

**DISEÑO DE PROPUESTA PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO BASADO EN LA
ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN LA EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO SUROCCIDENTE ESE -DEPARTAMENTO DEL CAUCA-**



PRESENTADO POR:

**CARVAJAL MARTINEZ EDINSON JAIR
SOLARTE TORO ELIZABETH**

A:

MAGISTER GUIDO HERNEY CAMPO MARTINEZ

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS CONTABLES, ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS
POPAYAN
ABRIL DE 2013**

DEDICATORIA

Elizabeth Solarte Toro, dedico este triunfo a Dios, a mi hijo, a mi madre: mis 3 grandes amores, mi motor. A mi familia y a esas personas que hacen parte de mi vida y que a lo largo del tiempo me han acompañado y apoyado para alcanzar las metas que me he propuesto como ser humano y como profesional.

EdinsonJair Carvajal Martínez, dedico este triunfo a Dios por ser siempre ese sentimiento de alegría, tranquilidad y serenidad en cada momento de esta etapa de vida; a mi familia, especialmente a mi hijo, a mi madre y mis hermanos y a todas las personas que siempre creyeron en mi capacidad, es grato saber la fuerza y determinación que tenemos cuando queremos alcanzar algo, a lo largo del tiempo me han acompañado y apoyado.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. GUILLERMO ALBERTO GONZALEZ CERON, Gerente de la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE por permitirnos realizar este trabajo de investigación cuyo objetivo fue el diseño de una propuesta para la prestación del servicio basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud APS en la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE –Departamento del Cauca– y proporcionarnos la información suficiente y necesaria para llevar a buen término el trabajo.

Nuestro más sincero agradecimiento Al Mg. GUIDO HERNEY CAMPO MARTINEZ, docente de la Universidad del Cauca, Facultad de Ciencias Contables, Económicas y Administrativas -Programa de Administración de Empresas, por haber sido nuestro guía y sus innumerables aportes de experiencia y conocimiento en la elaboración de este trabajo de investigación.

CONTENIDO

	Pág.
Resumen	7
Introducción	8
Capítulo 1. El problema y aspectos teóricos	9
1.1.Planteamiento del problema	9
1.1.1. Descripción del problema	9
1.1.2. Justificación del problema	10
1.1.3. Formulación del problema	11
1.2. Marco teórico	11
1.3. Objetivos del estudio	17
1.3.1. Objetivo general	17
1.3.2. Objetivos específicos	17
1.4. Marco conceptual	18
1.5. Marco legal	22
1.6. Marco metodológico	24
Capítulo 2. Descripción de la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE – Departamento del Cauca	26
2.1. Información general de la Empresa	26
2.2. Aspectos filosóficos de la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE – Departamento del Cauca	26
2.3. Estructura básica de la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE – Departamento del Cauca	28
2.4.Caracterización general municipios del área de influencia de la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE –Departamento del Cauca y de sus puntos de atención	29
2.5. Portafolio de servicios de la Empresa Social del Estado Suroccidente E.S.E.	38
Capítulo 3. La Atención Primaria en Salud en contexto nacional e internacional.	39
3.1. Estructura del sistema de salud en Colombia	39
3.2. América y Latinoamérica	41
3.3. El caso Cubano	43
3.4. El caso Brasileiro	44

3.5. Modelo Canadiense Vs Latinoamérica	45
Capítulo 4.Propuesta para la prestación del servicio basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud en la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE - Departamento del Cauca-	50
4.1. La propuesta	51
Conclusiones	56
Bibliografía	57

LISTAS DE GRAFICAS Y TABLAS

Pág.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Población afiliada al régimen subsidiado por municipio	37
Tabla 2. Principios básicos OMS Alma Ata, definición y aplicabilidad	53

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Organigrama Empresa Social del Estado Suroccidente E.S.E.	28
Figura 2. Municipio de Argelia	29
Figura 3. Punto de Atención Argelia	30
Figura 2. Municipio de Balboa	30
Figura 3. Punto de Atención Balboa	31
Figura 2. Municipio de Bolívar	32
Figura 3. Punto de Atención Bolívar	33
Figura 2. Municipio de Florencia	33
Figura 3. Punto de Atención Florencia	34
Figura 2. Municipio de Mercaderes	34
Figura 3. Punto de Atención Mercaderes	35
Figura 2. Municipio de Sucre	36
Figura 3. Punto de Atención Sucre	36
Figura 14. Portafolio de servicios de la ESE	38

RESUMEN

Para el logro de la salud poblacional, el medio es la reorientación de los servicios, la Atención Primaria en Salud APS es la estrategia y la promoción de la salud en el marco general de actuación que ilumina el camino hacia el mejoramiento de la calidad de vida y las condiciones de salud. La Atención Primaria en Salud APS debe recibir orientaciones desde la salud pública y de los sectores sociales que tengan este compromiso.

La Atención Primaria en Salud 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 Atención Primaria en Salud APS para que esta no se quede en un nivel de servicios de salud.

La renovación de la Atención Primaria en Salud 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, orientados a la promoción de la salud (vislumbrado desde Ottawa -Canadá); la política, su elemento sustancial; y la comunidad, 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, y de la cual realizamos el diseño de una propuesta para la prestación del servicio basado en la estrategia de atención primaria en salud en la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE -Departamento del Cauca-

Palabras clave: Atención Primaria en Salud APS

INTRODUCCIÓN

La reforma al sistema de seguridad social en salud en Colombia plasmada en la ley 1438 de 2011, plantea a la Atención Primaria en Salud (APS) como la estrategia primordial para la consecución de resultados en salud en el país. En el presente trabajo de investigación del seminario de Responsabilidad Social Empresarial denominado DISEÑO DE PROPUESTA PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO BASADO EN LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SUROCCIDENTE ESE –DEPARTAMENTO DEL CAUCA–se realizará una rápida revisión de la Atención Primaria en Salud definida desde 1978 en Alma Ata por la Organización Mundial de la Salud OMS, los desarrollos de la misma en dos países latinoamericanos como son Cuba y Brasil, conocidos por sus desarrollos en Atención Primaria en SaludAPS y logros en salud derivados de la implementación de dicha estrategia. Se hace además un repaso de la Atención Primaria en Salud APS en Colombia, tomando como referencia los modelos implementados en el Distrito Capital de Bogotá y en el Departamento de Antioquia. Toda esta información se obtuvo de fuentes secundarias, tomada de documentos de investigación de diferentes países, incluido Colombia.

Para finalizar, se toma la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE como entidad para diseñar una propuesta de modelo de Atención Primaria en Salud APS en el área de influencia de la ESE, en el Departamento del Cauca, fundamentada en principios rectores de la Atención Primaria en SaludAPS en un sistema de salud basado en el aseguramiento como lo es el sistema Colombiano.

El diseño de esta propuesta plantea que la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE pueda prestar sus servicios de salud de una nueva forma, fundamentados en prácticas y principios socialmente responsables en tanto que pueda ofrecer equidad en el acceso a la atención de salud, oportunidad y mayor cobertura en los municipios de Argelia, Balboa, Bolívar, Florencia, Mercaderes y Sucre; y la eficiencia en la manera en que se usan los recursos.

CAPITULO 1. EL PROBLEMA Y ASPECTOS TEORICOS

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

En Colombia, el sistema de salud que precedió al actual se puede distribuir en tres etapas. -La primera de ellas vio sus inicios tras la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de la década de 1950 y en donde prevaleció lo que se ha denominado “modelo higienista”. Bajo este modelo, las acciones de salubridad pública se limitaban a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud venía a ser financiadas por los usuarios y por algunas instituciones de caridad. En 1950 se crea la Caja Nacional de Previsión que se encargaba de atender la salud de los empleados públicos y en 1950, se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (después Instituto de Seguros Sociales) que atendía a los empleados del sector privado con empleo formal. -La segunda etapa, que inicio en la década de 1970 hasta 1989, se desarrolla bajo la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de “subsidios a la oferta”. Bajo este régimen los recursos del gobierno central para salud eran transferidos directamente a la red de hospitales públicos del país, sin embargo, este sistema no era suficiente para proporcionar una atención integral en salud a la población de bajos recursos. -La tercera y última etapa se inicia en 1990, con la expedición de la Ley 10. Este periodo se prorrogó hasta 1993 con la expedición de la Ley 100 de 1993, bajo los principios de la Constitución Política de 1991.

En el año 2011, laLey 1438, definió la Atención Primaria en Salud (APS) como la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud¹.

La prestación de servicios de salud enmarcada en la Atención Primaria en Salud, ofrece una manera de mejorar la equidad en el acceso a la atención de salud y la eficiencia en la manera en que se usan los recursos. La atención primaria de salud adopta una visión holística de la salud que va mucho más allá del limitado modelo médico. Reconoce que muchas de las causas básicas de la mala salud y de la enfermedad escapaban al control del sector de la salud y, por lo tanto, deben abordarse a través de un enfoque amplio que abarque a toda la sociedad. De ese modo cumpliría varios objetivos: mejorar la salud, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar enormemente la cobertura y la eficacia de los sistemas de salud.

¹Ley 1438 de 2011. - CAPÍTULO III. -ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. -ARTÍCULO 12. *DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.*

Hoy en día, aunque se han realizado notables progresos para mejorar la salud, luchar contra la enfermedad y alargar la vida, las personas no están satisfechas con los sistemas de salud que existen. Una de las mayores preocupaciones se refiere al costo de la atención de salud, y de acceder al servicio de salud.

Para que los sistemas sean equitativos y eficientes, todas las personas deben tener acceso a la atención de salud de acuerdo con sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago.²

En Colombia, por las circunstancias de desequilibrio social, los altos índices de pobreza, de corrupción, factores de violencia, situación geográfica, distribución de la población, que es eminentemente rural (81,25%), deficiencias en la infraestructura vial y por la dificultad para conseguir profesionales de la salud, han ocasionado que los servicios de salud no se presten de la mejor manera.

Las empresas del sector salud se encuentran en la búsqueda de estrategias que permitan alcanzar un desarrollo sostenible, que además sea responsable hacia sus usuarios. Frente a este tema, el gobierno nacional ha implementado diversos programas encaminados a favorecer el sector salud. El programa Familias en Acción entrega apoyo monetario a las familias del nivel 1 del SISBEN o a las familias desplazadas para mejorar la salud y la educación de los niños a cambio del cumplimiento de compromisos; siendo destacable el impacto que se ha en el tema de salud, encontrando que las familias vinculadas a este programa, redujeron la desnutrición de los niños de 0-2 años en un 10%, que aumentó la vacunación en menores de dos años en el área urbana cerca del 12%, que aumentó el 12% la asistencia a las consultas de desarrollo y crecimiento, que disminuyó el porcentaje de niños afectados por diarrea en la zona rural cerca del 10%.³

En este sentido y pese a estos resultados, la atención en salud es insuficiente y requiere establecer nuevas estrategias que permitan un mejor acceso a toda la población. Una de ellas es la Atención Primaria en Salud, cuya existencia en la normativa vigente (ley 1438 de 2011) es una plataforma importante de sostenibilidad.

1.1.2. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

La población de los municipios de Argelia, Balboa, Bolívar, Florencia, Mercaderes y Sucre, ha logrado llegar muy cerca de la cobertura universal, esto es, a tener un alto porcentaje de la población con aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sin embargo, todos los ciudadanos con aseguramiento o no, tienen acceso a los servicios de salud que la ESE presta con calidad y oportunidad.

La población de estos seis municipios del Suroccidente Caucaño encuentra debilidades en la prestación de los servicios de salud, ocasionados por las difíciles condiciones geográficas, de vías de acceso, de infraestructura limitada y escasez de profesionales de

²La atención primaria de salud, más necesaria que nunca» - Informe sobre la salud en el mundo – Organización Mundial de la salud, 2008.

³Ministerio de salud y Protección Social –Atención Primaria en Salud -DOCUMENTO MARCO DE POLÍTICA DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN COLOMBIA. Octubre de 2012.

la salud; hecho que genera un deterioro de las condiciones de salud de la población más vulnerable.

La prestación de servicios de salud de manera responsable por parte de la ESE, a través de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, es una alternativa de solución para llegar con una mejor oportunidad a todos los sectores del área de influencia de la Empresa

1.1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA

La prestación de los servicios de salud exige siempre un mejoramiento continuo. El cambio y la calidad que esperan los usuarios de los servicios de salud es cultural, laboral, profesional, técnico y humano. Es importante tener en cuenta la actitud del personal que hace parte de la entidad, para que los servicios sean consistentes y oportunos. Se deberá tener siempre un trato amable, cortés, honesto, responsable y digno con los usuarios, porque si los servicios se entregan sin errores, sin fallas, sin lentitud y sin desperdicios, mediante el uso eficiente de los recursos materiales, humanos y económicos, los equipos de trabajo y el tiempo utilizado son los adecuados, los resultados se verán reflejados en credibilidad y confianza en la organización y de este modo proporcionar servicios que contribuyan al bienestar general de los usuarios de los servicios de salud. La Empresa Social del Estado Suroccidente ESE, para ofrecer una atención responsable, mejorar la salud, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar enormemente la cobertura y la eficacia del sistema de salud, tiene la opción de implementar la estrategia de la Atención Primaria en Salud, por lo tanto, se orienta este trabajo de investigación al diseño de una propuesta para la prestación del servicio enmarcado en la estrategia de Atención Primaria en Salud en la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE del Departamento del Cauca.

1.2. MARCO TEORICO

La Atención Primaria en Salud APS en Colombia es una estrategia que contempla tres componentes integrados e interdependientes: la acción intersectorial / transectorial por la salud, la participación social, comunitaria y ciudadana, y los servicios de salud, se ajusta al contexto político, económico y social del país, está centrada en los individuos, las familias y las comunidades, se encuentra orientada a establecer condiciones de materialización del goce efectivo del derecho a la salud y la reducción de inequidades, mediante la atención integral a la salud desde una perspectiva de determinantes sociales y económicos, no es solo una provisión sectorial de servicios de salud, sino la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable; hace énfasis en promoción de la salud.⁴

⁴ Ministerio de salud y Protección Social –Atención Primaria en Salud -DOCUMENTO MARCO DE POLÍTICA DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN COLOMBIA. Octubre de 2012.

Historia de la Atención Primaria en SaludAPS en Colombia

La Atención Primaria en Salud tiene una larga trayectoria en el país. Desde que se lanzó la Estrategia en Alma Ata (1978) por la Organización Mundial de la Salud, Colombia la introdujo en su sistema de salud. En este sentido, se organizó la infraestructura necesaria en términos de presupuesto, de recursos humanos y de políticas públicas en salud. En este punto es importante resaltar que en el país ya desde los años 60s, en varios municipios, se habían desarrollado experiencias que, aunque no tenían dicha denominación, si estaban enfocadas en la filosofía del abordaje de los problemas de salud de la población, desde una perspectiva social, es decir que sobrepasaba el enfoque sectorial; hecho que facilitaría la implementación de la APS dentro del sistema de salud. Sin embargo, para la institucionalidad del Estado de la época, y especialmente en el campo de la salud, este proceso no fue ni evidente, ni fácil cuando se pensó en articular el pensamiento médico, las condiciones sociales, y particularmente, el contexto social, político y económico de los años ochenta. En el proceso histórico se identifican ideólogos y gestores convencidos de la estrategia, que pudieron vivenciar las bondades de conocer casa a casa las condiciones de salud, diversas y complejas de los grupos poblacionales en sus territorios. Pese a los obstáculos ideológicos, políticos y de financiamiento de las acciones de APS, los departamentos y municipios – con mayor o menor grado de desarrollo-, se organizaron para implementar esta estrategia en el país, en el marco del antiguo sistema nacional de salud.

En el proceso desarrollado en el país, se institucionalizaron mecanismos normativos para formalizar la APS, por ejemplo, en lo referido a la Participación Comunitaria en Salud, en el año 1989 y en el año siguiente, se formuló la Ley 10 que incluyó la concepción de multifactorialidad en relación con la situación de salud y sus determinantes y se descentralizaron competencias a niveles sub-nacionales para dirigir y coordinar acciones sectoriales e intersectoriales, a la vez que se establecieron mecanismos de participación social y comunitaria en los procesos de gestión de la salud.

El proceso de descentralización por servicios, se remonta a la década de los ochenta con la cesión de rentas específicas a los departamentos y municipios, seguido de la elección de alcaldes y las disposiciones orientadas a la planeación urbana. Este proceso descentralizador se afianzó por mandato constitucional en 1991.

Con la instauración del Sistema General de Seguridad Social en Salud(SGSSS)⁵, en el año 1993, y la descentralización de competencias y recursos⁶, el énfasis del sistema de salud colombiano se centra en el aseguramiento para garantizar el Plan Obligatorio de Salud, en sus versiones contributiva (POSC) y subsidiada (POSS). Los contenidos de estos planes son individuales, con un componente de prevención; la responsabilidad de la provisión de servicios contenidos en los planes, se delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS), quienes tienen funciones de agencia, en cuanto la gestión de riesgos, mediante el aseguramiento en salud de la población.

A pesar de que en la Ley 715 de 2001, se definió como función del municipio: “Establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los

⁵ Ley 100 de 1993

⁶ Ley 60 de 1993

planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial”⁷; la Atención Primaria en Salud, no se incorporó como estrategia nacional. Su presencia y desarrollo tuvieron lugar a partir de iniciativas locales y/o de entidades específicas.

Al respecto, en un estudio desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de convenio con la OPS para la sistematización de 13 experiencias adelantadas en el país, seleccionadas por su trayectoria estable y connotación, mostró las siguientes conclusiones⁸

En 1978 la OMS convocó a sus países miembros - unos 180 - para analizar y apoyar la “Declaración de Alma-Ata”. Esta declaración contiene planteamientos provocadores, que para algunos son subversivos: Por ejemplo: “La salud es un derecho humano fundamental requiere la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector de la salud... El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención a su salud.” En su artículo III dice que “la promoción y protección de la salud de la población es esencial para el desarrollo económico y social, además de contribuir a una mejor calidad de vida y a la paz mundial”. En el artículo VI define la atención primaria de salud (APS) como “el cuidado esencial de la salud basado en métodos y tecnologías prácticas científicamente apropiadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y familias de la comunidad, a través de su participación y a un costo sufragable”. Además propuso que la APS “es el primer nivel de contacto (lo más cercano posible) con el Sistema de Salud y su primer elemento del cuidado continuo de la salud” y que “es la función central y foco del Sistema Nacional de Salud y del desarrollo socioeconómico de la comunidad”⁹.

La Declaración de Alma-Ata, con base en las principales causas de los problemas de salud más prevalentes en el mundo (aún vigentes), también propuso un programa de servicios esenciales, dando prioridad a las siguientes intervenciones:

1. Educación sobre problemas de salud prevalentes y métodos para prevenirlos y controlarlos;
2. “Promoción del suministro de alimentos y nutrición adecuada;
3. Suministro de agua segura y saneamiento básico;
4. Cuidado de salud materno - infantil incluyendo planificación familiar e inmunizaciones;
5. Prevención y control de enfermedades endémicas locales;
6. Tratamiento apropiado de enfermedades comunes y trauma; y
7. Suministro de medicamentos esenciales”¹⁰

En algunos países europeos es aplicado el: Modelo Seguridad Social–Bismarck. Que es el más antiguo y el más avanzado del mundo, inspirado en la legislación social de Alemania en 1883. Y son aplicados en países como: Alemania, Francia y Austria. Algunas de sus características son¹¹:

⁷ Ley 715 de 2001. Artículo 44.

⁸ Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS-RISS Convenio 485 MPS y OPS/OMS. Línea de gestión integral en salud pública. Bogotá, enero de 2012.

⁹Alma - Ata. Declaration of Alma -Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma -Ata, USSR, 6 -12 Septiembre 1978.

¹⁰Ibid: page 2 sección VII

- El estado garantiza las prestaciones mediante cuotas obligatorias.
- El modelo garantiza la asistencia sólo a los trabajadores que pagaban el seguro obligatorio, teniendo que constituir redes paralelas de beneficencia para los trabajadores que no “cotizan”.
- Los profesionales son retribuidos mediante acto médico y las instituciones hospitalarias reciben un presupuesto global.
- La red de salud pública queda en manos del Estado, que se constituye asimismo en autoridad sanitaria.
- Actualmente todos los ciudadanos de estos países gozan de una sanidad universal, gratuita y en condiciones de equidad.
- Por otro lado el Modelo Impuesto–Beveridge, inspirado en el informe Beveridge de 1942, que formalizó la organización adoptada por Suecia en la década de 1930, y dio origen al Sistema Nacional de Salud en diferentes países como Reino Unido, Países Nórdicos y España.
- La Financiación es pública a través de impuestos y mediante presupuestos estatales.
- La prestación se da en condiciones de universalidad, equidad, gratuidad y libertad de acceso de toda la población.
- La planificación y la salud pública quedan en manos del Estado y descentralizadamente en comunidades autónomas y municipios que deciden y elaboran planes de salud evaluables y de cumplimiento obligado.
- Amplio control parlamentario sobre el sistema.
- Los medios de producción son estatales aunque existe una parte del sector privado, los pacientes participan en el pago.
- Tiene un presupuesto global limitado para las instituciones hospitalarias.

A comienzos del siglo XX emergieron en Europa, particularmente en Inglaterra, dos discusiones relevantes y relacionadas entre sí: la primera de ellas, sobre la relación entre la prevención y la curación en el campo de la atención médica personal, y de la relación entre ésta y la salud colectiva y del ambiente en el marco de los servicios de salud; segunda, acerca de la responsabilidad pública en la atención médica personal, colectiva y del ambiente, y de las conexiones entre éstas y las políticas públicas y sociales relacionadas. De forma más general, la primera discusión se refirió a las funciones y alcance de la integración de los servicios de salud y, la segunda, a la trascendencia y contenido de lo que hoy pudiéramos llamar Salud Pública en sentido amplio (Navarro, 1998), o de la política nacional de salud desde una perspectiva de los determinantes sociales de la salud (Navarro, 2007). Si bien desde temprano se tendió a dejar la responsabilidad de la salud ambiental y colectiva en las autoridades sanitarias, ello no fue tan claro para el caso de los servicios médicos personales. Al respecto hubo generalmente dos tipos de discusiones: la primera, sobre si dejar la atención médica personal como responsabilidad pública o privada; la segunda, sobre si mantener o no integradas la intervención personal preventiva con la curativa tanto en el nivel de coordinación como en el financiación, administración y prestación. La discusión tanto en uno como en otro aspecto tuvo que ver con el interés particular de los médicos y autoridades de pensamiento liberal, que ejercían y defendían la medicina privada en la esfera de las relaciones de mercado libre, y el de los médicos y autoridades públicas de pensamiento socialista que defendían la responsabilidad pública no sólo frente a las necesidades de salud de los pobres, sino frente a los desafíos de salud que

¹¹Salud: Caracterización de Modelos Sanitarios y Sistemas Sanitarios, Universidad Nacional de Cuyo, Argentina, julio de 2011.

comprometían al interés nacional y del conjunto de la población y que no podían resolverse sin la intervención del Estado.

En Inglaterra, por ejemplo, esos dos debates se resolvieron en parte con la creación del Sistema Universal de Seguridad Social que propuso el Informe Beveridge de 1941 para proteger a las familias y satisfacer sus necesidades relacionadas con la pobreza, el desempleo, la vejez, la accidentalidad en el trabajo, entre otras, y con la constitución del Servicio Nacional de Salud, National Health Service, NHS, en 1948, que fue concebido como parte integrante del mismo.

Sin embargo, el grado de integración alcanzado en los servicios de salud estuvo determinado por el desenlace de la disputa entre quienes, alrededor de 1905-1909 proponían, de un lado, la organización de un servicio médico estatal unificado con base en los principios de la salud y descentralizado por áreas locales y, de otro lado, la organización de servicios médicos privados, adicionales a los públicos, pagados con fondos públicos para quienes no pudieran pagar. La diferencia de fondo entre una y otra postura era sobre el alcance de la responsabilidad pública por los servicios de salud y la integración de la atención preventiva, la cura preventiva y ambiental, y sobre el papel de la medicina privada principalmente en la asistencia de tipo curativo.

Si bien se amplió parcialmente la responsabilidad pública por los servicios de salud con la creación del Seguro Nacional de Salud en 1911, como señaló en su momento Mckeown et ál.(1974: 241-243), el precedente enormemente negativo para el futuro de la integración de los servicios de salud fueron dos hechos fundamentales: primero, el haber definido como responsabilidad pública de las autoridades de gobierno locales sólo la prevención de las enfermedades, en tanto se creó una administración del seguro de enfermedad separada de éstas dejando el tratamiento de las enfermedades en manos privadas y, segundo, el hecho de haber dejado sólo los servicios preventivos personales y la medicina ambiental bajo la responsabilidad de las autoridades locales, a su vez separando éstos de los servicios curativos suministrados por los médicos generales, los especialistas y los hospitales.

El Servicio Nacional de Salud que se creó en 1948 como resultado del avance político de la lucha de los trabajadores, combinó tres principios de la propuesta de Beveridge que revolucionaron los sistemas de salud del mundo en el período.

Primero, fue de accesibilidad universal, es decir, disponible para todos; segundo, fue de carácter integral en la medida en que incluyó todas las intervenciones curativas y preventivas disponibles y, por último, en ruptura con la tradición de las leyes de pobres y de la asignación de subsidios mediante pruebas de medios, hizo libre de pagos el uso de los servicios demandados a quienes los necesitaban sin discriminación. Una característica adicional de este sistema, también inspirada en el Informe Beveridge, fue la del modo de financiamiento. Para garantizar la solidaridad, la universalidad y el disfrute de beneficios iguales para todos, se diseñó un fondo financiero único de manejo público centralizado cuya fuente principal de financiamiento fueron los impuestos generales, con participación menor de las contribuciones de seguridad social y los impuestos locales (Webster, 1998). Buscando una mejor integración de los procesos y funciones de los servicios de salud, se produjeron reorganizaciones sucesivas entre las cuales se destaca la introducción entre los años setenta y finales de los ochenta del sistema de prestación de servicios, fundamentado en médicos generales como puerta de entrada al sistema de salud y su

cualificación posterior con la constitución de un modelo de atención primaria con enfoque familiar, enlazando así las intervenciones curativas con las preventivas y convirtiendo algunos elementos de la filosofía y principios de la APS soportados por Alma-Ata en factor de mejoramiento del sistema de salud, de la salud de la población y de la reducción de sus costos no sólo en el propio campo de la medicina general sino en el de la atención especializada y hospitalaria. Aunque la atención primaria en cierta forma absorbió muchas de las actividades de la salud pública convencional que se desarrollaban en el marco de los servicios de atención personal y de salud comunitaria, este enfoque de APS ignoró los principios más amplios propuestos en Alma-Ata como lo son la equidad, la integración de la intervención preventiva secundaria y terciaria con la primaria, la participación comunitaria, la acción intersectorial por la salud y la descentralización, entre otros en los que poco se hizo énfasis desde los servicios de salud, (Green et ál., 2007).

Lo que en últimas emergió de ese proceso de reorganización del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra fue un modelo biomédico de salud, que se hizo hegemónico y excluyó otros enfoques de salud complementarios con base en la salud colectiva como los servicios sociales o ambientales de salud (Moran & Watkins, 1991). Para los años cincuenta y sesenta ya se había logrado un amplio desarrollo conceptual y político sobre el alcance de la prevención, la importancia de la integración de los cuidados médicos, del desarrollo social y de los servicios sociales en función de la salud, del derecho a estos servicios así integrados por parte del conjunto de los individuos y de la población, y sobre la responsabilidad pública para garantizarlos y propiciar la articulación de éstos con el desarrollo económico y social con justicia social.

La medicina preventiva en sus dos expresiones de práctica pública y privada era entendida como arte y ciencia orientada a la prevención de la enfermedad, la prolongación de la vida y la promoción de la salud física y mental (Goldmann&Leavell, 1951; Leavell&Clarck, 1965). Recientes elementos en el plano del saber y de la tecnología médica habían venido propiciando novedosas formas de intervención en el plano de la atención curativa como el desarrollo de las tecnologías médico-quirúrgicas, de los antibióticos y de su eficaz influencia en la terapéutica, entre otros.

Además se utilizaban nuevos conceptos para relacionar determinantes de la salud y factores de riesgo individuales, familiares y poblacionales como la pobreza, la contaminación atmosférica, la educación, la obesidad, el tabaquismo, los factores genéticos, entre otros. Base para el enfoque de la medicina preventiva y para la integración de la atención médica personal y de los servicios de salud colectivos, fue el cambio del objeto de estudio de la epidemiología, antes referido fundamentalmente a las epidemias.

En su versión moderna, la epidemiología incluía los diversos factores y condiciones que determinaban la ocurrencia y distribución de la salud y de la enfermedad en general, y las alteraciones, discapacidades y muerte entre los individuos en particular (Leavell&Clarck, 1965).

También se reconocía claramente que la lucha contra la enfermedad y la muerte y por el desarrollo de la salud trascendía el plano de los servicios de atención médica individual y comprometía otras dimensiones económicas, sociales, políticas y culturales igualmente determinantes del estado de salud de los individuos y, sobre todo, de la población. Por lo menos era un hecho reconocido la necesidad de programas de acción integrales tanto

sectoriales como intersectoriales para mejorar la salud de las poblaciones. El paso de un enfoque centrado en la atención de las enfermedades de los individuos a otro orientado a la atención del proceso salud-enfermedad de las poblaciones fue determinante. En los países capitalistas europeo-occidentales el Estado de Bienestar fue la más clara materialización de esta tendencia, como lo fue el experimento socialista inaugurado por la Revolución de Octubre de 1917 en los países europeo-orientales.

En su conjunto, en Europa, alrededor de los años cincuenta, se conquistó el derecho integral y universal a la salud y el derecho a estar enfermo y a ser atendido cuando se necesitaba, como responsabilidad pública que debía garantizar el Estado. Se pasó de la asistencia de los pobres, y del seguro social bismarckiano limitado a los trabajadores y con énfasis en la curación de la enfermedad, a una concepción de seguridad social universal, integral y con fundamento en la solidaridad y la ciudadanía social modernizada, legitimada y sustentada en un modelo de desarrollo económico, el Estado de Bienestar o el Estado socialista, hizo viable y sostenible la garantía de la curación, prevención y rehabilitación de todos y todas por medio del pleno empleo y la redistribución de la riqueza y de los ingresos. Desde entonces, al consolidarse la salud y la seguridad social como un derecho, éstos entraron definitivamente en el campo amplio de las luchas sociales y políticas y dejaron de ser del resorte exclusivo de la caridad privada y pública.¹²

1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar una propuesta para la prestación del servicio basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud en la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE Departamento del Cauca.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar la organización objeto de estudio.
- Diagnosticar la situación actual de la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE en la Atención Primaria en Salud.
- Identificar en diferentes escenarios las formas de la Atención Primaria en Salud en contextos nacional e internacional.
- Elaborar una propuesta para la prestación de la APS en la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE.

¹²ATENCIÓN PRIMARIA INTEGRAL EN SALUD. Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad De salud. Román Vega Romero et al. PAGINAS 17-21

1.4. MARCO CONCEPTUAL:

Los principales temas que desarrollaremos en el presente trabajo de investigación son los siguientes:

Atención Primaria en Salud APS: Según la Ley 1438 de 2011, la Atención Primaria en Salud (APS) es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud¹³.

Sistema General de Seguridad Social en Salud: El sistema de salud en Colombia hace parte del Sistema de Seguridad social de Colombia regulado por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de la Salud y Protección Social (Colombia) y del Ministerio de Trabajo, bajo mandato constitucional y delegado en parte al sector privado. El sistema general de seguridad social de Colombia integral vigente en Colombia está reglamentado por la Ley 100, expedida en 1993.

Plan Obligatorio de Salud (POS): El Plan Obligatorio de Salud, es el conjunto de servicios de atención en salud a los que tiene derecho un usuario, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, incluye el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar junto al reconocimiento de indemnizaciones en caso de incapacidad por enfermedad y maternidad. La definición del POS estaba a cargo de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) hasta diciembre de 2012 cuando dicha entidad fue liquidada y sus funciones fueron asumidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Régimen contributivo: El régimen contributivo es el sistema de salud mediante el cual todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, hacen un aporte mensual (cotización) al sistema de salud pagando directamente a las EPS lo correspondiente según la ley para que a su vez éstas contraten los servicios de salud con las IPS o los presten directamente a todas y cada una de las personas afiliadas y sus beneficiarios. Según la ley 100 de 1993 todos los empleados, trabajadores independientes (con ingresos totales mensuales a un salario mínimo) y los pensionados, deben estar afiliados al Régimen Contributivo. La responsabilidad de la afiliación del empleado es del empleador y del pensionado es del Fondo de Pensiones.

Régimen subsidiado: En este régimen el Estado subsidia la afiliación a la población sin empleo, contrato de trabajo o ingresos económicos, es decir considerada pobre y vulnerable, quien no tiene capacidad de pago que le permita cotizar al sistema (ingreso menor a dos salarios mínimos legales vigentes) por lo tanto quienes ingresan a él reciben subsidios totales o parciales, los cuales se financian con dos recursos fundamentales: las transferencias de la nación a los departamentos y municipios y el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, que a su vez se nutre con una contribución uno punto cinco puntos

¹³ Ley 1438 de 2011. - CAPÍTULO III. -ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. -ARTÍCULO 12. *DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.*

(1.5) de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta un uno punto cinco (1.5) puntos de la cotización de los afiliados al Régimen Contributivo, y de aportes de la nación.

Población Vinculada: Se encuentran bajo la denominación de vinculados aquellas personas a quienes se les ha realizado la encuesta SISBEN pero que aún no han obtenido un cupo para pertenecer al régimen subsidiado y tiene prelación para ser atendidos en la red pública de servicios de salud, principios contenidos en la Ley 100 que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

Universalidad: Este principio consiste en el derecho fundamental de todos a la salud. **Solidaridad:** Este principio se basa, principalmente en el compromiso que tienen las personas con capacidad de pago, el estado y las instituciones de carácter privado; con la salud de las personas de escasos recursos. **Equidad:** Con este principio se busca que todos los colombianos reciban una misma atención, sin ninguna distinción. **Progreso:** El progreso básicamente se establece, para crear un compromiso de parte del estado, el cual debe estar enfocado en la mejora continua en la calidad del servicio de salud.

SISBEN: El Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) es una herramienta que clasifica a los individuos de acuerdo con su estándar de vida y permite la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado, de acuerdo con su condición socioeconómica particular.

Si una persona ha sido identificada como potencial beneficiario de los programas sociales, es decir que el nivel está entre 1 y 3, podrá acceder a los subsidios que otorga el Estado a través de los diferentes programas, de acuerdo con la reglamentación de cada uno de ellos como: Salud, mediante el subsidio a la demanda o afiliación al régimen subsidiado o mediante subsidios a la oferta es decir atención en la red pública de servicios para aquellas personas sin afiliación a un régimen de seguridad social, Subsidios Empleo, Adulto Mayor, Vivienda, Subsidios condicionados, Créditos Educativos, Desayunos Infantiles.

Regímenes de excepción. Son los definidos por la Ley 100 de 1993: régimen de seguridad social de las fuerzas militares y de la policía, de los afiliados al Fondo Nacional de prestaciones Sociales del magisterio, de servidores públicos de Ecopetrol así como los servidores públicos de universidades públicas, todos los cuales tiene sus propios regímenes de seguridad social en salud y pensiones que solo participan en el Sistema General mediante aportes de recursos a la subcuenta de solidaridad del Fosyga.

Atención Inicial De Urgencia: Son aquellas intervenciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia.

Urgencia: Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

Triage: es un método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Trata por tanto de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención.

- **Triage 1 atención inmediata (Rojo):** El paciente debe ser evaluado y atendido de manera inmediata dado que su condición representa un serio riesgo para su vida. Se aplica en casos de paro cardiorrespiratorio, apnea, quemaduras de la vía aérea, insuficiencia respiratoria severa, estatus convulsivo, intoxicaciones y hemorragias severas, entre otros.
- **Triage 2 manejo dentro de 15 minutos como máximo (Amarillo):** El paciente debe ser evaluado y atendido en segundo orden de prioridad. Se aplica en pacientes con dolor severo, particularmente si se trata de personas mayores o factores de riesgo asociados como diabetes, cardiopatías o hipertensión arterial. También en personas con compromiso respiratorio, dolor de cabeza intenso y de comienzo súbito, compromiso de conciencia, signos de deshidratación en niños pequeños, hemorragia mayor, trauma ocular, entre otros.
- **Triage 3 atención médica dentro de los siguientes 45 minutos (Verde):** El paciente puede esperar un tiempo razonable para ser atendido. Se aplica en personas cuya condición no implica un riesgo inmediato para su vida. Se aplica en pacientes con crisis hipertensiva sin otros factores de riesgo cardiovascular significativos, hemorragias recientes, pero que no están activas en el momento; niños con saturación de oxígeno entre 90% – 95%, convulsiones en paciente epiléptico, vómitos persistentes en niños, TEC, fractura de cadera o alguna extremidad, heridas en niños que requieran sutura con sedación, heridas abrasivas extensas, entre otros.
- **Triage 4 atención médica dentro de los siguientes 24 horas (Azul):** En esta categoría caben todos los consultantes que no están en las categorías anteriores y que, además de la atención médica, requieren de un procedimiento diagnóstico o terapéutico para su resolución. Por ejemplo, pacientes adultos con cuadros gastrointestinales, torsiones de tobillo, dolor de espalda, cuadros respiratorios simples o pacientes pediátricos con cuadros bronquiales obstructivos simples, aspiración de cuerpo extraño sin dificultad respiratoria, diarreas simples, etc.

Verificación de derechos del usuario: es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que requiere el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad. Este procedimiento de verificación de derechos debe ser posterior a la selección y clasificación del paciente “triage” y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

Demanda Inducida: Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.

Atención de salud: Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Prestadores de servicios de salud: Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Para los efectos del presente Decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

Protección específica: Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

Detección Temprana: Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

Protocolo: es el conjunto de normas y actividades a realizar dentro de un Servicio o programa, frente a una situación específica dentro de la institución y su ejecución debe ser de carácter obligatorio. Obviamente en las instituciones sólo se exigirá las guías y protocolos de los procedimientos que realicen.

Auxiliares en las áreas de la salud: Se considera como personal auxiliar en las áreas de la salud los siguientes: Auxiliar en Salud Oral, Auxiliar en Salud Pública, Auxiliar en Enfermería, Auxiliar en Servicios Farmacéuticos y Auxiliar Administrativo en Salud. Su aplicación deberá ajustarse a las denominaciones, perfiles ocupacionales y de formación y en los plazos establecidos en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

Procedimiento en Salud: es la actividad que hace parte de un proceso y ayuda en la realización o generación del servicio o producto.

Referencia y contrarreferencia: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

Referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

Contrarreferencia: es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del

paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Servicios. Recurso humano y estructura de una organización de salud, destinados a satisfacer las necesidades de cuidado y atención de sus usuarios.

Usuario: Es la persona a la que va destinado un servicio de salud con el propósito de prevenir o curar una enfermedad, la cual requiere una atención oportuna y eficaz.

Morbilidad: Proporción de personas que enferman en un lugar durante un periodo de tiempo determinado en relación con la población total de ese lugar.

Patología: Enfermedad, dolencia.

Egreso: Cuando un paciente es dado de alta después de recibir tratamiento médico en el área de hospitalización o por muerte.¹⁴

1.5. MARCO LEGAL

Antecedentes normativos de la Atención Primaria en Salud (APS)

Los antecedentes de las redes de servicios, como parte inherente a la Atención Primaria de Salud, se remontan a la Ley 10 de 1990, referida al anterior Sistema Nacional de Salud.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), es la Ley 715 de 2001 y la 112 de 2007, las que establecen parámetros orientados a su organización y operación.

Con todo, y en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), es la Ley 1438 de 2011, la que establece las bases para la implementación de la APS en el país. Esta norma se propone fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público de salud, que retome la estrategia Atención Primaria en Salud para que, mediante la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad, se avance en el mejoramiento de la salud de los habitantes del país, para lo cual se requiere la creación de ambientes sanos y saludables; a la vez que se garantice que la prestación de los servicios se efectúe dentro de estándares crecientes de calidad, y que dicha prestación sea incluyente y equitativa, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Así quedó establecido en su artículo 1°: “El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud”; Para esto, concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población”.

¹⁴ Manuales de procesos y procedimientos ESE Suroccidente

La Estrategia de Atención Primaria en Salud, según los mandatos de la Ley antes anotada, está constituida por tres componentes integrados e interdependientes:

1. Los servicios de salud. En este componente se destaca la organización en redes integradas de servicios, la política de fortalecimiento de la baja complejidad. Así mismo, la organización e implementación de Equipos Básicos de salud.

2. La acción intersectorial/tras-sectorial por la salud. Este componente se convirtió en uno de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)¹⁵, en la ley anotada, en la cual se ordena crear la Comisión Intersectorial de Salud pública, "... para hacer seguimiento a las acciones para el manejo de determinantes en salud, la cual informará al CONPES"¹⁶. En este componente es necesario tener en cuenta los documentos CONPES relacionados con los adopción de los compromisos de país para cumplir con los Objetivos del Milenio y el 3550 de 2008, referido a los "Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química"; así mismo, una serie de Comisiones Intersectoriales, que ya ejecutan acciones con efectos sobre la salud y sus determinantes¹⁷.

3. La participación social, comunitaria y ciudadana¹⁸. Este componente, está fundamentado además, en los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)¹⁹ y debe ser objeto de la formulación de una política específica²⁰.

¹⁵ La ley 1438 en el artículo 3° que modificó el artículo 153 de la ley 100 de 1993, estableció: "INTERSECTORIALIDAD. Es la acción conjunta y coordinada de los 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".

¹⁶ Ley 1438 de 2011, artículo 7°.

¹⁷ comisiones intersectoriales instituidas en el país, a tener en cuenta para afectar los determinantes de la salud, se distinguen dos grupos: las que tienen directa implicación y que reúne como: 1) La Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia -AIPI-, 2) La Comisión Intersectorial de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias, 3) La Comisión Intersectorial de la Red para la Superación de la Pobreza Extrema UNIDOS, 4) La Comisión Intersectorial para la estrategia de Cero a Siempre, 5) La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN), 6) La Comisión Técnica Intersectorial para la prevención y el control de la contaminación del Aire (CONAIRE); y aquellas comisiones cuya accionar tienen relación más indirecta con dichos determinantes, entre las cuales están: 1) Comisión Intersectorial de Gestión de las Estadísticas Vitales, 2) Comisión Intersectorial de Vivienda de Interés Social Rural, 3) Comisión Intersectorial de Servicios Públicos Domiciliarios, 4) Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, 5) Comisión Intersectorial de Bioética, 6) Comisión nacional intersectorial de aseguramiento de la calidad de la educación –CONACES, 7) Comisión intersectorial para la prevención del reclutamiento y utilización de niños, niñas, adolescentes y jóvenes por grupos organizados al margen de la ley, 8) Comisión intersectorial de la banca de oportunidades, 9) Comisión Intersectorial de Integración y Desarrollo Fronterizo (CIIDEF), 10) Comisión Intersectorial Nacional de Patrimonio Mundial y 11) Comisión Nacional de Migraciones.

¹⁸ Ley 1438 de 2011 artículo 12°

¹⁹ Ley 1438 de 2011, en el artículo 3° que modificó el artículo 153 de la ley 100 de 1993, estableció: "PARTICIPACIÓN SOCIAL. Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto".

²⁰ Ley 1438, Título VIII de esta ley se ordena: Artículo 136°. Política Nacional de participación social. El Ministerio de la Protección Social definirá una política nacional de participación social que tenga como objetivos: 136.1. Fortalecer la capacidad ciudadana para intervenir en el ciclo de las

Se determinó que la aplicación de esta estrategia debe tomar como marco, las regulaciones relacionadas con el plan decenal de salud pública²¹, en la ejecución y resultados de las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como pilares de la estrategia de Atención Primaria en Salud²², y en la conformación de los equipos básicos en salud²³ y de las redes integradas de servicios de salud²⁴, igualmente esta norma define los elementos para la implementación de la estrategia de Atención Primaria²⁵

Ahora bien, la Atención Primaria en Salud, como estrategia nacional, debe estar en concordancia con el ordenamiento territorial, y los planes respectivos, pues de su aplicación y grado de acatamiento, se derivan efectos determinantes para la salud de las poblaciones de cada territorio. Esta coordinación se da a nivel nacional, mediante la integración de las políticas sociales y demás, en función de las condiciones de salud de la población y tiene su correspondencia en el nivel territorial, en los planes de desarrollo de las entidades territoriales y demás acciones orientadas al desarrollo de los territorios.

1.6. MARCO METODOLOGICO

El trabajo de investigación para el diseño de propuesta para la prestación del servicio basado en la estrategia de atención primaria en salud en la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE –Departamento del Cauca, es llevado a cabo, de acuerdo con los lineamientos legales vigentes, de modo tal que se ofrezca una alternativa de solución al problema planteado y al diseño de una nueva propuesta, acorde a las necesidades de la entidad.

MODALIDAD DE LA INVESTIGACION:

El trabajo realizado en la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE en una investigación de carácter documental, basada en la recopilación de distintos documentos pertenecientes a la entidad, de otras entidades similares y a distintos documentos de apoyo encontrados en libros y páginas de internet, para obtener una mayor información acerca del tema y del problema que se planteó, acerca de la Atención Primaria en Salud y sus deficiencias en el servicio que se presta actualmente.

políticas públicas de salud: diseño, ejecución, evaluación y ajuste. 136.2. Promover la cultura de la salud y el auto cuidado, modificar los factores de riesgo y estimular los factores protectores de la salud. 136.3. Incentivar la veeduría de recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios. 136.4. Participar activamente en los ejercicios de definición de política. 136.5. Participar activamente en los ejercicios de presupuestación participativa en salud. 136.6. Defender el derecho de la salud de los ciudadanos y detectar temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción del usuario.

²¹ Ley 1438 de 2011 artículo 6°

²² Ley 1438 de 2011 artículos 10° y 11°

²³ Ley 1438 de 2001 artículo 15°

²⁴ Ley 1438 de 2001 artículo 62°

²⁵ Ley 1438 de 2011 artículo 13°

NIVEL DE LA INVESTIGACION:

Inicialmente se realiza una investigación exploratoria, la cual constó de una recolección de datos secundarios, revisando la documentación pertinente al tema, se realizaron entrevistas a profundidad a personas claves de la organización, con el fin de obtener información profunda acerca de la Atención Primaria en Salud en la organización, tanto de sus fortalezas como las deficiencias que pueda presentar.

El estudio de esta investigación se basa en el diagnóstico de la entidad en Atención Primaria en Salud, fundamentado en los documentos internos y está orientado a proporcionar las directrices que puedan enfocarse a una propuesta para la Atención Primaria en Salud en la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE

Los parámetros establecidos de esta investigación, están apoyados bajo un diseño de investigación documental, donde se trabaja con material ya elaborado, de tipo secundario, obteniéndose mediante una indagación bibliográfica, que comprende los datos de interés que se recogen en forma directa de la realidad, mediante el trabajo concreto de los investigadores, o se pueden obtener mediante datos ya recolectados en otras investigaciones (secundarios).

Los datos secundarios fueron obtenidos por medio de dos fuentes, la primera las diferentes entrevistas hechas por los investigadores a algunos funcionarios de la empresa, las cuales dieron información clave para encaminar el estudio, ya que permitieron reconocer y definir las principales dificultades que presentaba la organización en relación a la Prestación de Atención Primaria en Salud, además de otorgar información acerca de su historia como empresa, cultura organizacional e información de interés. La segunda fuente de datos secundarios se obtuvo explorando información acerca de otras investigaciones realizadas a nivel local, regional, nacional e internacional, información que ha sido recolectada con propósitos diferentes de los de satisfacer las necesidades específicas de la investigación inmediata, pero que aporta parámetros importantes. Para su obtención se procedió a la búsqueda de libros y trabajos que se encuentran en la ESE Suroccidente y también se hizo la búsqueda de trabajos de información sobre el tema de la investigación por internet y se obtuvo gran cantidad de información sobre los estudios realizados sobre todo a nivel nacional e internacional sobre la APS.

CAPITULO 2. DESCRIPCION DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SUROCCIDENTE ESE –DEPARTAMENTO DEL CAUCA

2.1. INFORMACION GENERAL DE LA EMPRESA

Código de Habilitación	1910000114
Nombre	Empresa Social del Estado Suroccidente ESE
Nivel de Atención	1 –baja complejidad
Carácter de la Entidad	Publica
Departamento	Cauca
Municipio	El Bordo Patía
Nit	900145767-8
Dirección	Calle 5 Nro. 3A – 55 Barrio el Campín – El Bordo Patía
Teléfono(s)	8214390, 8212995, 8262886
Correo Electrónico Institucional	esesuroccidente@gmail.com
Gerente	GUILLERMO ALBERTO GONZALEZ CERON

La Empresa Social del Estado Suroccidente ESE, de primer nivel de atención, se creó mediante Decreto Departamental del Cauca Nro. 0265 de 2007, como una entidad descentralizada del orden Departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaría Departamental de Salud.

El objeto de la Empresa Social del Estado SUROCCIDENTE - ESE será la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Departamento y como parte integrante del sistema de seguridad social en salud. En consecuencia, en desarrollo de este objeto, adelantará acciones de promoción de la salud y prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.²⁶

2.2. ASPECTOS FILOSOFICOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SUROCCIDENTE ESE –DEPARTAMENTO DEL CAUCA²⁷

MISION

La Empresa Social del Estado Suroccidente ESE, es una Institución Prestadora de Servicios de Salud de baja complejidad, orientada a la promoción la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas para reintegrarlas a los procesos familiares, sociales y productivos en nuestra área de influencia.

²⁶ Documento de creación de la ESE Suroccidente

²⁷ Documento Plan de Desarrollo Institucional 2012 - 2016

VISION

Seremos la mejor Empresa Social del Estado del Departamento del Cauca en el año 2016, reconocidos como una organización moderna, que presta servicios de salud con calidad, con recursos tecnológicos adecuados, con talento humano idóneo y comprometido, respondiendo a las necesidades de la comunidad con calidez, obteniendo rentabilidad social y sostenibilidad financiera.

PRINCIPIOS BÁSICOS

La Empresa Social del Estado SUROCCIDENTE - ESE, para cumplir con su objeto, además de los principios constitucionales señalados en el artículo 209 de la Constitución Política, debe orientarse por los siguientes principios básicos:

La eficiencia, definida como la mejor utilización de los recursos, técnicos, materiales, humanos y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida.

La calidad, relacionada con la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada y continua, de acuerdo con estándares aceptados sobre procedimientos científico-técnicos y administrativos y mediante la utilización de la tecnología apropiada, de acuerdo con los requerimientos de los servicios de salud que ofrecen y de las normas vigentes sobre la materia.

OBJETIVOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SUROCCIDENTE ESE – DEPARTAMENTO DEL CAUCA

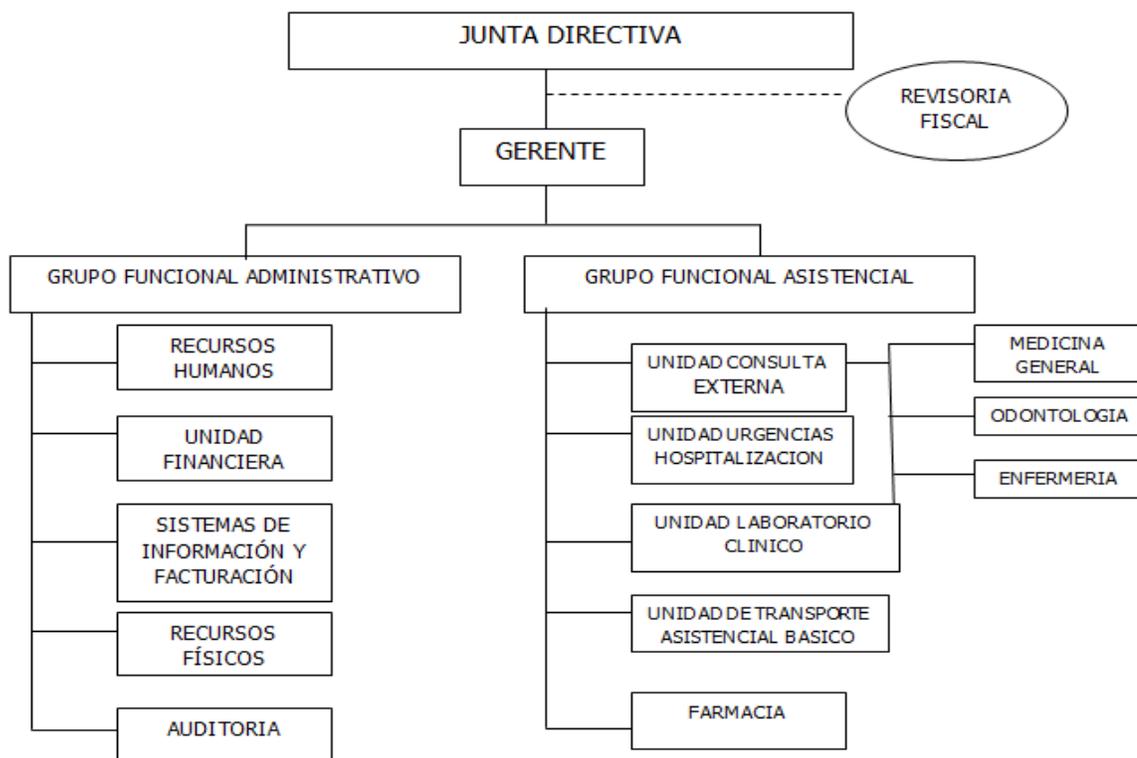
En cumplimiento de su función la Empresa Social del Estado deberá:

1. Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.
2. Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa Social, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.
3. Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y sostenibilidad financiera de la Empresa Social.
4. Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas Naturales o Jurídicas servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
5. Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus Servicios y funcionamiento.
6. Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos.

2.3. ESTRUCTURA BÁSICA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SUROCCIDENTE ESE –DEPARTAMENTO DEL CAUCA²⁸

ORGANIGRAMA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SUROCCIDENTE E.S.E.

Figura 1.



La Empresa Social del Estado Departamental de primer nivel SUROCCIDENTE - ESE se organiza a partir de una estructura básica que incluye tres áreas, así:

- a) **DIRECCION:** Conformada por la Junta Directiva y el Gerente y tiene a su cargo mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la Misión y Objetivos institucionales; identificar las necesidades esenciales y las expectativas de los usuarios, determinar los mercados a atender, definir la estrategia del Servicio, asignar recursos, adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad controlando su aplicación en la gestión institucional, sin perjuicio de las demás funciones de dirección que exija el normal desenvolvimiento de la entidad.
- b) **ATENCIÓN AL USUARIO:** Es el conjunto de unidades orgánico-funcionales encargadas de todo el proceso de producción y prestación de Servicios de Salud con sus respectivos procedimientos y actividades, incluyendo la atención administrativa demandada por el usuario. Comprende la definición de políticas institucionales de atención, el tipo de recursos necesarios para el efecto, las formas y características de la atención, y la dirección y prestación del servicio.

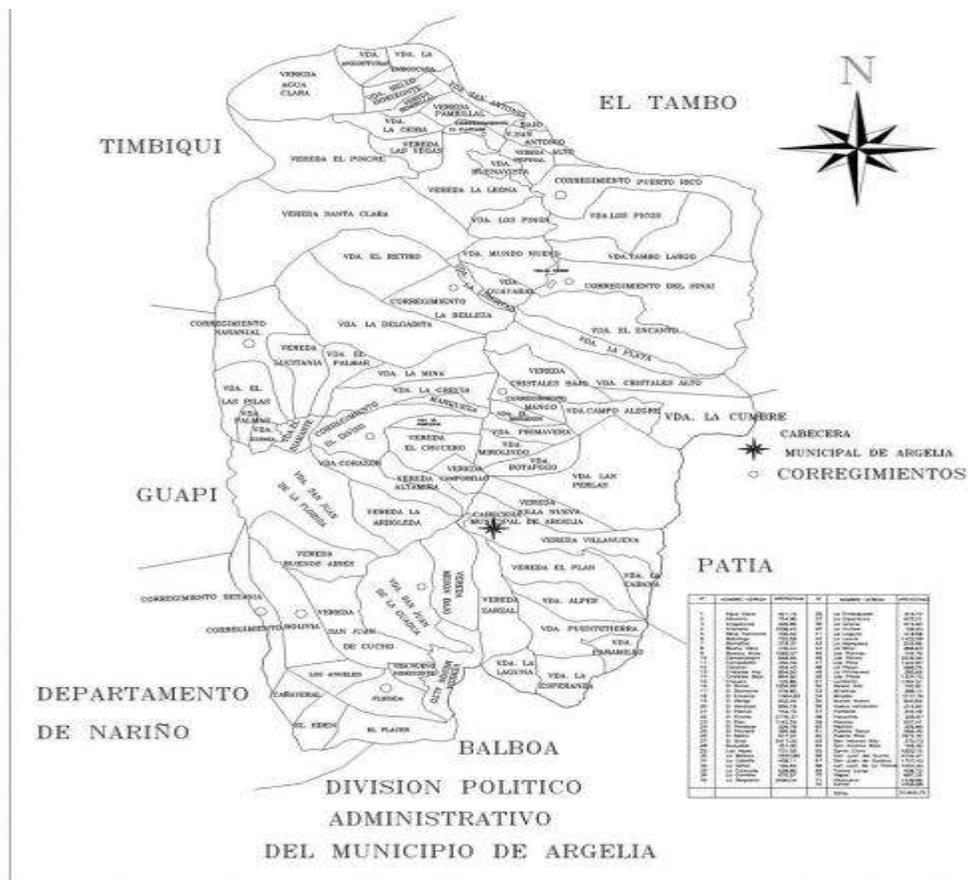
²⁸ Documento de creación de la ESE Suroccidente

- c) **DE LOGISTICA:** Comprende las Unidades Funcionales encargadas de ejecutar, en coordinación con las demás áreas, los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos Humanos, Financieros, Físicos y de Información necesarios para alcanzar y desarrollar los objetivos de la Organización y, realizar el mantenimiento de la planta física y su dotación.

2.4. CARACTERIZACION GENERAL MUNICIPIOS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SUROCCIDENTE ESE - DEPARTAMENTO DEL CAUCA Y DE SUS PUNTOS DE ATENCION

MUNICIPIO DE ARGELIA

Figura 2.



El municipio de Argelia ubicado en la región sur occidente del Departamento del Cauca, posee una extensión de 320 Km², con una altitud de 1.700 m.s.n.m. se encuentra a una distancia aproximada de 178 Km. de Popayán; limita por el norte con los municipios de El Tambo y Timbiquí, por el oriente con el municipio de El Tambo y Patía, por el sur con el municipio de Balboa y Departamento de Nariño y por el occidente con los municipios de Guapi y Timbiquí. Su territorio es montañoso perteneciente a la cordillera Occidental, la agricultura, ganadería, explotación forestal y la minería son consideradas como las principales actividades económicas del municipio. El municipio tiene problemas de orden público, debido a los cultivos ilícitos y la presencia de grupos armados ilegales.

PUNTO DE ATENCIÓN MUNICIPIO DE ARGELIA

Figura 3.



Se encuentra ubicado en el sector urbano del Municipio de Argelia y ofrecerá los servicios del portafolio de baja complejidad tipo C que consiste en atención médica, odontológica, servicios de promoción y prevención, laboratorio clínico de primer nivel, ecografía obstétrica; atención de urgencias, partos, hospitalización 24 horas y transporte asistencial básico. En el área rural cuenta con el centro de salud El Plateado y el puesto de salud El Mango, donde se realizarán las actividades de consulta externa según programación de un equipo interdisciplinario móvil extramural.

MUNICIPIO DE BALBOA

Figura 4.



El municipio de Balboa está localizado en sur occidente del Departamento, tiene una extensión de 360 Km², con una altitud de 1630 m.s.n.m.; se encuentra a una distancia aproximada de 132 Km. de Popayán; sus territorios son montañosos, cuyo relieve corresponde a la cordillera Occidental; limita al norte con los municipios de Argelia y Patía, al sur los municipios de Mercaderes, Patía y el Departamento de Nariño; al oriente el Municipio de Patía y al occidente con el Departamento de Nariño. La economía gira en torno a la ganadería, la agricultura, actividades forestales y la minería. El municipio tiene problemas de orden público, debido a los cultivos ilícitos y la presencia de grupos armados ilegales.

PUNTO DE ATENCIÓN MUNICIPIO DE BALBOA

Figura 5.



Se encuentra ubicado en la cabecera municipal del municipio de Balboa y ofrecerá los servicios del portafolio de baja complejidad tipo C que consiste en atención médica, odontológica, servicios de promoción y prevención, laboratorio clínico de primer nivel, ecografía obstétrica; atención de urgencias, partos, hospitalización 24 horas y transporte asistencial básico. En el área rural cuenta con dos Centros de Salud: Olaya y San Alfonso donde se ofrecerán los servicios de consulta externa 8 horas diarias, atención de urgencia por disponibilidad, además se prestarán servicios de odontología, enfermería y laboratorio clínico según programación de un equipo interdisciplinario móvil extramural.

MUNICIPIO DE BOLIVAR

Figura 6.



El municipio de Bolívar está localizado al sur del Departamento, a una distancia aproximada de 145 km. de la ciudad de Popayán, tiene una extensión de 887 Km², con una altitud de 1770 m.s.n.m.; la mayor parte de su territorio es montañoso; limita al norte con los municipios de Patía y Sucre, al sur con los municipios de San Pablo y La Cruz Nariño, al oriente con los municipios de Almaguer y San Sebastián y al occidente con los municipios de Patía, Mercaderes y Florencia. El Municipio se encuentra conformado por 14 corregimientos con una población aproximada de 59.403 habitantes según proyecciones del DANE donde aproximadamente el 70% es de zona rural y un 30% es de zona urbana. La gran mayoría de la población está conformada por campesinos colonos dedicados en su gran mayoría a la agricultura. La economía gira en torno a la agricultura, la ganadería y la minería de cobre, oro, sal y otros minerales.

PUNTO DE ATENCIÓN MUNICIPIO DE BOLIVAR –HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA–

Figura 7.



Se encuentra ubicado en la cabecera municipal del municipio de Bolívar y ofrecerá los servicios del portafolio de baja complejidad tipo C que consiste en atención médica, odontológica, servicios de promoción y prevención, laboratorio clínico de primer nivel, radiología simple, ecografía obstétrica; atención de urgencias, partos, hospitalización 24 horas y transporte asistencial básico; también se realizará consulta médica especializada y actividades quirúrgicas ambulatorias según programación. En el área rural del municipio cuenta con los centros de salud Los Milagros, San Juan, Lerma y San Lorenzo y los puestos de salud La Carbonera, El Carmen y Guachicono, donde se realizarán actividades de consulta externa según programación de un equipo interdisciplinario móvil extramural. El Hospital San Antonio de Padua de Bolívar prestará algunos servicios de mediana complejidad como consulta médica especializada y cirugías ambulatorias.

MUNICIPIO DE FLORENCIA

Figura 8.



El municipio de Florencia está localizado al sur occidente del departamento, tiene una extensión de 55 Km², con una altitud de 1.700 m.s.n.m.; ubicado aproximadamente a 142 Km. al sur occidente de la Capital; sus territorios son montañosos con algunas planicies cuyo relieve corresponde a la cordillera occidental. Limita al norte con el municipio de Mercaderes; al sur con el Departamento de Nariño; al oriente con el Departamento de Nariño y el Municipio de Bolívar y al occidente con el municipio de Mercaderes. La economía depende de la ganadería y la agricultura, sobresalen los cultivos de café, caña de azúcar, cacao, plátano, maíz y algunos frutales.

PUNTO DE ATENCIÓN MUNICIPIO DE FLORENCIA

Figura 9.



Instalaciones propias del hospital ubicado en el sector urbano del Municipio de Florencia ofertando los servicios de consulta externa de baja complejidad tipo B: médica, odontológica, toma de muestras para laboratorio, imágenes diagnósticas (odontológicas), programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, atención de urgencias y hospitalización. El área rural cuenta con los Puestos de Salud de Marsella donde se contará con auxiliares de enfermería, quienes serán responsables de las zonas que se les asigne acorde a las veredas, corregimientos, caseríos o centros poblados que estén próximos.

MUNICIPIO DE MERCADERES

Figura 10.



El municipio de Mercaderes está localizado al suroccidente del Departamento, tiene una extensión de 882 Km², con una altitud de 1.167 m.s.n.m; ubicado aproximadamente a 124 Km. al sur occidente de la Capital; sus territorios son montañosos pero también cuentan con extensas zonas planas. Limita al norte con los municipios de Balboa, Patía y el Departamento de Nariño, al sur con el Departamento de Nariño y el municipio de Florencia, al oriente con los municipios de Bolívar y Florencia y al occidente con el Departamento de Nariño; la economía gira en torno a la ganadería, minería, la agricultura siendo conocido como la capital maicera del País.

PUNTO DE ATENCIÓN MUNICIPIO DE MERCADERES

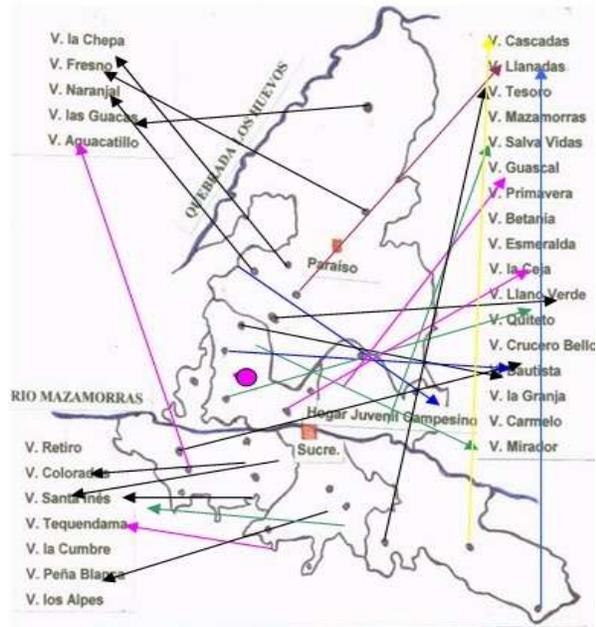
Figura 11.



Se encuentra ubicado en el sector urbano del Municipio de Mercaderes y ofrecerá los servicios del portafolio de baja complejidad tipo C que consiste en atención médica, odontológica, servicios de promoción y prevención, laboratorio clínico de primer nivel, ecografía obstétrica; atención de urgencias, partos, hospitalización 24 horas y transporte asistencial básico. En el área rural cuenta con los puestos de salud Mojarras, San Joaquín y Arboleda donde se realizarán las actividades de consulta externa según programación de un equipo interdisciplinario móvil extramural.

MUNICIPIO DE SUCRE

Figura 12.



El municipio de Sucre está localizado al sur del Departamento a una distancia aproximada de 120 km. de la ciudad de Popayán. El Municipio fue creado el 10 de diciembre de 1999; posee los siguientes límites geográficos: Al norte limita con los Municipios de La Vega y El Patía; al sur con los Municipios de Bolívar y Almaguer; al oriente con el Municipio de La Vega y al occidente con los Municipios de Patía y Bolívar. Tiene una población según proyecciones DANE de 11.288 habitantes, la cual se distribuye en 8.635 en zona rural y 2.653 en zona urbana. Sus territorios son montañosos con algunas planicies, cuyo relieve corresponde a la cordillera occidental. Su economía gira en torno a la agricultura destacándose el cultivo de café.

PUNTO DE ATENCIÓN MUNICIPIO DE SUCRE

Figura 13.



Se encuentra ubicado en el sector urbano del Municipio de Mercaderes y ofrecerá los servicios del portafolio de baja complejidad tipo B que consiste en atención médica, odontológica, servicios de promoción y prevención, toma de muestras para laboratorio clínico, ecografía obstétrica; atención de urgencias y atención de partos por disponibilidad con camas de apoyo para estos servicios, transporte asistencial básico. En el área rural cuenta con el puesto de salud El Paraíso donde se realizarán las actividades de consulta externa según programación de un equipo interdisciplinario móvil extramural.

Se realizarán actividades asistenciales de recuperación de la salud y de promoción y prevención en el área rural en puestos y centros de salud, con el objetivo de mejorar la accesibilidad de la población a los servicios de salud y canalizar la población hacia las actividades de promoción y prevención. Estas actividades serán realizadas según programación a cargo de un equipo interdisciplinario móvil extramural.

Tabla 1. POBLACION AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO POR MUNICIPIO

MUNICIPIO	POBLACION AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO
ARGELIA	22.718
BALBOA	19.693
BOLIVAR	39,769
FLORENCIA	5.088
MERCADERES	15.418
SUCRE	6.378
TOTAL	109.054

2.5. PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SUROCCIDENTE E.S.E.

Figura 14. PORTAFOLIO DE SERVICIOS

SERVICIOS OFERTADOS EN LA IPS		Prestados antes del convenio			Aprobados en el convenio			Habilitados a 31 de diciembre de 2011			Cumple			
SERVICIO		Serv	Complejidad			Serv	Complejidad			Serv		Complejidad		
			Baja	Media	Alta		Baja	Media	Alta			Baja	Media	Alta
Quirúrgico	101.GENERAL ADULTOS	H	X			H	X			H	X			Cumple
	102.GENERAL PEDIÁTRICA	H	X			H	X			H	X			
	112.OBSTETRICIA	H	X			H	X			H	X			
	203.CIRUGÍA GENERAL	H	X			H	X			H	X			
	312.ENFERMERÍA	H	X			H	X			H	X			
	328.MEDICINA GENERAL	A	X			A	X			A	X			
	334.ODONTOLOGÍA GENERAL	A	X			A	X			A	X			
	359.CONSULTA PRIORITARIA	A	X			A	X			A	X			
	901.VACUNACIÓN	A	X			A	X			A	X			
Prom. y Prev.	902.ATENCIÓN PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL	A	X			A	X			A	X			
	904.PLANIFICACIÓN FAMILIAR	A	X			A	X			A	X			
	905.PROMOCIÓN EN SALUD	A	X			A	X			A	X			
Tratamiento de Urgencias	501.SERVICIO DE URGENCIAS	H-A	X			H-A	X			H-A	X			
	601.TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	H	X			H	X			H	X			
Tratamiento diagnóstico y complementación terapéutica	706.LABORATORIO CLÍNICO	H-A	X			H-A	X			H-A	X			
	710.RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICO	H-A	X			H-A	X			H-A	X			
	712.TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLÍNICO	H-A	X			H-A	X			H-A	X			
	714.SERVICIO FARMACÉUTICO	H-A	X			H-A	X			H-A	X			
	716.TOMA DE MUESTRAS CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	A	X			A	X			A	X			
	719.ULTRASONIDO	H-A		X		H-A		X		H-A		X		
	721.ESTERILIZACIÓN	H	X			H	X			H	X			
Otros servicios	724.TOMA E INTERPRETACIÓN RADIOLOGÍAS ODONTOLÓGICAS	A	X			A	X			A	X			
	810.SALA DE REHIDRATACIÓN ORAL	A	X			A	X			A	X			
	811.SALA DE YESO	H-A	X			H-A	X			H-A	X			
	812.SALA DE REANIMACIÓN	H		X		H		X		H		X		
	813.SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	H-A	X			H-A	X			H-A	X			

Fuente: Registro especial de Prestadores de salud del Departamento del Cauca

CAPITULO 3. LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CONTEXTO NACIONAL E INTERNACIONAL.

3.1. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

El sistema en salud está compuesto básicamente por tres entes:

- **El Estado:** actúa como ente de coordinación, dirección y control. Sus organismos son: El Ministerio de la Salud y Protección Social (Colombia), la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que reemplazó al Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por la Ley 1122 de 2007, y la Superintendencia Nacional de Salud que vigila y controla a los actores del sistema.
- **Los aseguradores:** Son entidades públicas y privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado en forma de prima anual denominada *Unidad de Pago por Capitación -UPC-*. Son las entidades promotoras de salud (EPS) y las administradoras de riesgos laborales (ARL).
- **Los prestadores:** son las instituciones prestadores de salud (IPS), son los hospitales, clínicas, laboratorios, etc. que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad, los profesionales independientes de salud (médicos, enfermeras/os, etc) y los transportadores especializados de pacientes (ambulancias).

Niveles de complejidad

Baja complejidad: Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.

Mediana complejidad: Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.

Alta complejidad: Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas Instituciones con servicios de alta complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS.

El Ministerio de la Protección Social formuló la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud bajo unos principios orientadores que reconocen la heterogeneidad del país, la descentralización, la posibilidad de diferentes modelos de prestación de servicios, la rendición de cuentas, la atención centrada en el usuario, la participación ciudadana y la salud como objetivo final del sistema. Esta política se desarrolla a partir de tres ejes: accesibilidad, calidad y eficiencia, en cada uno de los cuales se definen estrategias, líneas de acción y proyectos o programas a ejecutar.

La estrategia de Atención Primaria en Salud en Colombia ha sido aplicada en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, quien adoptó la estrategia siguiendo los principios internacionalmente definidos para la misma, relacionados con la asistencia sanitaria, a saber:

- Accesibilidad, es facilitar la provisión de servicios de salud, cuando las necesidades de la población así lo requieran.
- Integralidad, es la articulación de intervenciones educativas, de comunicación, de protección, de promoción, de prevención de enfermedades, de atención y de rehabilitación.
- Continuidad, es el seguimiento de los procesos de atención en el tiempo hasta su superación completa, según la necesidad de cada caso, en las redes de servicios sectoriales y sociales disponibles.
- Longitudinalidad o vínculo, es la permanencia en el tiempo de la relación entre las personas, los equipos de atención y los servicios de salud.
- Participación social, ejercicio a través del cual la comunidad, las organizaciones sociales y otras instituciones, aportan en la identificación e intervención de la situación de salud ya sea en procesos de planeación o en la promoción y consolidación de factores protectores de la salud.

La estrategia de APS, en Bogotá DC, nace con Salud a su Hogar como una primera fase, en territorios vulnerables, definidos por características como: población estrato 1 y 2, y condiciones sociales y ambientales precarias. En ellos se vinculan 1.200 familias a un equipo de salud familiar y comunitaria (Los equipos están conformados por médico, enfermera, auxiliar de enfermería, promotores de salud, auxiliar de enfermería y técnico ambiental, los que dependen de las ESE de primer nivel de atención), encargado de identificar de manera conjunta con la población sus necesidades y problemas, planificar, ejecutar y evaluar las intervenciones y realizar seguimiento a los cambios en las condiciones de vida y salud de la población y del territorio.

Las intervenciones de la APS, se han fundamentado en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades²⁹, puesto que son de bajo costo y se obtienen buenos resultados, confieren poder a las comunidades y a los individuos para ejercer mayor control sobre su salud y porque son esenciales para abordar los principales determinantes sociales de la salud.

²⁹OPS. Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas, Documento de posición de la OPS/OMS, Washington D.C. 2006

Participación de la comunidad en la estrategia de Atención Primaria en Salud APS

Participar, es un derecho que todos tenemos, este derecho es impulsado y reconocido como principio de la Estrategia de Atención Primaria en Salud. Para los ciudadanos y las organizaciones sociales es una responsabilidad el ejercicio de participar, porque les permite entender y reflexionar sobre las necesidades sociales, tomar parte en las decisiones que los afectan, promover el fortalecimiento de la organización social y, finalmente, lograr la movilización social para exigir el derecho a la salud, concertar con otras comunidades y con el Estado compromisos más allá de intereses particulares, de esta manera se comprende que la calidad de vida de las personas, o las condiciones dignas de vida, dependen también de la forma como se entiende la salud, como un derecho y cómo se partícipe.

La generación de organizaciones comunitarias, que buscan la respuesta a sus necesidades de condición de vida, implica convertir a la gente en constructores y creadores de cambios en sus vidas y en la de los otros.

En el Departamento de Antioquia, la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, con su Grupo de promoción de la salud, estableció un modelo de gestión para la implementación y desarrollo de la estrategia APS, la cual tuvo los logros tales como:

- Compromiso político en todas las instancias
- Presencia del estado en los lugares más apartados de la geografía departamental.
- Fortalecimiento de alianzas con la academia
- Reconocimiento del promotor por las comunidades
- Actualización del talento humano
- Aceptación y apropiación de la experiencia por parte de los actores del municipio y las comunidades.
- Diagnósticos familiares y comunitarios desde la demanda
- Articulación con IPS públicas y otros sectores del desarrollo
- Mejoramiento del acceso de la población a servicios de salud de promoción y prevención

Los resultados logrados hasta el momento con el nuevo desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, la proyectan como una experiencia exitosa en el Departamento de Antioquia.

3.2. AMERICA Y LATINOAMERICA

En Latinoamérica surgieron modelos de seguridad social con características históricas y sociales propias de la región.

La salud, objetivo de todo sistema, es un bien esencial para la vida, para el bienestar y la economía de un país. La OMS sostiene que la misión de todo sistema es conseguir incrementar los niveles de salud en todos los aspectos y situaciones de la persona aislada y/o en sociedad, por lo que su funcionamiento es condición para establecer indicadores de medición de bienestar y de nivel de desarrollo de una sociedad.

La salud y los servicios sanitarios son una responsabilidad pública y un derecho social. El Estado debe garantizar su protección, promoción y acceso a los servicios de salud de una

manera adecuada y oportuna independiente de su clase social, nivel de ingreso, inserción laboral, genero, etnia o edad³⁰.

El tema de la integración de la salud pública convencional con la atención médica individual, y de éstas con otros servicios y acciones sociales, ha sido un punto central de la discusión sobre el carácter de las políticas y de las intervenciones de los sistemas de salud en América y Colombia.

Desde el punto de vista técnico-científico una postura –con gran influencia del pensamiento dominante en Estados Unidos– ha definido la atención médica como el conjunto de servicios preventivos, de curación y rehabilitación para la atención a las personas individualmente consideradas (o p s/o m s,1962; Rosen, 1993). Para ellos las políticas y servicios que operan a nivel colectivo, como los referidos al saneamiento ambiental, los programas de asistencia alimentaria y nutricional y de control de la contaminación atmosférica, entre otras, deben mantenerse separadas de la atención médica individual, como bienes estrictamente públicos. Incluso las posturas extremas de esta posición han buscado separar la práctica y organización de la medicina curativa y preventiva individual, dejando la primera bajo la responsabilidad privada y la segunda en los servicios del Estado, contrario a las anteriores posiciones, la medicina social latinoamericana no hace separación entre la atención médica individual y la salud de la población y del ambiente. Ambos tipos de procesos se integran bajo la noción de salud colectiva en tanto el proceso salud-enfermedad es determinado por un conjunto complejo de procesos interrelacionados y multidimensionales, a su vez determinados por el modo económico de producción y reproducción social y no sólo por la atención médica (Iriart et ál., 2002).

Lo más importante en este enfoque es señalar que la salud no es simplemente resultado del crecimiento económico ni de la acción voluntaria de las personas y de los servicios de salud. La mejoría de la salud y sobre todo, la reducción de las inequidades en salud, es consecuencia del cambio en las condiciones económicas, sociales y de calidad de vida de las poblaciones y del contenido redistributivo de las políticas públicas, incluidas las del sector salud, hacia los grupos socioeconómicamente en desventaja. Por tanto, el enfoque de la medicina social y de la epidemiología crítica latinoamericana ha sido crucial en el desarrollo de esta perspectiva y contrario a las visiones desarrollistas, biomédicas y positivistas de la salud pública y epidemiología convencionales (Granda 2004; Iriart et ál., 2002).

Si bien la figura de un servicio nacional de salud, universal y de libre acceso, financiado con aportes del jefe del hogar en función de los ingresos salariales y del tamaño de las familias, mas aportes fiscales de solidaridad para las personas sin capacidad de pago, o la de un sistema de seguridad social bismarckiano basado en la contribución y la solidaridad, estuvo siempre en la mente de algunos de los expertos participantes en los debates sobre el tema desde el decenio de los sesenta (ver o p s o m s, 1966), no se creía en la posibilidad de organizar un esquema universal de este tipo en nuestros países porque ello implicaría, se aducía, un aumento significativo del gasto fiscal en salud como porcentaje de Producto Nacional Bruto y del gasto de los individuos y de las empresas

³⁰ Salud. Caracterización de Modelos Sanitarios y Sistemas Sanitarios. –Universidad Nacional de Cuyo, Argentina, Julio de 2011.

para pagar las cotizaciones. De ahí que los gobiernos liberales y conservadores se hubiesen inclinado por la extensión progresiva de la cobertura del seguro social bismarckiano y/o por la coordinación de las acciones de los servicios de éste con los servicios de los subsistemas oficial (o p s/o m s, 1967), de las beneficencias y del sector privado. La historia indica que ésta no fue una experiencia positiva para la universalización de la cobertura, integralidad e integración de los servicios de salud, ni para el mejoramiento sustancial de la efectividad y equidad de los resultados en salud, por lo menos en Colombia, lo que a la postre sirvió a los neoliberales para justificar la reforma que llevó a la “alternativa” hoy conocida como “nuevo universalismo” (Banco Mundial, 1993), o “pluralismo estructurado” (Frenk& Londoño, 1997), que en un contexto y lógica de mercado regulado de aseguramiento y de prestación de servicios produjo el sistema segmentado, fragmentado y de cobertura parcial al que dio origen la Ley 100 de 1993. Sólo en los años recientes se ha venido expandiendo a otros países del continente la experiencia de sistemas públicos unificados como los de Cubay Brasil en el marco de posteriores reformas progresistas de los sistemas de salud (Laurell, 2008)³¹.

3.3. EL CASO CUBANO

Frente a las distintas tendencias mundiales de la APS, en Latino América surgen modelos que hoy son ejemplo a seguir. En el caso Cubano ya son más que evidentes los frutos para sus resultados en salud. Cuba reorganiza su sistema de salud a partir del triunfo de la revolución en 1 de enero de 1959, desde allí inicia una carrera vertiginosa para catapultar la salud pública bajo la tutela y total financiación por parte del estado cubano. Se define a la salud como un derecho fundamental e inalienable de los ciudadanos y como tal queda plasmado en la constitución nacional, en 1961 se cambia el enfoque de atención curativo a un enfoque preventivo en el marco del Sistema Único de Salud gratuito implementado el año anterior. En la década de los 70 cuando surge la declaración de Alma Ata, la isla ya contaba con avances de vital importancia y un claro enfoque de atención preventiva y con políticas públicas que garantizaban la promoción de la salud, en razón a lo cual el desarrollo de la APS fluyó con rapidez y efectividad en la isla³².

Cuba, cuenta con policlínicos a lo largo y ancho del país donde se garantiza atención básica, pero garantizando la tecnología acorde a las necesidades, sin dejar de lado la atención especializada. Pero uno de los logros del modelo es el millar de médicos y enfermeras de familia bajo el modelo MEF (médicos y enfermeras de familia), responsables de brindar atención a más del 95% de la población cubana, garantizando el pleno cumplimiento de los principios básicos de la APS, uno de ellos el vínculo, elemento clave para lograr un proceso de atención individual, familiar y comunitario³³.

Este equipo de profesionales que al 2009 alcanzaba un número de 30 mil médicos de atención primaria, 5,7 médicos por cada 1000 habitantes y 84.232 enfermeras, 9,5 enfermeras por cada 1000 habitantes quienes bajo la MEF cubren 600 a 700 familias por

³¹ ATENCION PRIMARIA INTEGRAL EN SALUD. -Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad De salud. Román Vega Romero, et al. PAGINAS 21-24.

³² Health consequences of Cuba's Special Period. CMAJ 2008 Jul 29;179(3):257.

³³ Reed G. Cuba's primary health care revolution: 30 years on. Bull World Health Organ 2008 May;86(5):327-9.

un dúo médico enfermera, basada dicha atención en un modelo preventivo pero que permite instaurar a su vez tratamientos rápidos y canalizar a servicios especializados.

Otro de los baluartes del sistema de salud cubano es la participación comunitaria; las comunidades son de vital importancia debido a su formación como gestores de salud y multiplicadores en temas de prevención, dicha acción se da en el seno de diversas organizaciones tales como los Comités de Defensa de la Revolución o la federación de Mujeres Cubanas a quienes se les designan funciones como “Responsables de la Salud”, generando su participación activa en diversas acciones de promoción y específicas de prevención en diversos puntos de la geografía cubana. El fruto de un Sistema único de Salud a cargo 100% del estado en su financiación y funcionamiento, el enfoque basado en la Atención Primaria de Salud y esta a su vez desplegada en la geografía del país a cargo de los Médicos y Enfermeras de familia se evidencia en los indicadores de salud del país, que para el año 2009 mostraban: una razón de mortalidad materna del 46,9 por 100.000 nacidos vivos, superando en casi 20 puntos las cifras promedio latinoamericanas; una tasa de mortalidad infantil de 4,8 por 1000, la más baja de América Latina superando incluso a la de Estados Unidos. Hoy día el gobierno cubano invierte cerca de un 12% de su PIB en el sector salud, dejando evidencias que a pesar del bloqueo de Estados Unidos y la grave situación económica se pueden plantear modelos eficientes, a cargo del estado, sin intermediación de terceros como en el caso colombiano y lo mejor de todo con evidencia contundente en indicadores de impacto de salud pública³⁴.

3.4. EL CASO BRASILEIRO

En 1988 Brasil define el Sistema Único de Salud (SUS), el cual es reglamentado en el año de 1990, dicho sistema es financiado por vía estatal mediante impuestos y contribuciones nacionales, federales y municipales, con una prestación a cargo del estado que logra una cobertura de un 75% de los ciudadanos, por otro lado se evidencia el crecimiento progresivo de una oferta de servicios de salud privados, los cuales son financiados por empresa y familias, estas últimas como gasto de bolsillo y como fuerte en su utilización personas de mayores ingresos en la sociedad, este último modelo recibe el nombre de Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS) y que cubre el restante 25% de la población³⁵.

El SUS a través de la red pública de hospitales y una oferta privada subcontratada por el estado define su modelo de atención basado en la APS y mediante el Programa de Atención de la Familia, dicho programa prestado por médicos y enfermeras de familia, acompañados por auxiliares de enfermería y agentes comunitarios en salud se encargan de prestar servicios de salud individuales mediante estrategias de prevención y directamente en las comunidades y mediante centros especializados ubicados en el seno de los barrios y municipios. Dichos equipos responden desde la atención primaria por la prestación de servicios desalud para toda la población, al estar definida la responsabilidad de la salud pública (individual y colectiva) y las acciones preventivas 100% a cargo del

³⁴Reed G. Cuba's primary health care revolution: 30 years on. Bull World Health Organ 2008 May;86(5):327-9.

³⁵Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet 2011 May 21;377 (9779):1778-97.

estado, el cual además de ser prestador ejerce como ente rector y regulador de todo el SUS³⁶.

Brasil emerge en la década de los 90 mediante este modelo como ejemplo para Sudamérica y América Latina frente a la implementación de la APS bajo la tutela y entera responsabilidad del estado, que a pesar de existir un grueso de participación del sector privado la regulación y rectoría estatal garantiza el adecuado desarrollo del modelo. Otra de las grandes diferencias de los modelos brasilero y colombiano se ponen en evidencia por la participación comunitaria, el pueblo Brasilero desde las épocas de las dictaduras militares definió como uno de los ejes de acción frente a estas a los Consejos de Salud, los cuales ya se desarrollaban desde la década de los 40, pero que emergen como herramienta política frente a la dictadura y como una defensa de la salud pública, estos consejos garantizan en la actualidad la veeduría del sistema y la activa participación de la sociedad en la toma de decisiones frente al Sistema Único de Salud³⁷.

Los resultados del SUS en Brasil al igual que en Cuba se reflejan en la gradual y positiva transformación de indicadores de impacto, Brasil presentaba una razón de mortalidad materna de 120 por cada 100.000 nacidos vivos para pasar a 58 en 2008, una tasa de mortalidad infantil en 1990 de 46 por 1000 nacidos vivos y mostrar una reducción notoria a 17 por 1000 nacidos vivos, así mismo sucedió con la tasa de mortalidad en menores de cinco años la cual pasó de 50 a 19 por 1000 nacidos vivos. Estas cifras ponen en claro los impactos de una estrategia como la APS, la cual a pesar de contar con diferentes actores en el sector salud, cuando se tiene clara la responsabilidad del estado frente a la salud pública, se ejerce rectoría y control y se garantizan los recursos las acciones redundan en beneficio de la población y nuevamente como la estrategia se soporta en equipos conformados por médicos y enfermeras prestando servicios directos y encabezando los "equipos mínimos" (definición del SUS para sus equipos básicos de salud) con 600 a 1000 familias a su cargo y que garantizan uno de los pilares de la APS como lo es el primer contacto y puerta de entrada al sistema de salud, mediante los cuales se garantiza hacer realidad la prestación directa de acciones preventivas con el apoyo de agentes comunitarios que logran el vínculo con los pobladores³⁸.

3.5. MODELO CANADIENSE Vs LATINOAMERICA

Canadá es un país federativo, donde las provincias tienen autonomía en materia de organización del sistema de salud. Sin embargo, existe un marco legislativo federal que garantiza el acceso universal y gratuito a los servicios provistos por médicos y hospitales.

La población tiene libertad de escoger a su médico de cabecera y la atención de primer nivel es provista principalmente por médicos generales en consultorios privados. La atención bucal y mental está cubierta solo parcialmente, mientras la cobertura de

³⁶Montekio VB, Medina G, Aquino R. [The health system of Brazil].SaludPublicaMex 2011;53Suppl 2:s120-s131.

³⁷Fleury S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. Lancet 2011 May 21; 377(9779):1724-5.

³⁸Montekio VB, Medina G, Aquino R. [The health system of Brazil].Salud Publica Mex 2011;53Suppl 2:s120-s131.

medicamentos varía entre provincias. El eje de la renovación de la APS en Canadá fue mejorar el acceso oportuno a la atención sanitaria, ampliar la gama de profesionales de la APS a fin de mejorar la atención preventiva y el control de las enfermedades crónicas y perfeccionar la coordinación entre los diferentes niveles de atención.

En contraste, los países latinoamericanos presentan una gran diversidad de sistemas de salud, en los cuales la APS tiene diversos alcances y formas de organización. En Cuba y Costa Rica, por ejemplo, existen sistemas de salud unificados que brindan cobertura universal y la APS es la estrategia organizadora de sus sistemas de salud. En el otro extremo, en gran parte de los países del Caribe Latino los sistemas de salud alcanzan niveles de cobertura extremadamente bajos y la APS constituye una vía de aseguramiento a la población más pobre mediante la prestación de "paquetes mínimos" de servicios.

La mayor parte de los sistemas de salud latinoamericanos están organizados en tres subsistemas: el público, el privado y el de la seguridad social. Entre estos subsistemas suelen existir grandes diferencias en cuanto a la gama de servicios ofrecidos, la calidad de la atención y las modalidades de organización y financiamiento. Por lo general, cada subsistema cuenta con una red de servicios propia que funciona en forma paralela a los otros subsistemas.

En América Latina, la orientación de la APS no ha sido homogénea entre países ni al interior de los subsistemas de un mismo país. La orientación de la APS más extendida es la "selectiva", que consiste en un conjunto de medidas o servicios con una buena relación costo-efectividad, pero limitados, orientados a la prevención y la atención de enfermedades infecciosas y a la atención materno-infantil. Al interior de las organizaciones privadas y de seguridad social, la APS se concibe fundamentalmente como una estrategia para regular el acceso al segundo y tercer niveles de atención sanitaria y para controlar los costos.

Los principales desafíos de los sistemas latinoamericanos se centran en la universalización de la cobertura y el acceso a los servicios de salud, el logro de una mayor equidad en el financiamiento y la calidad de los servicios ofrecidos a los distintos segmentos de la población, y el fortalecimiento de la capacidad rectora del Estado.

El análisis de la estrategia canadiense de evaluación de la renovación de la APS desde el punto de vista de otros países de las Américas podría contribuir a la construcción de un marco de evaluación de la APS que sea a la vez suficientemente amplio como para realizar comparaciones entre los países de la Región y lo bastante sensible para dar cuenta de las fortalezas y las limitaciones de la APS en cada sistema.

Algunas diferencias entre las formulaciones de los objetivos canadienses y latinoamericanos denotan las divergencias de los desafíos en ambos contextos. Tal es el caso del objetivo sobre las condiciones de acceso. En la versión canadiense se expresa el desafío de mejorar la oferta de proveedores de APS, el acceso en caso de urgencia y el mantenimiento de un vínculo regular con un proveedor habitual. A diferencia del sistema de salud canadiense, que tiene una cobertura de salud universal y un elevado nivel de acceso a la salud, en gran parte de los países de América Latina se presentan escenarios de profunda exclusión social e inequidad en el acceso a los servicios de salud. El objetivo relacionado con el acceso universal y equitativo a los servicios se identificó como

altamente pertinente para América Latina, pero integrado al propósito de lograr una atención integral e integrada. El énfasis en la continuidad de la atención y la humanización de la relación entre los proveedores y los pacientes se mantuvo en ambas definiciones.

El acceso a los servicios de urgencia 24 horas diarias durante los siete días de la semana forma parte del discurso público sobre el sistema de salud en Canadá. Esto es reflejo de los problemas de acceso oportuno al primer nivel de atención que conlleva a un uso inapropiado de los servicios de emergencia. En América Latina hay una importante demanda de servicios de urgencia por consultas banales, sin embargo, la existencia de centros de salud receptores de esa demanda espontánea contribuye a descongestionar los servicios de urgencia. No obstante, las barreras al acceso a la atención de urgencia en los centros de salud constituyen una importante debilidad de los sistemas de salud de América Latina y se agudizan por el reducido horario de atención, los prolongados tiempos de espera, el ausentismo del personal médico y sanitario, la baja capacidad resolutive y las dificultades para coordinar la atención con el nivel secundario. En vista de ello, hubo consenso unánime acerca de la relevancia y la pertinencia de la atención oportuna para la renovación de la APS en América Latina. Muchos expertos señalaron que la magnitud de las deficiencias de la APS para proveer atención de urgencia se ha "invisibilizado" debido al énfasis que se ha puesto en establecer un modelo de atención preventivo.

Las diferencias entre los sistemas de salud canadiense y de América Latina se perciben muy claramente en la formulación de los factores condicionantes. La coordinación entre los subsistemas y una rectoría eficaz constituyen algunos de los desafíos más importantes de los sistemas de salud latinoamericanos.

Los expertos canadienses consideraron la estrategia como una herramienta para el análisis, la gestión, el monitoreo y la evaluación de la APS, en el consenso latinoamericano se sintió la necesidad de definir una visión que guiara la implementación y la evaluación de la APS. Los expertos del consenso latinoamericano consideraron la estrategia como un espacio de construcción y abogacía por la APS, de allí que buscaran cambiar la formulación de los objetivos orientados a lograr cambios graduales -expresado en términos de "aumentar" o "mejorar"- hacia objetivos de logro, en los que predominaron verbos tales como "garantizar" y "asegurar".

A diferencia del consenso latinoamericano, la estrategia canadiense se elaboró a la medida de un sistema de salud. Esto hace más factible su aplicación, pero le imprime un enfoque más limitado. Por el contrario, el producto del consenso latinoamericano refleja una mirada más rica, inspirada en múltiples sistemas de salud. Al basarse en la comparación de los sistemas de salud de distintos países, se captó una diversidad de situaciones propicias para que cada país pueda analizar su sistema de forma relativa, con respecto a los de otros países, y descubrir limitaciones y potencialidades no contempladas originalmente. Como contrapartida, será necesario un mayor esfuerzo para su aplicación en un escenario concreto.

Al conjugar las fortalezas de los procesos de consulta canadiense y latinoamericano, el producto obtenido constituye un aporte substancial para el proceso de construcción de un marco de evaluación común para los países de las Américas. Esta iniciativa permitirá aumentar el intercambio entre los países y los esfuerzos para renovar la APS en la Región.

Visión y Misión de la APS (Atención Primaria en Salud) en el contexto latinoamericano³⁹:

VISION

La APS es la estrategia mediante la cual el sistema de salud logra influir sobre los determinantes de la salud de la población. Esto es posible gracias al trabajo intersectorial y la coordinación de acciones entre los distintos niveles de atención del sistema de salud y el acceso universal a servicios de salud de calidad.

MISION

En el marco de la estrategia de la APS, el sistema de salud tiene la responsabilidad de garantizar una cobertura y un acceso universales a servicios de primer nivel de atención tienen la responsabilidad de constituirse en la puerta de entrada al sistema (primer contacto). Al interior de los servicios de primer nivel se constituyen equipos de trabajo, preferentemente multidisciplinarios. Los equipos tienen la responsabilidad –no exclusiva– de prestar atención integral, integrada y apropiada a las características de su población. Los equipos de salud proveen a su población atención por todos los problemas de salud (salvo por condiciones de salud inusuales) en coordinación con el resto del sistema, desarrollan acciones de prevención y promoción de la salud, promueven la participación comunitaria y coordinan acciones con otros sectores u organizaciones que tienen influencia sobre los determinantes de la salud. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción.

Factores generales condicionantes para el logro de los objetivos de la atención primaria de salud (APS), según Latinoamérica y Canadá son el compromiso del estado y la sociedad para que la APS sea la estrategia mediante la cual todos los ciudadanos tengan acceso a servicios que den respuesta a sus necesidades de salud de manera efectiva⁴⁰.

En orden aproximado de prioridad los factores condicionantes establecidos para Latinoamérica son:

1. Apoyo político a la APS
2. Asignación y distribución de recursos para la APS basadas en las necesidades.
3. Adecuada oferta de recursos humanos multidisciplinarios para cubrir las necesidades de salud de la población.
4. Capacidad local de planificación, seguimiento, evaluación y promoción de la participación ciudadana.
5. Regulación eficaz de los subsistemas de salud y planificación conjunta entre los subsistemas público, privado y de seguridad social.
6. Organización multidisciplinaria de los equipos APS (incluye modalidades de pago y de contratación congruentes con los objetivos APS).
7. Sistema de información adaptado a la APS, con capacidad de vincular las organizaciones de APS con el resto de las organizaciones del sistema.

³⁹Revista Panamericana de Salud Pública, HAGGERTY, Jeannie L.; YAVICH, Natalia; BASCOLO, Ernesto Pablo and GRUPO DE CONSENSO SOBRE UN MARCO DE EVALUACION DE LA ATENCION PRIMARIA EN AMERICA LATINA. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Rev PanamSaludPublica* [online]. 2009, vol.26, n.5, pp. 377-384. ISSN 1020-4989.

⁴⁰Ib idem.

Factores condicionantes para Canadá:

1. Adecuada oferta de recursos humanos de salud para cubrir las necesidades de la APS.
2. Equipos multidisciplinarios de APS.
3. Tecnología de información adaptada a la APS y que vincula organizaciones de APS con el resto del sistema de atención en salud.
4. Asignación de recursos de APS basado en las necesidades.
5. Modalidades de pago a proveedores que sean congruentes con los objetivos de la APS.
6. Apoyo continuo para la APS de parte de decisores.

La reciente experiencia en Colombia, en Bogotá, de lo que inicialmente se llamó Salud a su Hogar y posteriormente Salud a su Casa, debe ser sin lugar a dudas un referente para el diseño y puesta en escena de la APS en el país⁴¹. Igualmente, las experiencias cercanas de implementación de la estrategia en Cuba, Brasil, Costa Rica, Venezuela y las hechas directamente por las comunidades en Guatemala, El Salvador y el sur de México.

Estas experiencias demuestran que de acogerse seriamente la iniciativa de APS, es posible desarrollar un sistema nacional de salud con alta capacidad resolutive, que no desangra sus finanzas en abultados gasto de atención de enfermedades complicadas, al poder evitarlas con la acción de promoción, prevención y atención primaria, además de la posibilidad de contribuir a afectar los determinantes de la salud en un trabajo de carácter intersectorial con fuerte participación de las comunidades.⁴²

La APS debe ser reconocida como centro del sistema de salud pero también de la política de salud, que la articule con las políticas sociales para garantizar una real acción intersectorial, como lo expresó el pronunciamiento de la cumbre de Secretarios de Salud Departamentales, al sostener que la APS debe ser asumida como política pública en cabeza de los gobernantes e incorporada en las agendas de los Consejos de Política Social y de Gobierno⁴³.

⁴¹ Secretaria Distrital de Salud DE Bogotá. Salud a su Hogar. Un modelo de atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. 2004.

⁴² Semanario Virtual Caja de Herramientas. Mauricio Torres Tovar –Médico salubrista Miembro del movimiento nacional por la salud y la seguridad social -Edición N° 00301 – Semana del 4 al 10 de Mayo de 2012

⁴³ Cumbre de Secretarios de Salud Departamentales. Declaratoria de los Secretarios de Salud Departamentales de Colombia. Pereira, 14 de Marzo de 2012.

CAPITULO 4. PROPUESTA PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO BASADO EN LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SUROCCIDENTE ESE -DEPARTAMENTO DEL CAUCA-

El Departamento del Cauca con apoyo del Ministerio de la Protección Social, a través del programa reorganización, rediseño y modernización de redes de prestación de servicios de salud inició el proceso de conformación de Empresas Sociales del Estado de baja complejidad de carácter departamental con enfoque de red de prestación de servicios con el objetivo de mejorar la capacidad resolutoria de las instituciones de salud, garantizar el acceso de la población a todos los servicios de baja complejidad, mejorar la calidad de los servicios de salud y generar eficiencia en el manejo de los recursos, para lo cual se planteó el mejoramiento de los procesos administrativos y asistenciales, la optimización en la contratación del recurso humano, disminución de la carga administrativa, utilización racional de la capacidad instalada en infraestructura, con el fin de generar impacto positivo en los indicadores de salud de la región generando rentabilidad social paralelo con el equilibrio financiero que le permita ser una empresa viable y auto sostenible.

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

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

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

Retomando los postulados de la Declaración de Alma-Ata en 1978, se propone ajustar la Atención Primaria en Salud en la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE en sus cuatro componentes:

- 1) La Participación Social, Comunitaria y Ciudadana.
- 2) La acción Intersectorial y Transectorial.
- 3) El Desarrollo Tecnológico.
- 4) El Desarrollo Administrativo.

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

El desarrollo integral de la estrategia de APS se construye sobre la base de los determinantes estructurales del mismo; la participación social, comunitaria y ciudadana y la acción intersectorial y transectorial, sobre las cuales se soporta el bienestar de los individuos, las familias y la comunidad en general; el desarrollo tecnológico y el desarrollo administrativo le dan firmeza a la estrategia de APS.

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

El componente de Desarrollo Administrativo debe fortalecer las instituciones, los sectores sociales y las organizaciones comunitarias para la ejecución de los procesos de planeación, organización, dirección y evaluación.

Se presenta el diseño de propuesta para la prestación del servicio basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud en la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE - Departamento del Cauca- para el logro de la salud de la población de su área de influencia, mediante la reorientación de los servicios dirigidos hacia la aplicación de la estrategia APS, la cual se orienta a la promoción de la salud como marco general de actuación que ilumina el camino hacia el mejoramiento de la calidad de vida y las condiciones de salud. La APS debe recibir orientaciones desde la salud pública y de los sectores sociales que tengan este compromiso, igual con el compromiso que se demanda del gobierno a través de sus programas sociales. Las variables económicas, políticas, ciencia y de tecnología estarán actuando como determinantes y condicionantes de la salud de salud, del modelo de salud imperante y de las posibilidades de desarrollo de la Atención Primaria en Salud. La ESE Suroccidente debe utilizar positivamente el desarrollo de estas variables con el fin de hacer posible la existencia y las condiciones de equidad para hacer realidad la aplicación de esta estrategia, sin dejar a un lado la variable social como complemento al modelo de salud.

4.1. LA PROPUESTA

La Empresa Social del Estado Suroccidente ESE, podría adoptar la estrategia de la APS basada en la integralidad de la atención según las necesidades de las personas, entendida como una forma de organización de los servicios de salud en los diferentes niveles articulando las acciones individuales y colectivas para dar respuesta a las necesidades de la población. Esta perspectiva está en consonancia y enfatiza en la equidad social, la corresponsabilidad entre población, sector público, la solidaridad, la participación social y un concepto amplio de salud.

A pesar de los esfuerzos realizados para informar a la población acerca de sus derechos y responsabilidades para promover su salud y prevenir y controlar las enfermedades, aún persiste desinformación y negligencia que favorecen inadecuadas prácticas para enfrentar la enfermedad, así como la demanda tardía de servicios.

Ante la situación descrita, la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE, está en la capacidad, y tiene la necesidad de implementar la estrategia de Atención Primaria en Salud APS, entendida como un conjunto de acciones que se llevan a cabo para promover

la salud para todos, así como para prevenir y controlar la enfermedad, mediante la mejor distribución de los recursos y medios disponibles.

Esta propuesta pretende mejorar la cobertura de la atención en salud, ampliando la oferta de servicios de salud, que actualmentese hace en su inmensa mayoría en las cabeceras municipales, dejando desatendidas muchas de las necesidades de atención de la población dispersa, situación que crea barreras para el acceso a los servicios de los más pobres, a pesar del alto número de afiliados. La estrategia de APS requiere la conformación de tres equipos de salud, los cuales estarían conformados por un médico general, una enfermera, un auxiliar de enfermería y un higienista oral. Es importante que los equipos de salud estén dotados con todos los insumos y suministros necesarios para satisfacer las necesidades de la población.

El primer equipo, garantizaría la atención de la población de los municipios de Argelia (22.718 afiliados al régimen subsidiado) y Balboa (19.693 afiliados al régimen subsidiado). Tanto el municipio de Argelia como el de Balboa, se dividirían en tres zonas cada uno, donde el equipo de salud durante cuatro días en cada una realizará las atenciones en salud.

El segundo equipo garantizaría la atención de la población del municipio de Bolívar (39.769 afiliados al régimen subsidiado), el municipio se dividirían en seis sectores, donde el equipo de salud durante cuatro días en cada uno realizará las atenciones en salud.

Y el tercer equipo, garantizaría la atención de la población de los municipios de Mercaderes (15.418 afiliados al régimen subsidiado) Sucre (6.378 afiliados al régimen subsidiado) y Florencia (5.088 afiliados al régimen subsidiado). El municipio de Mercaderes se dividiría en tres zonas, donde el equipo de salud trabajaría durante cuatro días en cada; los municipios de Sucre y Florencia en dos zonas, donde el equipo de salud durante tres días en cada una realizará las atenciones en salud.

Dentro de la propuesta, la ESE dará a conocer a las comunidades, usuarios y autoridades locales, el enfoque y desarrollo de la Atención Primaria en Salud, destacando como eje central los procesos de participación social, principio fundamental de la APS. Para los seis municipios, la atención se deberá realizar habiendo definido previamente la población beneficiaria del servicio, siendo priorizada por su estado de vulnerabilidad definida por características como nivel socio económico (población estrato 1 y 2), condiciones sociales y ambientales precarias, la cual enfrenta problemas relacionados con mala situación nutricional, evidenciada con bajo peso al nacer, desnutrición aguda en menores de un año y gestantes, desnutrición crónica en menores de 7 años, la cual incide en la presencia de enfermedades como las gastrointestinales o las respiratorias, entre otras⁴⁴, aumento de embarazos no planeados, siendo críticos en el grupo de adolescentes, persistencia de enfermedades infecciosas como las de transmisión sexual (ITS), y la reaparición de la tuberculosis y la lepra, presencia de enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión,. Para esta actividad, es importante la integración con los comités locales de salud, las ligas y asociaciones de usuarios, las juntas de acción comunal, las instituciones educativas, la red unidos, las alcaldías municipales y las empresas Promotoras de Salud que operan en la zona. Estas entidades y personas sirven de apoyo para divulgar la estrategia de APS, para identificar de manera conjunta con la población sus necesidades

⁴⁴Información estadística de la ESE Suroccidente.

y problemas, planificar, ejecutar y evaluar las intervenciones y realizar seguimiento a los cambios en las condiciones de vida y salud de la población y del territorio para que las intervenciones que se desarrollen con y para la comunidad den respuesta de manera integral a los problemas y necesidades de la población y se logre enfrentar los determinantes sociales de la inequidad en salud.

Los equipos salud de la Empresa son la base de la Atención Primaria en Salud, ejecutan el conjunto de procesos, recursos y requerimientos institucionalmente incorporados, que propician la articulación de todas las intervenciones sociales que se desarrollan con los individuos y colectividades para el mejoramiento de sus condiciones de salud. Se ubica en cada uno de los seis municipios, bajo la responsabilidad de la Empresa; la cual requiere de la participación de la comunidad.

Las intervenciones de la APS en la ESE, se fundamentan en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, puesto que son de bajo costo y se obtienen buenos resultados, confieren poder a las comunidades y a los individuos para ejercer mayor control sobre su salud y porque son esenciales para abordar los principales determinantes sociales de la salud. Por lo tanto, el desarrollo de la APS requiere articular las intervenciones individuales y colectivas y los recursos de los diferentes actores del Sistema y otros del eje social, que faciliten el cumplimiento de sus principios de la siguiente manera:

Tabla 2. PRINCIPIOS BÁSICOS OMS -ALMA ATA, DEFINICIÓN Y APLICABILIDAD

PRINCIPIOS BÁSICOS OMS - ALMA ATA	DEFINICION	APLICABILIDAD
Accesibilidad	Es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales ⁴⁵ . Es el grado en el que todas las personas pueden utilizar un objeto, visitar un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas. Es indispensable e imprescindible, ya que se trata de una condición necesaria para la participación de todas las personas independientemente de las posibles limitaciones funcionales que puedan tener.	Ayudando a la población en la identificación de problemas de salud, que por su desconocimiento no son tratados a tiempo; acercando los servicios de salud a los hogares; incrementando oferta de servicios; ampliando horarios de atención; disminuyendo trámites administrativos (verificación de derechos, facturación, admisiones) e informando permanentemente a la población sobre sus derechos.
Integralidad	Es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida. En atención primaria se considera que la integralidad es alrededor del 90% ⁴⁶ . La atención primaria proporciona servicios de salud integrales, incluidas la promoción de la salud, la prevención de la morbilidad, la atención curativa y los cuidados terminales integrados y coordinados en función con las necesidades. ⁴⁷	A partir de una necesidad específica, dar respuesta a los diferentes problemas que afectan la salud del individuo y de su entorno; definir mecanismos únicos, sencillos y claros de referencia entre los niveles de atención en salud y de canalización y seguimiento entre ámbitos y puntos de atención de salud; articular las necesidades desde el sector salud con redes sociales para integrar acciones y recursos en la solución de problemas.

⁴⁵ Starfield B. Is primary care essential Lancet. 1994: 344 (8930); 1129-33.

⁴⁶ Starfield B. Is primary care essential Lancet. 1994: 344 (8930); 1129-33.

⁴⁷ OMS. Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud. EB124/SR/11. 2009 enero 26.

PRINCIPIOS BASICOS OMS - ALMA ATA	DEFINICION	APLICABILIDAD
Continuidad	<p>Es el seguimiento por el mismo médico de un problema específico del paciente. En sentido estricto la continuidad no es un elemento característico de la medicina general ni exige una relación personal médico-paciente estable, pues con buenos registros (historia clínica, informes) se pueden concatenar los eventos de atención de un episodio de enfermedad⁴⁸.</p> <p>Los elementos que integran la continuidad asistencial se ha agrupado en 3 áreas: Continuidad de relación, de información y de gestión. Continuidad de relación: Hace referencia al vínculo entre el paciente y su médico de atención primaria o de atención hospitalaria. Continuidad de información: Hace referencia a la transferencia de la información clínica. Continuidad de gestión: Hace referencia a la coherencia de los cuidados establecidos para el paciente y a la accesibilidad que tiene el paciente para acceder a ambos niveles.</p>	<p>Construyendo mecanismos que posibiliten el flujo de atención, según la complejidad o complementariedad que se requiera hasta que se pueda solucionar favorablemente la problemática y procurando su vinculación más duradera, a los programas e intervenciones del sector.</p>
Longitudinalidad o vínculo	<p>Es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por el mismo médico. Sin embargo, la longitudinalidad precisa, además de registros de calidad, mantener una estabilidad personal en el tiempo y en el espacio de la interrelación médico-paciente en el seguimiento de sus problemas de salud, que difícilmente pueden ofrecer la atención especializada o los servicios de urgencia⁴⁹.</p>	<p>Fomentando la relación cercana del personal de salud y la población, para lo cual se requiere de mecanismos tales como historia clínica disponible, ya sea en línea o en físico, disponibilidad de consultas para los programas de promoción y prevención, permanencia de los profesionales para garantizar que los ciudadanos se mantengan activos dentro de los programas.</p>

El desarrollo de la estrategia de APS en la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE, requiere de la formación y capacitación de su talento humano, la promoción de la integralidad y complementariedad entre los servicios individuales y colectivos para garantizar la cobertura de atención de salud, equitativa y eficiente, en particular a grupos altamente vulnerables, la coordinación y definición de rutas de intervención entre los sectores del eje social, como resultante de la construcción del proceso de transectorialidad, promover la protección social básica universal que genera la reducción de la desigualdad en el acceso a servicios necesarios, eficaces y de calidad, la promoción y fortalecimiento de procesos de participación social que posibiliten decisiones comunitarias informadas, respuesta social organizada, y mejoramiento de sus condiciones de vida.

⁴⁸Machado da Cunha M, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl 1):1029-42.

⁴⁹Starfield B. *Primare care. Concept, evaluation and policy*. Nueva York: Oxford University Press; 1992

La prestación de servicios fundamentados en la estrategia de Atención Primaria en Salud APS en la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE, le permitirían a la Empresa tener la definición de una base poblacional; la priorización de grupos poblacionales vulnerables; haciendo énfasis en atención ambulatoria de promoción y prevención; descentralización de servicios; integración de sistemas de salud; redistribución de los recursos humanos de acuerdo con las necesidades de la población; aumento de la importancia de los equipos humanos de trabajo transdisciplinario; prestar los servicios de salud, entregados por personal de la Empresa en forma directa o por otras personas, bajo la supervisión de estas con los propósitos de promover, mantener y/o recuperar la salud, y en segundo lugar, de minimizar las disparidades, tanto en el acceso a los servicios de salud como en el nivel de salud de la población; impulsar mejoras en la calidad de los servicios. Un modelo efectivo debe buscar un adecuado equilibrio entre servicios personales y colectivos, entre servicios curativos y promoción, orientándose a la promoción y al auto cuidado de la salud; desarrollar la intersectorialidad para promover universalidad, construir estrategias promocionales de calidad de vida y salud (indicadores de vida saludable), servicios integrados de atención, e integrales de la población, y continuidad en la atención.

Para el modelo son importantes: el grado de pertinencia de la oferta a las necesidades de la demanda, el grado de accesibilidad y aceptabilidad de los servicios, y el nivel de integración de los servicios.

El fomento la participación social, la evaluación del desempeño y de los resultados, la capacidad funcional de planificación y gestión de servicios, la capacidad institucional de regularizar y fiscalizar y el desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.

La reorientación de los servicios hacia la Atención Primaria en Salud APS es el puente estratégico que la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE necesita para dirigir los servicios hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; y la comunidad, se constituye en el motor dinamizador de la acción.

CONCLUSIONES

- La Atención Primaria en Salud APS tuvo su origen en 1978, cuando la OMS convocó a sus países miembros para analizar y apoyar la “Declaración de Alma-Ata” esta declaración contiene los planteamientos básicos así:-“La salud es un derecho humano fundamental que requiere la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector de la salud. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención a su salud.” -“la promoción y protección de la salud de la población es esencial para el desarrollo económico y social, además de contribuir a una mejor calidad de vida y a la paz mundial”. -“el cuidado esencial de la salud basado en métodos y tecnologías prácticas científicamente apropiadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y familias de la comunidad, a través de su participación y a un costo sufragable”. -Además propuso que la APS “es el primer nivel de contacto con el Sistema de Salud y su primer elemento del cuidado continuo de la salud” y que -“es la función central y foco del Sistema Nacional de Salud y del desarrollo socioeconómico de la comunidad”.
- La Atención Primaria en Salud APS debe ser un esfuerzo por aplicar los principios de accesibilidad, continuidad, integralidad y longitudinalidad o vínculo en salud sobre los cuales se erigen los sistemas de salud; de ahí la importancia de implementar esta estrategia en la Empresa Social del Estado Suroccidente ESE.
- La prestación de servicios, a través de la Atención Primaria en Salud es la estrategia para orientar a los usuarios del servicio sanitarios, a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, mejorar la calidad de vida y optimizar la utilización de los recursos. Para desarrollar esta estrategia, es necesaria la interacción con los diferentes sectores de la sociedad, los estamentos políticos, las diferentes instituciones y organizaciones sociales; hecho que ayuda a identificar las necesidades en salud de la población y a satisfacerlas de manera efectiva.

BIBLIOGRAFIA

- Ley 60 de 1993.
- Ley 100 de 1993.
- Ley 715 de 2001.
- Ley 1438 de 2011 artículo 6° .
- Ley 1438 de 2011 artículos 10° y 11° .
- Ley 1438 de 2001 artículo 15° .
- Ley 1438 de 2001 artículo 62.
- Ley 1438 de 2011 artículo 13°.
- Ley 1438 de 2011. - Capítulo III. -Atención Primaria en Salud. -Artículo 12.
- La atención primaria de salud, más necesaria que nunca - Informe sobre la salud en el mundo –Organización Mundial de la salud, 2008.
- Ministerio de Salud y Protección Social –Atención Primaria en Salud -Documento Marco de Política de la Estrategia de Atención Primaria EN Salud EN Colombia. Octubre de 2012.
- Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS-RISS Convenio 485 MPS y OPS/OMS. Línea de gestión integral en salud pública. Bogotá, enero de 2012.
- Alma - Ata. Declaration of Alma -Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma -Ata, USSR, 6 -12 Septiembre 1978.
- Salud: Caracterización de Modelos Sanitarios y Sistemas Sanitarios, Universidad Nacional de Cuyo, Argentina, julio de 2011.
- VEGA ROMERO, Román atención primaria integral en salud. Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad De salud. Ley 1438 de 2011. - CAPÍTULO III. -ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. -ARTÍCULO 12. *DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.*
- OPS. Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas, Documento de posición de la OPS/OMS, Washington D.C. 2006.
- Salud. Caracterización de Modelos Sanitarios y Sistemas Sanitarios. –Universidad Nacional de Cuyo, Argentina, Julio de 2011.

- MONTEKIO VB, MEDINA G, AQUINO R. [The health system of Brazil]. SaludPúblicaMex 2011;
- Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Salud a su Hogar. Un modelo de atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. 2004.
- Cumbre de Secretarios de Salud Departamentales. Declaratoria de los Secretarios de Salud Departamentales de Colombia. Pereira, 14 de Marzo de 2012.
- Documento de creación de la ESE Suroccidente, abril de 2007.
- Documento Plan de Desarrollo Institucional 2012 – 2016.
- Manuales de procesos y procedimientos ESE Suroccidente, 2012.
- STARFIELD B. Is primary care esencial Lancet. 1994: 344 (8930); 1129-33.
- STARFIELD B. Primare care. Concept, evaluation and policy. Nueva York: Oxford University Press; 1992
- OMS. Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud. EB124/SR/11. 2009 enero 26.
- MACHADO DA CUNHA M, GIOVANELLA L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da AtençãoPrimária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciência&SaúdeColetiva. 2011;16(Supl 1):1029-42.