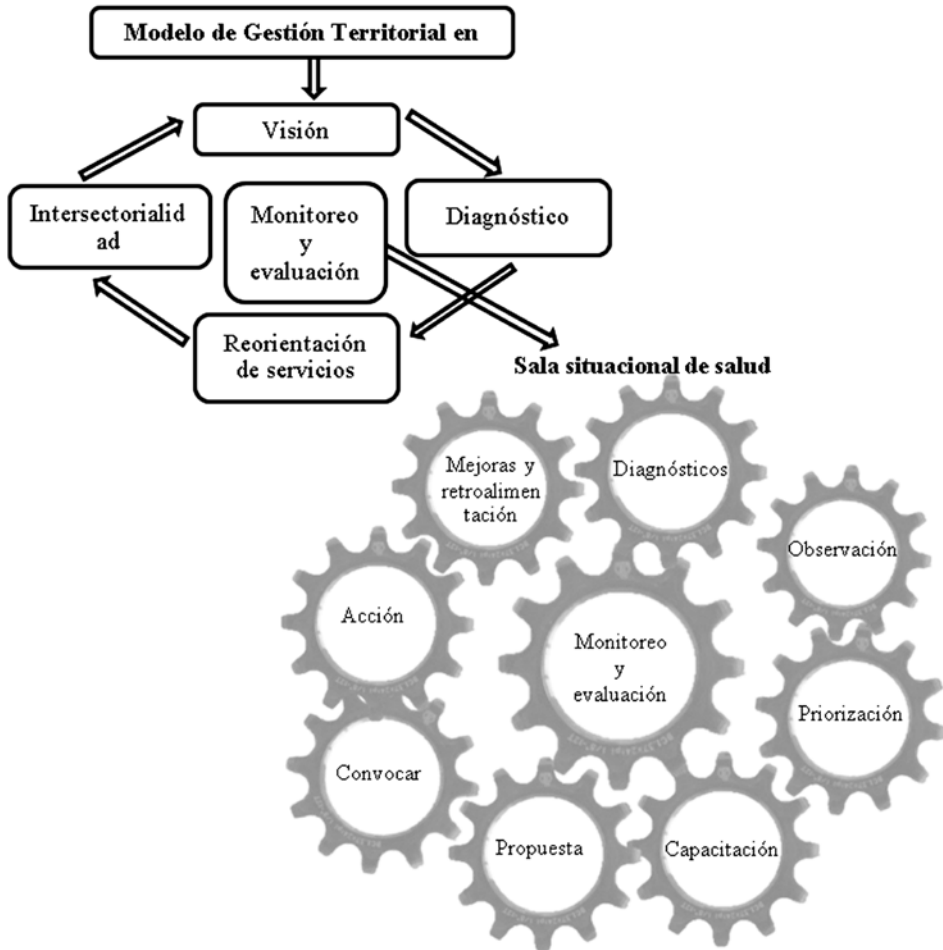
La sala situacional en salud es un espacio, virtual y matricial, de convergencia donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no; el análisis de los factores que lo determinan; las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local; el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas. Cuando se hace referencia a situaciones de salud no se trata de las tradicionales situaciones o análisis de los daños y, en el mejor de los casos, evaluar los riesgos, sino a todo tipo de situaciones relacionadas, desde el análisis y evaluación del proceso de formulación de políticas y fijación de prioridades hasta la evaluación del impacto en la población, pensando por supuesto, por los asuntos relacionados con los recursos humanos, la tecnología empleada, el financiamiento del sector, el proceso de reforma y muchas otras variables (p.23).

La sala situacional es un proceso pedagógico importante para la sociedad, que interviene para entender contenidos de salud pública, a partir del planteamiento de diversos interrogantes: ¿cómo se abordan los problemas?, ¿cuál es la información y conocimiento que se aborda a su favor?, ¿cuál es el espectro de la estructura como se abordan los problemas? y ¿por qué las personas están acostumbradas a asumirlo de una manera asistencialista? Al discutir las respuestas a las preguntas formuladas se va logrando un aprendizaje social. En este sentido, el proyecto BUPPE APS Suroeste identificó la sala situacional como una oportunidad para complementar sus acciones dando conexión a la intersectorialidad, participación comunitaria, formación del talento humano, reorientación de servicios y monitoreo y evaluación.

El surgimiento de las salas situacionales se debe a estrategias militares, las cuales inician en la Segunda Guerra Mundial (Bergonzoli, 2006). Adaptando este concepto al proyecto, se concibe como una metodología que dinamiza el MGTS⁴⁷ de un municipio, para fortalecer la capacidad de análisis de los procesos de gestión de la información de la APS-R municipal, donde los tomadores de decisiones discuten una serie de problemas complejos, abordan uno de estos y en un espacio físico o virtual intervienen diferentes actores buscando resolver un problema. Para esto previamente recogen la información y realizan monitoreo, control y evaluación.

47 La definición y contenido del modelo se puede consultar en: <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/apssuroeste/>.

Figura 1. Modelo de Gestión Territorial en Salud



Fuente: Elaboración propia.

Un antecedente representativo ocurrió en el año 2002 en el Ministerio de Salud de Argentina, entidad que impulsó la primera sala situacional para mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Este equipo fue recopilando, evaluando y difundiendo en forma sistemática y continua los datos específicos sobre eventos de salud; más adelante, y con información enriquecida, insertaron sus datos en un sitio web que permitió la obtención de información sobre indicadores sociodemográficos, problemas emergentes, vigilancia de la salud y tendencias.

Otro antecedente importante se dio en Perú, uno de los países latinoamericanos más organizados en sistemas de información en salud, donde existen diferentes salas situacionales ubicadas en los distintos niveles de atención sanitaria, desde el nivel local y departamental, hasta el nivel ministerial. Estas salas forman una red de comunicación y están interconectadas a través de Internet (Méndez B y Heredia, 2012).

Una sala situacional empieza con el ejercicio de priorización de las problemáticas que más afectan la calidad de vida y salud de la población de la localidad. La metodología usada por el equipo ASIS para este ejercicio corresponde al enfoque epidemiológico para la priorización de problemáticas, a través de una matriz que pretende facilitar el análisis de problemas (Hospital del Sur, 2013). Un ejemplo importante para destacar en Antioquia es el municipio de Envigado, que implementó la sala situacional en los procesos de monitoreo y evaluación para generar espacios de análisis, realizar auditorías, ejecutar estudios, difundir la información, permitir el fácil acceso a la información y gestionar la organización (Fallis, 2013).

2. Objetivo de una sala situacional de salud

Para obtener mejores resultados en salud (a través de indicadores, cobertura y servicios), es necesario cambiar el modelo asistencial hacia un modelo basado en determinantes sociales de la salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad⁴⁸.

De acuerdo con este enfoque, la sala situacional de salud se crea para la intervención de los problemas que tienen los municipios, porque no cuentan con estrategias que les permitan conocer a profundidad las causas y efectos que ocasionan dichos problemas. Mediante esta estrategia se llega hasta la toma de decisiones políticas, pasando por diferentes procesos, mejorando la información del problema, documentando y construyendo estrategias de intervención, para finalmente llevarlo ante los tomadores de decisiones territoriales.

Según lo planteado por Bergonzoli (2006), una sala situacional de salud debe tener como objetivo general:

48 El sistema de salud de Bolivia, por ejemplo, realizó en 2006 un cambio de gran magnitud, aumentando su capacidad de rectoría mediante cobertura universal, creando consejos para la participación de la ciudadanía y por medio de la promoción de la salud buscó fortalecer la participación del Estado, promoviendo acciones intersectoriales dirigidas a modificar los factores determinantes de la exclusión social en salud (García Ramírez y Vélez Álvarez, 2013).

Desarrollar una cultura de análisis y uso de la información producida en los servicios de salud institucionales y comunitarios, para que mediante la aplicación del instrumento de sala situacional, se identifiquen las inequidades en salud y sus determinantes y se puedan aplicar las intervenciones más costo/efectivas, mejor sustentadas; para reorientar los servicios de salud hacia la atención de las prioridades identificadas, con eficacia y eficiencia. (p.39).

Al crear cultura se deja capacidad instalada en los municipios para que estos puedan utilizar su información⁴⁹ de la mejor manera, dándole solución a problemas prioritarios en conjunto con actores de diferentes sectores. El objetivo de la sala situacional es tomar decisiones con criterios propios, sustentadas en la información recopilada, información que requiere de monitoreo y evaluación para que sea veraz y confiable.

El fin de implementar una sala situacional de salud es mejorar las condiciones de salud y vida de la población, con calidad y equidad.

Esto responde a: primero, identificar y medir las desigualdades e inequidades existentes entre grupos humanos, especialmente los más postergados; segundo, ajustar los planes operativos a las políticas, prioridades y compromisos de gestión en salud, para la reducción de las brechas detectadas; tercero, fortalecer la capacidad de anticipar las amenazas que puedan profundizar las inequidades en salud pública y proponer la respuesta institucional y social organizada frente a dichas amenazas y; cuarto, incorporar progresivamente esquemas y procedimientos metodológicos prácticos e innovadores, que faciliten combinar información de fuentes y sectores diversos, como un apoyo al proceso de crear escenarios favorables para la reducción de las inequidades y los mecanismos para su monitoreo y evaluación, en los diferentes niveles de gestión, con especial énfasis en el nivel local (Bergonzoli, 2006, p39).

La sala situacional debe contar con la participación de todos los actores sociales posibles, desde el alcalde hasta personas de la comunidad, porque cada persona y cada grupo tiene una perspectiva diferente de los problemas y análisis de alternativas de solución. En este sentido, la sala situacional se diferencia de los comités institucionales, porque los comités involucran solo sujetos de organizaciones formales, tomadores de decisiones tales como: gobierno, sectores sociales organizados, sector educativo,

49 Un desafío importante para los países es el fortalecimiento de los sistemas de información en salud (García Ramírez y Vélez Álvarez, 2013). Colombia no es ajeno a este desafío, y específicamente desde la experiencia en Ciudad Bolívar, se ha evidenciado que las acciones se concentran en la recolección específica de información para temas de salud prioritarios dirigidos desde el nivel nacional, aunque no se han podido desarrollar capacidades para sistematizar la recolección, procesamiento y disgregación de la información que requiere un sistema de salud que contribuya en la toma de decisiones.

la policía, la secretaría de salud, entre otros. En cambio, la sala puede tener además actores sociales como organizaciones comunitarias, las familias, los adolescentes, los empresarios, la organización del sistema municipal, entre otros.

La sala se debe movilizar a diferentes espacios, con el fin de recopilar información de lo que se está haciendo y poder tener suficiente evidencia frente al problema priorizado. Una vez contemplado esto se debe hacer la invitación a cada uno de los actores que participan de la sala mediante el sitio web; los actores deben tener claro su cumplimiento y compromiso con la sala, para que esta pueda funcionar y ser exitosa. Cualquier persona puede desarrollar una sala situacional de salud, por eso este capítulo pauta algunos procesos que guían dicha metodología.

Tabla 1. Análisis DOFA de la sala situacional de salud

| | |
|----------|---|
| D | <ul style="list-style-type: none"> ● Insuficiente información que soporte el problema priorizado. ● Débil compromiso de los actores sociales. ● Trabajo desarticulado de las diferentes dependencias municipales. ● Los grupos de trabajo en el momento deliberativo de análisis no distribuyen las funciones, de manera que no existe un moderador de la discusión y una persona encargada de registrar todos los datos. ● Dificultad para entender la función que cumple la sala situacional de salud en un municipio. |
| O | <ul style="list-style-type: none"> ● Concientización de los actores, capacitación y buena comunicación durante el diseño de la sala situacional. ● Trabajo en equipo arduo de preparación de la prueba piloto de la sala situacional en salud, adecuando visualmente el espacio con póster informativos y estadísticos del problema y mediante resumen disponible para la discusión sobre lo que se conoce y se recopiló del tema. ● La mayoría de los problemas que afectan los determinantes sociales de una población están fuera del área de la salud, lo cual exige de los recursos y el compromiso de otros sectores. |
| F | <ul style="list-style-type: none"> ● Repositorio de información con ayuda de tecnología, para la disponibilidad de la información en tiempo real a la comunidad. ● Adecuada participación de los actores en el momento deliberativo de análisis, para entender lo que se hace, conocer otras fuentes de información y planificar intervenciones. ● La secretaría de salud lidera y soporta la importancia de implementar una sala situacional de salud. ● La prueba piloto es un gran avance que garantiza el interés de las dependencias del municipio, hace que se identifique el problema a priorizar y se evalúen las alternativas de solución. |

| | |
|----------|--|
| A | <ul style="list-style-type: none">● Falta de voluntad política.● «Problemas como la inadecuada asignación de los recursos y la ausencia de mecanismos eficaces de supervisión y evaluación de las acciones y programas de salud, se traduce en ineficiencias en el ejercicio de los recursos destinados a la salud» (Ledo y Soria, 2011).● Espacio para el desarrollo de la sala situacional inadecuado, no acorde con la cantidad de asistentes, lo cual los dispersa.● Jornadas de trabajo de la sala situacional mayores a dos horas, agota y dispersa a los asistentes, debido a las múltiples ocupaciones de este tipo de actores. |
|----------|--|

Fuente: Elaboración propia.

3. Procesos decisionales de la sala situacional de salud

La sala situacional de salud del municipio de Ciudad Bolívar surgió como una iniciativa de la Facultad Nacional de Salud Pública, adscrita a la Universidad de Antioquia, como parte del proyecto BUPPE APS Suroeste. En dicho proceso de intervención social se evidenció como los municipios participantes del proyecto presentan vacíos en la consolidación de una estrategia o metodología para la toma de decisiones, ya que son muchos los problemas en salud que se priorizan al mismo tiempo. Lo anterior ratificó la necesidad de reunir una serie de actores, tanto institucionales como comunitarios, que aportaran y ayudaran a soportar las decisiones tomadas.

Todo proceso tiene un ciclo de vida:

Figura 2. Ciclo de vida de la sala situacional de salud

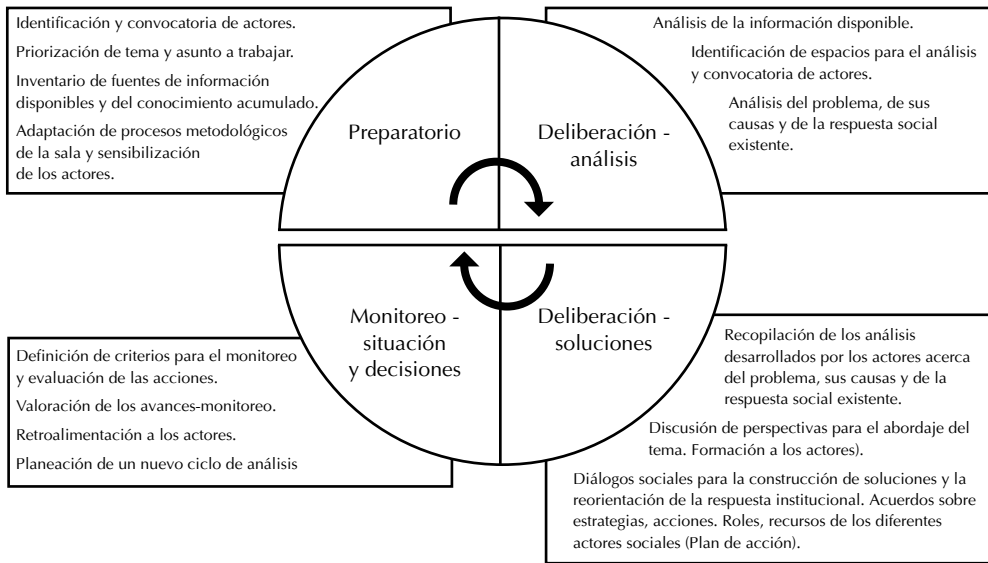


Fuente: Elaboración propia.

Una vez se identifica la necesidad de crear una sala situacional, se proyecta la metodología utilizada para abordar el problema que abarca el monitoreo y evaluación de la información recopilada, así como la creación de espacios de diálogo para construir soluciones. Para la experiencia en Ciudad Bolívar se desarrolló la metodología en compañía del equipo de trabajo, quien definió una serie de momentos que se explican a continuación en la Figura 4.

Momentos para el desarrollo de la sala situacional en el marco del modelo de gestión territorial de la salud orientados por la APS, en el Suroeste antioqueño.

Figura 3. Metodología y momentos para el desarrollo de la sala situacional



Fuente: Elaboración propia.

3.1 Momento preparatorio

La sala situacional tuvo un momento preparatorio realizado durante el segundo semestre de 2016, en el cual se conformó un equipo técnico de la Secretaría de Salud y de la Facultad Nacional de Salud Pública, y se adaptaron los procesos de la sala al contexto municipal. Al estar articulada la sala situacional al desarrollo del pacto intersectorial para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, las primeras actividades para viabilizar la sala fueron llevadas a cabo en dicho marco. El pacto intersectorial es un equipo interdisciplinario conformado por actores sociales importantes del municipio, que estratégicamente abordan, discuten, analizan, intervienen y monitorean problemas complejos. Esta articulación concreta mejores resultados.

En este primer momento se realizaron acciones como identificación y convocatoria a actores sociales interesados; priorización del tema y asunto específico que fue trabajado mediante el pacto intersectorial; reconocimiento y recopilación de diagnósticos

e información disponible en relación con el asunto priorizado y ajuste de los procesos metodológicos de la sala situacional y sensibilización de actores locales.

3.2 Momento deliberativo de análisis con actores locales

En el municipio de Ciudad Bolívar se desarrolló la primera prueba piloto de sala situacional de salud, donde se priorizó el tema de consumo de sustancias psicoactivas. El momento deliberativo de análisis se orientó con el lema *analizando lo que sabemos del problema y revisando lo que hacemos para enfrentarlo*, enfocado a la comprensión del problema y al análisis crítico de las capacidades de respuesta social que existen en el municipio. Durante esta fase se adelantaron actividades como procesamiento y análisis de la información disponible, identificación de espacios para debatir y comprender el problema, causas y respuestas sociales existentes en el municipio.

Para enriquecer el análisis de los actores durante el proceso de preparación de la sala situacional de salud, se recopiló previamente información disponible en el municipio sobre el tema. Se sintetizó dicha información en un árbol de problemas y se suministró la información a todos los asistentes a la primera prueba piloto mediante un documento, carteles y póster. Este proceso generó una participación de 40 personas, representantes de 16 instituciones; se asignaron tareas específicas para contribuir y mejorar la información del problema priorizado.

La prueba piloto desarrollada en el municipio de Ciudad Bolívar finalizó en este momento. Las siguientes dos fases se proponen como ruta para continuar el proceso de implementación de una sala situacional de salud.

3.3 Momento deliberativo de construcción de soluciones

Se trata de un nuevo momento de deliberación de los actores, alimentado con los análisis realizados en el momento anterior. Se discuten las mejores soluciones en consideración del contexto municipal, se precisan las acciones necesarias para la reorientación de la respuesta social y de los servicios de salud. Los actores deben adoptar decisiones basadas en los análisis previos, que apunten a enfrentar la complejidad del problema actuando sobre sus procesos sociales causales. Se realizan acciones como recopilación de los análisis realizados por los actores acerca del problema, sus causas y la respuesta social existente. Los resultados del momento deliberativo de análisis se compilan y se ponen a disposición de todos los actores; se ejecutan diálogos deliberativos para discu-

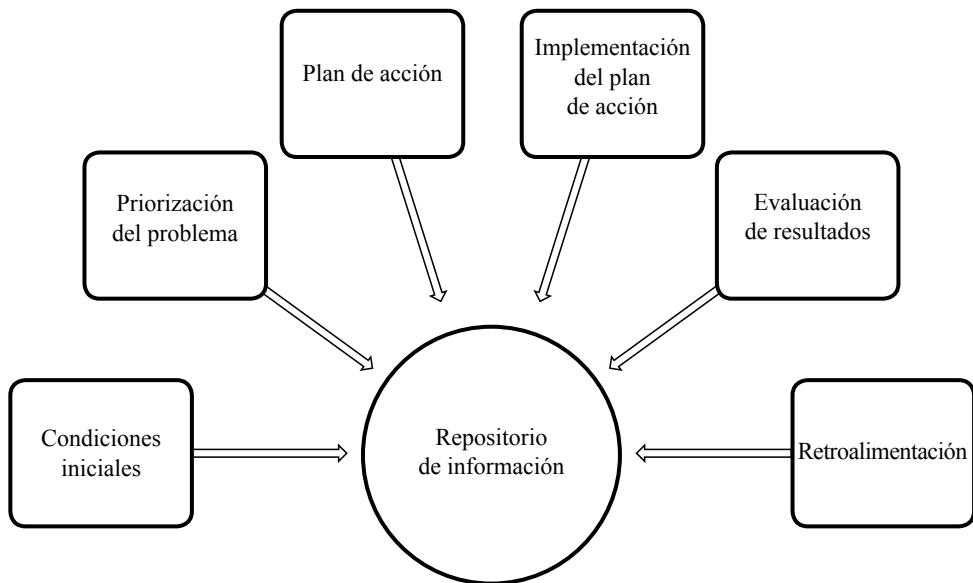
tir las perspectivas o enfoques para el abordaje del tema/asunto. Finalmente, en estos ejercicios deliberativos se construyen acuerdos sobre las estrategias, acciones, roles y recursos de los diferentes actores sociales.

3.4 Momento de monitoreo

Una vez desarrollado el momento de deliberación para la construcción de soluciones, la sala se enfoca en realizar acciones de seguimiento y monitoreo a las propuestas de solución y acuerdos establecidos. En esta línea se definen criterios para el monitoreo y evaluación de las acciones, se valoran los avances y se realiza el monitoreo. Se cierra la sala y se planea un nuevo ciclo de análisis.

Como producto del ciclo se produce el informe de resultados de la sala situacional. En este informe se describen los procesos implementados en el desarrollo de la sala y los resultados del plan de acción definido por los actores, en un corte al primer año de ejecución. A partir de este momento los actores pueden abrir un nuevo ciclo de desarrollo de la sala situacional.

Figura 4. Caracterización de la sala situacional de salud



Fuente: Elaboración propia.

Es importante que la implementación de una sala situacional tenga un enfoque integral, dado que es el espacio de coordinación e integración respecto a uno o varios ejes temáticos que se integran por un ordenador (Hospital del Sur, 2013). Para el proceso de ejecución de la sala situacional de salud, mediante la metodología de caracterización de procesos de la norma ISO 9001:2015, se obtuvieron los procedimientos de la Figura 5. Cada procedimiento se documentó mediante las herramientas y formatos de la misma norma, esto hace que sea posible capacitar nuevos actores o personal, tener guía de orientación de las actividades, conocer los recursos necesarios, unificar las acciones en un mismo contexto dirigido a una meta común y sobre todo desplegar este tipo de estrategias a otros gobiernos locales. La documentación es la base de todo proceso y describe paso por paso la forma de ejecutarse.

4. Sitio web de una sala situacional de salud

La sala situacional es conformada por un equipo multidisciplinario: técnicos en estadísticas de salud, salubristas, epidemiólogos, informáticos y comunicadores, entre otros, responsables por la integración, unificación y análisis de los datos para la producción de información con miras a la toma de decisiones gerenciales, la cual se difunde a través de un sitio web, boletines, carteleras y otros.

La implementación del sitio, se realiza mediante un software para el diseño y programación web; esto significa almacenamiento en Internet, que permite exponer en presentación digital toda la información e indicadores procesados en la sala situacional (Méndez B y Heredia, 2012). El objetivo del sitio web ayuda a la construcción de la sala, porque cuando evoluciona, aparecen los contenidos virtuales, las preguntas, la problematización y la evidencia.

En Argentina, el Ministerio de Salud con información enriquecida, insertó sus datos en un sitio web, de la cual se obtiene información sobre indicadores sociodemográficos, problemas emergentes, vigilancia de la salud y tendencias. También Brasil cuenta con un sitio web, donde proporcionan información de las condiciones de salud de cada comunidad. Esta sala situacional electrónica surge a finales de 2002, con el apoyo del Centro Nacional de Epidemiología adscrito al Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud. El mismo se ha ido modificando y actualizando paulatinamente, incluyendo nuevos módulos y procedimientos, además de correcciones sugeridas por los mismos usuarios, quienes contribuyen enormemente en mejorar su calidad y eficacia. Igualmente Cuba, cuenta con un sitio web donde son publicadas las estadísticas de salud, donde ofrecen además un espacio virtual para

publicitar cursos, servicios y eventos relacionados con salud. También en Venezuela, SASIT-Maracay, consolida datos e información para el análisis y desarrolla estrategias corporativas orientadas a la consolidación del Sistema de Información en Salud, además tiene un sitio web donde publica semanalmente un boletín integral de Salud Ambiental, con la limitante que solo funciona en la intranet de la institución. Esta sala situacional de salud, cuenta con un espacio virtual en la web del instituto, en el cual publica un boletín informativo, indicadores básicos de salud, mapas temáticos entre otros (Méndez B y Heredia, 2012).

El uso de implementaciones computacionales y soluciones web en la actualidad es indispensable para facilitar el acceso a diferentes tipos de información que manejan entidades como gobiernos, bancos, instituciones educativas, organizaciones, negocios, entre otros, permitiendo un mejor manejo, eficiencia, administración y reducción de costos. No solo es adquirir nuevos conocimientos tecnológicos, es también necesario darle el uso adecuado de acuerdo con los requerimientos técnicos que se necesiten en las instituciones. La aplicación web para la sala situacional, facilita el análisis práctico y rápido de datos relevantes dentro de un evento y toma de decisiones rápidas que benefician a la comunidad de Ciudad Bolívar (Secretaría de Salud Risaralda verde y emprendedora, 2015).

Es muy importante la implementación de mecanismos que permitan almacenar y controlar toda la información para un óptimo funcionamiento, por este motivo resulta de gran valor contar con espacios que posibiliten el control de todos los eventos, teniendo en cuenta que en la actualidad las aplicaciones web ayudan en muchos aspectos operacionales. Se puede especificar que esta aplicación ayudará a reducir en gran medida la atención a cualquier eventualidad epidemiológica en el municipio, lo que se verá reflejado en sus resultados estadísticos de mortalidad, indicadores y bases de datos no nominales, para fomentar el acceso a los datos y virtualización de contenidos disponibles, además en la reducción de muchos recursos destinados a estos eventos de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Agradecimientos

Equipo de trabajo de la sala situacional: Secretaría de Salud y Bienestar Social Ciudad Bolívar: Javier Alonso Bolívar Echeverri, Eliana López Holguín, Rodrigo Idárraga Herrera. Estudiantes: Juan Camilo Betancur Arboleda, Johana Botero Albares, Jenny Marcela Cano Betancur, Catalina Garcés Jaramillo. Facultad Nacional de Salud Pública. Estudiantes: Sebastián Bedoya Mejía, Angélica López Patiño, Natalia Andrea Gaviria Angulo. Profesores: Héctor Bayron Agudelo García, Fabio León Rodríguez Ospina, Juan David Correa, Gabriel Jaime Otálvaro Castro.

5. Referentes bibliográficos

- Bergonzoli, G. (2006). *Sala situacional instrumento para la Vigilancia de Salud Pública*. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/saladesituacion/Biblio/Sala_situacional.G.Bergonzoli.pdf.
- Fallis, A. (2013). Summary for Policymakers. (Intergovernmental Panel on Climate Change, Ed.), *Climate Change 2013-The Physical Science Basis*, 53. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.
- García Ramírez, J., & Vélez Álvarez, C. (2013). América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. *Revista de Salud Pública*, 15(5), 731–742. Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642013000500009&lang=es.
- Hospital del Sur. (2013). *Sala situacional sala de decisiones*. Recuperado de [http://www.hospitalsur.gov.co/2012/configu.nsf/0/4D69FC49EF1A3A7205257D6900743CFC/\\$file/Informe Final Sala Barreras de acceso K 2012.pdf](http://www.hospitalsur.gov.co/2012/configu.nsf/0/4D69FC49EF1A3A7205257D6900743CFC/$file/Informe%20Final%20Sala%20Barreras%20de%20acceso%20K%202012.pdf).
- Méndez, T., & Heredia, H. (2012). Evolución Internacional y Nacional de las Salas Situacionales en Salud. *Comunidad Y Salud*, 10(1), 56–68. Recuperado de <http://www.scielo.org/ve/pdf/cs/v10n1/art08.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud*. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/Guía metodológica para registros, observatorios, sistemas de seguimientos y salas situacionales nacionales en salud.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20metodol%C3%B3gica%20para%20registros,%20observatorios,%20sistemas%20de%20seguimientos%20y%20salas%20situacionales%20nacionales%20en%20salud.pdf).
- Secretaría de Salud Risaralda verde y emprendedora. (2015). Sala situacional virtual. Recuperado de <http://www.risaralda.gov.co/site/salud/web/es/sala-situacional-virtual>.



Imprenta
Universidad de Antioquia

Teléfono: (574) 219 53 30. Telefax: (574) 219 50 13
Correo electrónico: imprenta@udea.edu.co
Impreso en mayo de 2017



*G*estión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica es una compilación de análisis y reflexiones derivadas de la implementación del proyecto “Fortalecimiento de capacidades locales para la implementación de la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan de la región del Suroeste de Antioquia 2015-2016” co-financiado por la Vicerrectoría de Extensión de la Universidad de Antioquia.



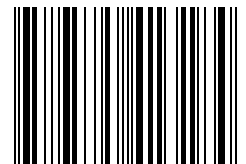
El proyecto representó la posibilidad de resignificar la manera de entender los desafíos de la gestión territorial de la salud en un contexto de profundas contradicciones producto de la orientación mercantil del sistema de salud, entendiendo que mientras la política nacional permanezca dominada por los intereses de la competencia y el afán de lucro que promueve el mercado, es necesario intentar la construcción de fuerzas antagónicas en los actores locales, quienes pueden reivindicar la solidaridad, la participación y la cooperación como los criterios esenciales para gestionar la salud en el territorio y la reorganización de los servicios de salud.



Los textos pretenden ser insumo para el diálogo y la discusión de los equipos locales de salud, los líderes comunitarios, los tomadores de decisiones en los territorios, para estudiantes, docentes e investigadores interesados en comprender el complejo escenario de la gestión local de la salud en el país.



ISBN: 978-958-5413-18-4



9 789585 413184