

# Atención primaria social: Experiencia comunitaria en el departamento de Caldas, Colombia

Diana Paola Betancurth Loaiza  
Consuelo Vélez Álvarez  
Natalia Sánchez Palacio  
Claudia Patricia Jaramillo Ángel



EDITORIAL  
UNIVERSIDAD DE CALDAS







EDITORIAL UNIVERSIDAD DE CALDAS



# **Atención primaria social: Experiencia comunitaria en el departamento de Caldas, Colombia**

Diana Paola Betancurth Loaiza  
Consuelo Vélez Álvarez  
Natalia Sánchez Palacio  
Claudia Patricia Jaramillo Ángel



EDITORIAL UNIVERSIDAD DE CALDAS

Catalogación en la fuente, Biblioteca Universidad de Caldas

Atención primaria social: Experiencia comunitaria en el departamento de Caldas, Colombia. -- Manizales:  
Universidad de Caldas: Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2021.  
158 p. : il. -- (Libros de investigación No.88)

ISBN: 978-958-759-314-3

Atención integral comunitaria-Caldas (Colombia)/Responsabilidad social -Caldas(Colombia)/  
Participación comunitaria-Caldas (Colombia)/ Servicios sociales-Caldas(Colombia)/ Atención primaria social/  
Tit./CDD 361.2861/A864

Reservados todos los derechos  
© Universidad de Caldas

© Diana Paola Betancurth Loaiza  
ORCID: 0000-0001-7620-2336  
© Consuelo Vélez Álvarez  
ORCID: 0000-0001-7274-7304  
© Natalia Sánchez Palacio  
ORCID: 0000-0002-3405-5144  
© Claudia Patricia Jaramillo Ángel  
ORCID: 0000-0001-6680-1351

Primera edición: 2022  
*Libros de investigación*  
ISBN pdf: 978-958-759-314-3

Editorial Universidad de Caldas  
Calle 65 N.º 26-10  
Manizales, Caldas –Colombia  
<https://editorial.ucaldas.edu.co/>

Editor: Luis Miguel Gallego Sepúlveda  
Coordinadora editorial: Ángela Patricia Jiménez Castro  
Diseño de colección: Luis Osorio Tejada  
Corrección de estilo: Pamela Montealegre  
Diagramación de páginas interiores: Natalia Aguirre  
Diseño de cubierta: Luis Osorio Tejada

Impreso y hecho en Colombia  
*Printed and made in Colombia*

Todos los derechos reservados. Este libro se publica con fines académicos. Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta publicación, así como su circulación y registro en sistemas de recuperación de información, en medios existentes o por existir, sin autorización escrita de la Universidad de Caldas.

Universidad de Caldas | Vigilada Mineducación. Creada mediante Ordenanza Nro. 006 del 24 de mayo de 1943 y elevada a la categoría de universidad del orden nacional mediante Ley 34 de 1967. Acreditación institucional de alta calidad, 8 años: Resolución N.º 17202 del 24 de octubre de 2018, Mineducación.

# Contenido

<b>Introducción</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>El contexto</b>	<b>25</b>
1.1 Los principios	25
1.2 Marco normativo	27
1.3 Marco contextual departamental	31
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>El pasado</b>	<b>35</b>
2.1 Proceso histórico de la Atención Primaria Social en Caldas	35
2.2. El municipio de La Dorada, punto de partida para la Atención Primaria Social en el departamento de Caldas	40
2.2.1 Experiencias concretas significativas	42
2.2.2 Transición al modelo operativo actual	43



<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b><i>Atención primaria social en Caldas</i></b>	<b>47</b>
3.1 Modelo operativo de Atención Primaria Social en Caldas	47
3.1.1 Transectorialidad y educación interdisciplinar	48
3.1.2 Bienestar y salud familiar	74
3.1.3 Participación social y comunitaria	93
<b>CAPÍTULO 4</b>	
<b><i>Proceso vivido</i></b>	<b>97</b>
4.1 Atención Primaria Social en los municipios de Caldas	97
4.1.1 Alto Occidente	101
4.1.2 Alto Oriente	106
4.1.3 Occidente próspero	111
4.1.4 Centro Sur	116
4.1.5 Magdalena Caldense	121
4.1.6 Norte	126
4.2 Lecciones aprendidas	129
<b><i>A manera de colofón</i></b>	<b>145</b>
<b><i>Bibliografía</i></b>	<b>147</b>
<b><i>Anexo</i></b>	<b>153</b>
Metodología	153
Procedimiento	154
Análisis de información	155
Aspectos éticos	157
Consentimiento informado	157

# Lista de tablas

<b>Tabla 1.</b> Subregiones y municipios del departamento de Caldas . . . . .	.32
<b>Tabla 2.</b> Actores y disciplinas participantes en la estrategia de APSs en el departamento . . . . .	.49
<b>Tabla 3.</b> Instituciones participantes por municipio . . . . .	.50
<b>Tabla 4.</b> Equipo Dirección Territorial de Salud de Caldas . . . . .	.53
<b>Tabla 5.</b> Territorios CAS en funcionamiento. . . . .	.58
<b>Tabla 6.</b> Variables relacionadas con el comportamiento . . . . .	.82
<b>Tabla 7.</b> Variables relacionadas con lo social . . . . .	.82
<b>Tabla 8.</b> Variables relacionadas con el saneamiento ambiental . . . . .	.83
<b>Tabla 9.</b> Variables relacionadas con aspectos fisiológicos y de salud . . . . .	.83
<b>Tabla 10.</b> Actos administrativos: unidades de análisis por municipios y subregiones . . . . .	.91
<b>Tabla 11.</b> Lecciones en el Alto Occidente . . . . .	.130
<b>Tabla 12.</b> Lecciones en Alto Oriente . . . . .	.133
<b>Tabla 13.</b> Lecciones en Occidente próspero . . . . .	.135
<b>Tabla 14.</b> Lecciones Centro Sur . . . . .	.137
<b>Tabla 15.</b> Lecciones Magdalena caldense . . . . .	.139
<b>Tabla 16.</b> Lecciones Norte . . . . .	.141
<b>Tabla 17.</b> Recomendaciones para la Atención Primaria Social en el departamento . . . . .	.143

## Lista de imágenes

<b>Imagen 1.</b> Jornada intersectorial, Marmato . . . . .	106
<b>Imagen 2.</b> Jornada CAS Patio Bonito, Marquetalia . . . . .	111
<b>Imagen 3.</b> Resguardo indígena Dachihoma, Anserma. . . . .	115
<b>Imagen 4.</b> Cocinas ecológicas, Villamaría . . . . .	121
<b>Imagen 5.</b> Jornada intersectorial, Victoria . . . . .	125
<b>Imagen 6.</b> Hospital más cerca de ti, Aranzazu . . . . .	129

## Lista de figuras

<b>Figura 1.</b> Línea del tiempo Atención Primaria Social . . . . .	36
<b>Figura 2.</b> Modelo operativo de Atención Primaria Social en Caldas . . . . .	48
<b>Figura 3.</b> Modelo operativo Observatorio Social de Caldas. . . . .	78
<b>Figura 4.</b> Modelo metodológico Observatorio Social de Caldas . . . . .	79
<b>Figura 6.</b> Programas y proyectos de la Atención Primaria Social . . . . .	99
<b>Figura 7.</b> Medios y recursos de la Atención Primaria Social . . . . .	100
<b>Figura 8.</b> Categorías y subcategorías de investigación . . . . .	156

# Recursos escriturales

(siglas, siglónimos y acrónimos)

ACICAL: Asociación de Cabildos Indígenas de Caldas

APS: Atención Primaria en Salud

APSS: Atención Primaria Social

ASIS: Análisis de Situación de Salud

ASOMETROC: Asociación de Médicos Tradicionales del Occidente de Caldas

CAPS: Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud

CAS: Centros de Atención Solidaria

CAS: Centros de Atención Social

CDI: Centro de Desarrollo Infantil

CONFA: Caja de Compensación Familiar de Caldas

CRIDEC: Consejo Regional de Indígenas de Caldas

CUS: Cobertura Sanitaria Universal

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

DNP: Departamento Nacional de Planeación

DPS: Departamento para la Prosperidad Social

DTSC: Dirección Territorial de Salud de Caldas

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

ESE: Empresa Social del Estado

EPS: Entidades Prestadoras de Salud

FESP: Funciones Esenciales en Salud Pública

ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

IEC: Información, Educación, Comunicación  
INFOVIS: Instrumentos de Información y Visualización  
IPS: Institución Prestadora de Servicios  
IRA: Infección Respiratoria Aguda  
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual  
JAC: Juntas de Acción Comunal  
MAITE: Modelo de Acción Integral Territorial  
MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud  
MRCESP: Marco Regional de Competencias en Salud Pública  
MSPS: Ministerio de Salud Pública y Protección Social  
MSNM: Metros Sobre el Nivel del Mar  
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio  
ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible  
OMS: Organización Mundial de la Salud  
ONG: Organización No Gubernamental  
OPS: Organización Panamericana de la Salud  
PAB: Plan de Atención Básica  
PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones  
PAIS: Política de Atención Integral en Salud  
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública  
PIB: Producto Interno Bruto  
PIC: Plan de Intervenciones Colectivas  
PNSP: Plan Nacional de Salud Pública  
RBC: Rehabilitación Basada en Comunidad  
RIPS: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud

SICAPS: Sistema de Información Comunitario de Atención Primaria en salud

SIG: Sistema de Información Geográfico

SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública

SENA: Servicio Nacional de Aprendizaje

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SIMAT: Sistema de Matriculas Estudiantil

SISBEN: Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

SUMA: Sistema Universitario de Manizales

TBC: Tuberculosis

UARIV: Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas

UC: Unidad de Cobertura

UPA: Unidades Primarias de Atención

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana



## Agradecimientos

**E**l equipo de investigación agradece a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por priorizar este proyecto en el departamento de Caldas y darnos la oportunidad de presentar al país y al mundo una estrategia que aporta y puede ser tomada como modelo nacional e internacional. También, a la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC) y sus diferentes profesionales, en cabeza de su actual director, quienes siempre estuvieron dispuestos a brindar elementos conceptuales y teóricos y ser el enlace con los municipios para lograr compromiso y apertura en el proceso de recolección y validación de la información.

A los referentes de la estrategia de Atención Primaria Social (APSs) en los municipios –profesionales, directores locales de salud, entre otros–, cuya participación fue fundamental para recolectar las evidencias municipales y sustentar el desarrollo de las actividades en este contexto.

De manera especial, al equipo de trabajo de campo, pues su conocimiento de cada municipio permitió un acercamiento más efectivo con los actores y, en este sentido, a toda la comunidad que de manera comprometida aportó evidencias para consolidar los resultados del proyecto.



Finalmente, a la Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud, Instituto de Investigaciones en Salud, Departamento de Salud Pública y Telesalud por su apertura y apoyo agilizando lo administrativo y operativo para el desarrollo del proyecto en sus diferentes fases. Esto gracias al compromiso social que caracteriza a la Institución, pues valora la APSs como una estrategia costo-beneficio que facilita las transformaciones sociales y la salud, y que busca mejorar las condiciones y calidad de vida de las poblaciones que se intervienen.

*Equipo de investigación.*

## Prólogo

**E**n relación con la salud de las personas y las poblaciones, es posible identificar al menos tres dimensiones que no por conocidas dejan de ser importantes y cuya función puede contribuir a valorar, aún más, el presente libro. La primera tiene que ver con el propio fenómeno salud. Posiblemente nadie cuestione, al menos en teoría, la vigencia de su condición biopsicosocial, reconocida hace ya más de 70 años en la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS). A la repetida corroboración epidemiológica de los vínculos existentes entre niveles de salud y clase social, lugar y tipo de vivienda, medio familiar, grado de instrucción, país de origen o diferenciación étnica y de género, habría que añadir la verificación cualitativa del carácter complejo y dinámico de los entramados vivenciales desde los que construimos nuestras expectativas y nuestras respuestas ante la salud, la enfermedad y la muerte.

Sin embargo, no es menos cierto que las realidades de la atención sanitaria se alejan con gran frecuencia de dicho enfoque integrador, quedando las más de las veces reducidas a la mera visión biomédica de la práctica asistencial. El olvido, voluntario o involuntario, de las condiciones de vida y trabajo de las personas enfermas; el consumismo promovido por intereses económicos; el desarrollo parcelar de las ciencias de la salud; las asimetrías

de poder en las relaciones entre profesionales y pacientes, y el diseño de los propios sistemas sanitarios y de cuidados son algunos de los factores que intervienen en el preocupante distanciamiento entre las declaraciones teóricas y las realidades del estado de salud de las poblaciones, especialmente las más vulnerables y desfavorecidas.

La segunda de las dimensiones tiene que ver precisamente con las características y modelos de dichos sistemas sanitarios. También en este caso contamos con suficientes evidencias que demuestran la gran capacidad de la Atención Primaria en Salud (APS) para contribuir a una mejor salud y mayor equidad en aquellas sociedades que han apostado por su desarrollo, esto porque la APS es entendida como soporte básico de sistemas sanitarios públicos y responsable del primer nivel de atención a las personas, familias y comunidad, conforme con criterios de accesibilidad, integralidad, continuidad y coordinación entre profesionales y niveles asistenciales. A pesar de ello, millones de personas continúan sin salud o con una deficiente asistencia debido a los sistemas de salud infradotados y desestructurados, guiados por criterios de beneficio económico, dependientes en su mayoría de centros hospitalarios de difícil accesibilidad y elevados riesgos de iatrogenia; además, carentes de mecanismos de evaluación, información y control rigurosos y transparentes.

Los repetidos llamamientos de apoyo a la APS por parte de la OMS, la OPS y otros organismos internacionales, aunque importantes, no resultan en absoluto suficientes. La APS requiere, para ser efectiva, de financiación, estructuras y profesionales capaces de garantizar un trabajo de calidad según las necesidades cambiantes de las poblaciones a las que sirve. Las imprescindibles labores preventivas, así como la respuesta inmediata y resolutive a aquellos problemas de salud menos previsibles, han de complementarse con el seguimiento y los cuidados de las personas con patologías crónicas, tanto físicas como mentales, evitando fragmentaciones y medicalizaciones innecesarias y perjudiciales. Ello supone que, fuera de financiación y recursos, la APS debe contar con reconocimiento y representación en la gestión y planificación de los servicios de salud, incorporando su enfoque en el diseño de los sistemas

de información y coordinación con las demás disciplinas y especialidades sanitarias, en particular con los Servicios Sociales y de Salud Pública.

Al mismo tiempo, este reconocimiento también ha de generarse en la propia población y entre los profesionales implicados mediante el establecimiento de vínculos de participación y compromiso de la APS con los ciudadanos y comunidades, así como su revalorización como componente fundamental de la formación de pregrado y posgrado en medicina, enfermería y otras profesiones sanitarias. En definitiva, y aquí entramos en la tercera de las dimensiones, tratar de salud y de APS supone tratar de políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales.

Una atención a la salud universal, de calidad y sustentada en la APS como garante de la accesibilidad, integralidad y continuidad en la prevención y cuidados no puede ser contemplada desde la óptica excluyente del mercado, sino desde el compromiso compartido con los valores y derechos humanos. Difícilmente podrán ser capaces de generar salud aquellos sistemas sociales enfermos de injusticia y discriminación social; violencia y falta de solidaridad; equidad y respeto con las personas y el medio ambiente.

La salud y la atención sanitaria conllevan, por tanto, tareas y responsabilidades políticas que nos atañen como moradores de un mundo global necesitado de modelos de desarrollo más sanos y humanos. Ello, a su vez, nos motiva a contribuir en la trabajosa búsqueda de caminos de mejora atendiendo a las particularidades históricas, sociales y culturales de nuestros contextos nacionales y locales. Es aquí donde el presente libro acerca de la experiencia de la Atención Primaria Social llevada a cabo en el departamento colombiano de Caldas cobra especial interés e importancia.

Condicionada por los avances y retrocesos en políticas de salud que tuvieron lugar en Colombia en los años 80 y 90, la APS en Caldas significó, desde sus inicios, actividades de salud pública orientadas a dar respuesta a las necesidades más básicas de las comunidades principalmente rurales, con un

marcado protagonismo de las auxiliares de enfermería como agentes sanitarios claves tanto para la comunidad como para la coordinación con otros profesionales de enfermería y medicina. Con el nuevo milenio se retoman las iniciativas en APS desde los niveles municipales y departamentales; estas iniciativas, estrategias y programas han venido reforzando la visión salubrista en las intervenciones en salud con una marcada sensibilidad y compromiso en la educación sanitaria y participación de la comunidad. En su recorrido durante los últimos años, la APS, identificada como Atención Primaria Social en Caldas, aporta valiosos ejemplos de integración asociativa e interinstitucional. Colaboración transversal que inmiscuye a entidades sanitarias y no sanitarias; responsables políticos departamentales y municipales, así como del ámbito docente y universitario, agentes todos ellos imprescindibles para garantizar su sostenibilidad y mejora.

El compromiso asumido con el desarrollo de sistemas de información acorde con la pluralidad de factores, variables y agentes implicados en la Atención Primaria Social constituye asimismo un reto de indudable importancia ante las exigencias de evaluación rigurosa y transparente, integralidad y confidencialidad que deben preservarse ante las políticas y programas de salud. Nos encontramos, por tanto, ante un libro que nos aporta una exposición detallada de la trayectoria de la Atención Primaria Social en el departamento de Caldas y que, a buen seguro, contribuirá al conocimiento no solo de las iniciativas y logros conseguidos a nivel local, sino también de las dificultades y retos vividos y por vivir en la necesaria apuesta por una APS pública, universal y de calidad.

**Carlos Calderón**

Médico de familia

Licenciado en Sociología

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Máster en Salud Pública

Doctor en Medicina

## Introducción

**L**as autoras presentan la sistematización de la Estrategia de Atención Primaria Social en el departamento de Caldas para capturar el conocimiento y aprendizaje de una experiencia positiva, en la que subyace una reflexión teórico-práctica para identificar las oportunidades de fortalecimiento y, con ello, la mejora de la salud de las poblaciones.

Este enfoque sistemático evidencia el porqué de la transformación de “Atención Primaria en Salud” a “Atención Primaria Social”, al resaltar que el cambio se debe a un modelo de atención integral y a la incorporación de otras áreas (cultural, social, económica y ambiental), lo que supera la visión reduccionista que se centra solo en algunos campos de conocimiento, con la necesidad de privilegiar el compromiso práctico de “impulsar la APS como servicio público imprescindible” (Calderón, 2019, p. 9). Además, se destaca como una visión centrada en la comunidad con la priorización de entornos que brindan protección y cuidados de salud con énfasis en la población vulnerada e históricamente desatendida en servicios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención paliativa, y como piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal y el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (OPS, 2018).

En el primer capítulo se retoman los principales elementos teóricos y normativos que sustentan la Atención Primaria Social y permitieron realizar una propuesta diferente para avanzar en una mirada integral de aquellos factores que tienen implicaciones directas sobre la calidad de vida de las personas y, por ende, en sus dinámicas poblacionales. En el segundo buscan evidenciar el proceso de implementación de la estrategia de Atención Primaria Social en el departamento de Caldas, Colombia. Para ello, no solo se documentó la experiencia desde el contexto histórico, en coherencia con los lineamientos internacionales y los altibajos generados en su práctica, también se evidenciaron los hitos desde lo local a partir de la promulgación y difusión de la Atención Primaria Social renovada, que hace parte integral del sistema de salud y cuyo reto es lograr transversalizar la atención desde la baja hasta la alta complejidad.

En el tercer capítulo se presenta el modelo operativo para el departamento de Caldas, el cual marca la diferencia en el proceso con la participación de actores y sectores que se entrelazan y potencializan de manera articulada. En consecuencia, se trasciende el sector salud (social, ambiental, político y económico) y se alcanzan metas plausibles en función de la organización y el dinamismo de lo que hoy se configura y reconoce como Atención Primaria Social.

Los resultados logrados bajo la mirada de todos los actores que han participado en la experiencia (directivos, gestores, profesionales y usuarios) son expuestos en el cuarto capítulo y dan cuenta de los elementos diferenciales e innovadores para conseguir los objetivos propuestos. Al mismo tiempo, se identificaron las lecciones aprendidas expresadas en fortalezas y oportunidades de mejora, con aportes significativos para que los tomadores de decisiones enfoquen la mirada y las políticas en aspectos exitosos y poco visibilizados, para retomarlos e implementarlos en contextos nacionales e internacionales.

Para finalizar, las autoras resaltan en los colofones aquellas particularidades de los capítulos que merecen una mención especial y pueden ser tenidas en cuenta para futuras experiencias relacionadas con Atención Primaria Social. Ello porque se convierten en evidencia para repensar una estrategia que ha permanecido en el tiempo bajo la mirada innovadora que trae el desarrollo y la participación, junto con la integración para la garantía del derecho fundamental a la salud en la perspectiva de posicionar *sistemas de salud basados en Atención Primaria Social*.





## CAPÍTULO 1

# El contexto

### 1.1 Los principios

Con la declaración de Alma-Ata en el año 1978 se han impulsado acciones enmarcadas en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), considerada en esta declaración como la mejor manera de brindar salud a los pueblos (OMS, 1978; OPS, 1978). Desde ese momento, el camino recorrido alrededor de esta medida ha tomado fuerza y se ha posicionado en las agendas políticas de los países del mundo, incluido Colombia.

La Atención Primaria Social ha sido analizada como la alternativa que podría restituir a los sistemas de salud el rol que cumplieron hacia finales del siglo XX, colaborando con otros sectores en implementar las acciones de la promoción de la salud para mejorar la calidad de vida y la equidad (Franco, 2012). Esta estrategia se ha concebido de múltiples maneras, entre ellas: un primer nivel de complejidad de servicios para lograr un conjunto de resultados sanitarios, proveer de salud y enfrentar las causas últimas (sociales, económicas, políticas y ambientales) de la ausencia de salud, así como una filosofía que relaciona actores sociales, funcionarios y servicios (Giovannella et al., 2015).

Es tal su impacto que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promovió la renovación de Atención Primaria Social basada en la equidad y solidaridad, según los principios de sostenibilidad, responsabilidad gubernamental, participación familiar y comunitaria, justicia social, intersectorialidad y orientación a la calidad. Su idea era expresar estos principios en las reformas tendientes a la cobertura universal, la prestación de servicios, el liderazgo y las políticas públicas, cuyo propósito fundamental es revitalizar la capacidad de los países para resolver los problemas de salud existentes y sus retos (Cofiño et al., 2016).

Así, la Atención Primaria en Salud renovada se comprende en relación con el desarrollo de sistemas de salud en el marco de un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura y promueven la equidad desde una atención enfocada en las familias y comunidades como base para la planificación de la acción. Permite dilucidar el entramado de relaciones que existen entre los determinantes sociales, económicos, ambientales y políticos, necesarios para cualquier enfoque que quiera mejorar la salud en un contexto específico (Cofiño et al., 2016; Franco, 2015).

Estos avances, y la importancia de continuar fortaleciendo la Atención Primaria Social, se reafirmaron con la Declaración de Astaná, publicada en el año 2018, con motivo del cuadragésimo aniversario de la Declaración de Alma-Ata. En esta se concluyó que, pese a los considerables resultados logrados, en todas las regiones del mundo se siguen encontrando personas con necesidades sanitarias desatendidas, por lo que se generan nuevos compromisos enfocados a mejorar la salud colectiva y favorecer de manera oportuna a las poblaciones más vulnerables. En consecuencia, se propuso concebir esta estrategia como:

El enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud física y mental de las personas, así como su bienestar, se definió que esta es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. (OMS, 2018, p. 34)

Igualmente se centró su visión en la sociedad al priorizar entornos que brinden protección y cuidados de salud con énfasis en la población menos favorecida, históricamente desatendida, con la ampliación de servicios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención paliativa accesibles para todos (OMS, 1978; OPS, 1978).

Estos planteamientos promueven un viraje de la Atención Primaria Social hacia un modelo de atención integral y comunitario, cuyo enfoque es la participación social; en este modelo los trabajadores de la salud y los actores sociales constituyen las acciones de atención adecuadas a sus necesidades y a su derecho a la salud, a partir de una Atención Primaria eminentemente social (Franco, 2015) que trascienda el sector salud con el objetivo de acompañar la prevención de los riesgos individuales, familiares y comunitarios relacionados con los determinantes sociales en salud. La estrategia realiza un diagnóstico y una caracterización de cada familia, que a su vez promueve procesos educativos, planeación y ejecución de rutas de atención integrales; seguimiento, articulación comunitaria y promoción del autocuidado (Gobernación de Caldas, 2016).

## **1.2 Marco normativo**

Muchos han sido los lineamientos internacionales que buscan afianzar y resaltar la Atención Primaria en Salud desde la declaración de Alma-Ata. Entre ellos se encuentran: El Protocolo de Kioto de la Convención Marco de Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (Naciones Unidas, 1992); la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Naciones Unidas,

1994); Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Naciones Unidas, 1995); el Convenio de Basilea sobre el control de los movimientos transfronterizos de residuos peligrosos (Congreso de Colombia, 1996); los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (Naciones Unidas, 2000); el Convenio Marco para el Control del Tabaco (OMS, 2003); Reglamento Sanitario Internacional (OMS, 2005); Convenio de Cooperación Internacional para la implementación de Bancos de Leche Humana (Minsalud, 2016a); la Declaración de Adelaida sobre Salud en todas las Políticas (OMS, 2010), y la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de Salud de Río de Janeiro, 2011 (OMS, 2011).

En el ámbito nacional, la Constitución Política de 1991 (Congreso de Colombia, 1991) declara a Colombia como un Estado Social de Derecho que consagra la vida como un derecho fundamental e inviolable. Así lo ratifica el artículo 49: “la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” (Congreso de Colombia, 1991, Art. 49). Más adelante, con la Ley Estatutaria 1751 de 2015 se reconoció que la salud en Colombia es un derecho humano fundamental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

En Colombia, después de los procesos de descentralización enmarcados en la Ley 10/90 (Minsalud, 1990), se reorganizó y reestructuró la responsabilidad, integración y liderazgo de servicios de salud a los alcaldes a nivel local; con ello se buscó mejorar la participación comunitaria para formalizar condiciones aptas en el desarrollo de la Atención Primaria Social. No obstante, con la reforma al sistema de salud legislada a través de la Ley 100 de 1993 (Congreso de Colombia, 1993), se limitó la ejecución de Atención Primaria Social en el país. La razón: se fragmentó la atención individual y se diluyeron las responsabilidades de las acciones de salud pública (Así Vamos en Salud, 2014).

Asimismo, debido a las múltiples dificultades encontradas por la exclusión de la salud pública en el sistema de salud, surgió la Ley 1122 de 2007 (Congreso de la República, 2007) con la idea clara de adoptar un Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), una ley incluyente que estableció que las entidades territoriales contratarían con Empresas Sociales del Estado, debidamente habilitadas, la atención de lo no cubierto por subsidios a la demanda, modelos de atención en salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria y desarrollo de estrategias que impactarían la salud pública de las comunidades. Sin embargo, esta no anticipó normas explícitas para el desarrollo de Atención Primaria Social en el país.

Posteriormente se promulgó la Ley 1438 de 2011 (Congreso de Colombia, 2011), con la cual se propuso 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 de Atención Primaria Social. Su finalidad es avanzar en el mejoramiento de la salud de los habitantes del país y en la creación de ambientes sanos y saludables con la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad, y que se garantice que la prestación de los servicios se lleve dentro de determinados estándares de calidad; es decir, que la APS sea incluyente y equitativa, en la que el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los ciudadanos.

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), según la Resolución 1841 del 2013, establece la Atención Primaria Social como un modelo en el marco de la estrategia de aseguramiento y provisión adecuada de los servicios de salud dentro de la dimensión transversal “Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión en salud” (Minsalud, 2013).

Con la Resolución 429 de 2016 se formuló la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) (Minsalud, 2016a). En ella se plantea la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la gestión de la salud pública, así como también una coordinación entre las mismas para la implementación

y seguimiento de los planes territoriales de salud y los planes de desarrollo territoriales acordes con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. En este marco se formularon estrategias centrales como:

La Atención Primaria en Salud con enfoque de salud familiar y comunitaria; el cuidado; la gestión integral del riesgo en salud y el enfoque diferencial de territorios y poblaciones. Por eso, la APS tiene función integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho. (Minsalud, 2016a, p. 10)

Para hacer operativa esta política, se estableció inicialmente el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) (Minsalud, 2016a). En este modelo el interés se centra en las personas, teniendo en cuenta su bienestar y desarrollo, pues propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo de la vida con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad (Minsalud, 2016a).

En la Resolución 02626 de 2019 se adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) como el nuevo marco operacional de la Política de Atención Integral en Salud, el cual se constituye en el instrumento de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población a través de la identificación de necesidades concretas y el establecimiento de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud, los agentes de otros sistemas y las comunidades. Todo bajo el liderazgo del departamento o del distrito mediante acuerdos interinstitucionales y comunitarios (Minsalud, 2019a).

A nivel departamental, el Gobierno incluyó tras varios años de esfuerzo de la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC) la estrategia Atención Primaria Social en el Plan de Desarrollo “Caldas en la ruta de la prosperidad

2013-2015” y “Caldas territorio de oportunidades 2016-2019”, cuyo eje central fue el trabajo intersectorial que permitiera lograr una salud colectiva siempre que se impacten los determinantes sociales de las comunidades. Así, la Atención Primaria Social quedó en el marco general del Plan de Desarrollo, apoyada en la información que reúne el Observatorio Social de la DTSC y en una política definida de Gestión Integral del Riesgo Social. Sumado a lo anterior, en el año 2019 se elaboró la política pública de la estrategia Atención Primaria Social.

De esta manera, el marco legal plantea como punto de partida unos lineamientos u orientaciones estatales que legitiman la Atención Primaria Social en los territorios, donde se destacan la eficiencia, eficacia y calidad de los procesos y, a su vez, la presencia activa y participativa de todos los actores. Su propósito: mejorar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades.

### **1.3 Marco contextual departamental**

El departamento de Caldas, creado en el año 1905, se encuentra ubicado en la zona centro Occidente de la región andina del territorio nacional y es uno de los 32 departamentos de la República de Colombia. Limita por el norte con el departamento de Antioquia, por el este con el departamento de Cundinamarca, por el sur con los departamentos del Tolima y Risaralda y por el oeste con el departamento de Risaralda (Gobernación de Caldas, s. f.). Caldas hace parte de la subregión andina del Eje Cafetero (con los departamentos de Risaralda, Quindío y norte del Valle del Cauca). Como se presenta en la Tabla 1, cuenta con seis subregiones y 27 municipios. Actualmente tiene una población total de 998.255, de las cuales 740.865 (74,1 %) residen en la zona urbana y 257.390 (25,8 %) en los centros poblados y zona rural dispersa (DANE, 2019).



**Tabla 1.** Subregiones y municipios del departamento de Caldas

<b>Alto Occidente</b>	<b>Alto Oriente</b>	<b>Bajo Occidente</b>	<b>Centro Sur</b>	<b>Magdalena Caldense</b>	<b>Norte</b>
Filadelfia	Manzanares	Anserma	Chinchiná	La Dorada	Aguadas
La Merced	Marquetalia	Belalcázar	Manizales	Norcasia	Aranzazu
Marmato	Marulanda	Risaralda	Neira	Samaná	Pacora
Riosucio	Pensilvania	San José	Palestina	Victoria	Salamina
Supía		Viterbo	Villamaría		

Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi , s. f.

El relieve del Caldas es el más montañoso del país, por lo que es posible encontrar en él todos los pisos térmicos: desde los cálidos valles del Río Magdalena y el Río Cauca hasta las nieves perpetuas del Nevado del Ruiz. Este último, también llamado el Rey de Colombia, se caracteriza por tener una altura de 5.400 msnm; cerca se encuentran el volcán Arenas y el nevado El Cisne. Juntos conforman el Parque Nacional Natural Los Nevados. Su principal red hidrográfica está representada por los ríos Magdalena y Cauca (Gobernación de Caldas, s. f.).

En relación con flora y fauna, el departamento posee una amplia diversidad. Se destacan el frailejón, aguaceral o colchón de agua, el cóndor de los Andes, los colibríes, el oso de anteojos y la danta, presentes en el páramo; así como las cientos de aves que viven en Villamaría y Chinchiná (Gobernación de Caldas, s. f.).

Con respecto a la estructura estatal en materia de salud, la Gobernación de Caldas y su Dirección Territorial de Salud son los entes responsables de administrar y gestionar la salud de los caldenses. Para esto, Caldas a través de la estrategia “Equidad Territorial” articula, desde un enfoque de desarrollo humano, mecanismos de acción que buscan aportar en el avance de políticas y productos alineados a los ejes estratégicos departamentales, a saber: competitividad y transformación productiva; desarrollo rural; infraestructura estratégica; sostenibilidad ambiental; seguridad y justicia para la construcción de la paz; buen gobierno y movilidad social. Particularmente, en este último eje se adhiere la estructura programática del sector salud en la Atención Primaria Social como el mecanismo de acción transversal a los programas Gestión y Atención Integral del Riesgo; Promoción y Participación Social “Cuídate-Cuidame”, y Desarrollo Administrativo y Tecnológico; programas que tratan de impactar las condiciones de salud de la población (Gobernación de Caldas, s. f.).



## CAPÍTULO 2

# El pasado

### 2.1 Proceso histórico de la Atención Primaria Social en Caldas

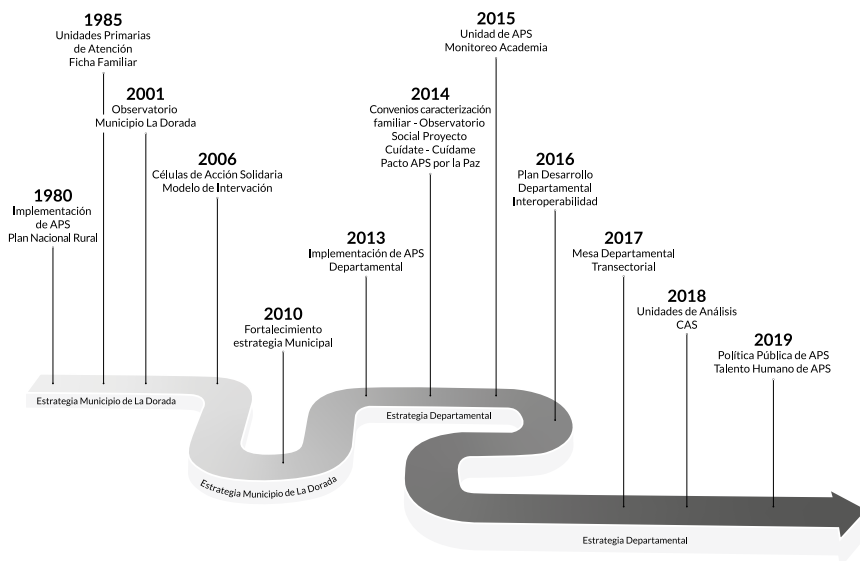
*Nada más difícil que un comienzo.*

**Lord Byron**

La reconstrucción histórica de la Atención Primaria Social en Caldas comienza en los años 80 del siglo xx con las experiencias significativas del municipio de La Dorada y los subsecuentes desarrollos hasta llegar al presente, lo que da cuenta de los hitos que constituyen el tejido de la estrategia (Figura 1).

Mirando hacia el pasado, en la década de los 80 la salud departamental se encontraba a cargo del Servicio de Salud de Caldas, adscrito al Ministerio de Salud, entidad que acompañó a los departamentos en la implementación de la Atención Primaria Social dentro del marco de los lineamientos de la Oficina Sanitaria Panamericana, según lo establecido en la Asamblea Mundial de Salud realizada en Alma-Ata en 1978 (OMS, 1978; OPS, 1978). Entre tanto, los planes y programas de promoción de la salud rural

se fundamentaron en las orientaciones científicas y administrativas de la División de Promoción de Salud Rural (Minsalud, 1976).



**Figura 1.** Línea del tiempo Atención Primaria Social

Es así como se establecieron los puestos de salud rurales dependientes de los hospitales, denominados Unidades Primarias de Atención (UPA), para la atención de las familias y comunidades con difícil acceso a los cascos urbanos y con alto grado de vulnerabilidad social. Se disponía de la dotación básica y de tres (3) espacios: el sitio para la consulta, la farmacia rural y la zona de vacunación con la debida cadena de frío para la adecuada conservación de los biológicos. El talento humano que permitía el funcionamiento de las UPA estaba formado por una auxiliar de enfermería, promotoras de salud capacitadas y el equipo básico que se desplazaba periódicamente al puesto de salud, entre ellos el médico, profesional de enfermería, odontólogo y técnico en saneamiento ambiental.

La auxiliar de enfermería cubría las familias del centro poblado donde estaba ubicado el puesto de salud, y desde el hospital se realizaba la coordinación del trabajo por parte del médico y la enfermera en servicio social obligatorio (año rural). Entre tanto, la promotora atendía en la Unidad de Cobertura (UC), que correspondía a todas las familias rurales residentes dentro de un radio de hasta dos (2) horas de desplazamiento a pie.

Para desarrollar el modelo de atención basado en la estrategia Atención Primaria Social, el personal de la unidad primaria de atención diligenciaba una ficha de caracterización a las familias del área de cobertura. En ella registraban variables relacionadas con datos generales y de composición familiar; presencia de enfermedades de interés en salud pública; detalle de la vacunación; saneamiento básico de la vivienda; abastecimiento de agua; disposición de basuras y aguas residuales; condiciones sanitarias de la vivienda; estado de las mascotas; presencia de artrópodos, roedores y vectores.

La población de mujeres y niños era la más demandante de servicios, junto con los mayores riesgos en salud. Por ello, el trabajo de las UPA se centraba en la verificación estricta de coberturas y priorización en los componentes de la atención infantil (crecimiento y desarrollo), materno perinatal (controles prenatales) y atención para la planificación familiar y prevención del cáncer de cuello uterino (citología vaginal). Dependiendo de las necesidades propias en cada zona se realizaban las acciones precisadas por los usuarios; en ocasiones se requería de programas como salud mental, salud oral, enfermedades infecciosas, entre otras.

Para garantizar la asistencia de los usuarios, la auxiliar UPA elaboraba una ficha en cada caso con el registro de las fechas de atención por parte del equipo de salud y las de actividades pendientes. Al iniciar cada semana revisaba el fichero para el seguimiento a las citas, extraer las fichas para la semana e identificar las inasistencias de la semana anterior con el fin de programar las visitas domiciliarias. El objetivo de las visitas, aparte de conocer el motivo de las inasistencias, era el acompañamiento a las familias

en la superación de riesgos presentes. Se aprovechaba la educación en salud y la formulación de planes caseros, en los cuales se registraban las tareas a realizar en familia para controlar cada uno de los riesgos susceptibles de ser superados mediante acciones de autocuidado en salud.

En saneamiento básico se programaba la visita del promotor, quien indagaba y revisaba los riesgos presentes de la vivienda y documentaba los hallazgos. Con el consolidado de información por unidad de cobertura se procedía a capacitar en salud con el compromiso de la familia. En muchas ocasiones se suministraban materiales para el mejoramiento de vivienda (unidades sanitarias, sumideros, cocinas, entre otros) por parte del Comité Departamental de Cafeteros, por lo que este se convirtió en un socio estratégico del servicio de salud en los programas de salud cafetera.

De otro lado, se fortalecía la participación comunitaria cuando se comprometían los vecinos de cada unidad de cobertura y aportaban mano de obra en las jornadas de trabajo. Entre las actividades, además de los mejoramientos de vivienda, destacan acciones frente a la contaminación de fuentes de agua y cronogramas de limpieza de focos contaminantes en los casos de botaderos de basuras, generadores de proliferación de moscas y otros artrópodos y roedores. Después de realizado este trabajo, la comunidad se organizaba para la vigilancia del área, evitando la reproducción del foco.

El modelo generó el enfoque de riesgo, por lo que anualmente se celebraba un taller con participación de las auxiliares y promotoras UPA. En este se socializaban y registraban los datos de todas las fichas familiares por cada unidad de cobertura, lo cual permitía identificar las variables de riesgo por familia y, de esa forma, definir el riesgo familiar. Para el riesgo individual, el programa materno infantil disponía de registros de atención que permitían precisar casos de alto, medio y bajo riesgo, al igual que para los programas de crecimiento y desarrollo, control prenatal, planificación familiar y cáncer de cuello uterino. Cuando un integrante de la familia padecía una enfermedad de interés en salud pública, por ejemplo, tuberculosis, lepra, leishmaniasis

o malaria, también era clasificado en alto riesgo individual. Así, en cada UPA quedaban reconocidos los casos de individuos y familias de riesgo.

A partir de esta información, en el taller anual se elaboraban mapas de unidad de cobertura. Los mapas se ubicaban en todas las viviendas y mediante íconos establecidos quedaban marcados los riesgos presentes en las familias. Con las características de cada unidad de cobertura se programaban visitas domiciliarias, que podían ser mensuales (alto riesgo), bimensuales (riesgo medio) y semestrales (riesgo bajo).

Aparte del taller anual, bimensualmente se realizaban reuniones UPA con la participación del equipo de salud, la enfermera rural (como coordinadora), la auxiliar UPA y las promotoras. En este espacio se presentaban los casos de alto riesgo de las unidades de cobertura y se asesoraba para continuar acciones de Atención Primaria Social en pro del mejoramiento del estado de salud según los riesgos individuales, familiares y comunitarios.

Desde el Servicio de Salud de Caldas se brindaba apoyo a través de educación continuada al equipo de salud, pues se contaba con la Escuela de Auxiliares de Enfermería que disponía de cinco (5) sedes, una por cada región del departamento. Las docentes de la escuela acompañaban en la vereda a las promotoras de salud y auxiliares UPA mediante módulos de capacitación; la intención era mantener un proceso de educación permanente. Anualmente se llevaba a cabo un taller de una semana que profundizaba en la enseñanza de los programas de salud pública y en las actividades bajo la estrategia de Atención Primaria Social.

Con este modelo de APS se trabajó en el departamento durante la década de los 80 y mitad de los 90. En términos de resultados tuvo reconocimiento nacional e internacional, además se recibieron visitas de expertos para tomarlo como referencia y replicarlo en otras zonas. Sin embargo, por los cambios generados con las leyes 10 del 90 (Minsalud, 1990) y 100 del 93 (Congreso de Colombia, 1993), que reglamentaron el nuevo sistema de salud



y seguridad social, se empezó a desmontar la Atención Primaria Social. En consecuencia, los puestos de salud empezaron a dejar de funcionar como UPA. Además, algunos fueron cerrados, la mayoría de las promotoras de salud trasladadas a los hospitales con reasignación de funciones y desaparecieron bastantes actividades de APSs. Unos cuantos hospitales continuaron con las UPA al conservar un significativo número de actividades APSs; para ello se contó en ocasiones con el apoyo de secretarías de salud municipales, dentro del nuevo sistema de salud descentralizado.

## **2.2. El municipio de La Dorada, punto de partida para la Atención Primaria Social en el departamento de Caldas**

Desde el 2001, el municipio de La Dorada, Caldas, organizó un grupo de trabajo que revisó la propuesta de municipio saludable desde la OPS y concibió este modelo a nivel municipal como base de su plan de desarrollo 2004-2007, “La Dorada Municipio Saludable por la Paz”. Para el 2005, el municipio siguió lineamientos internacionales emanados de la Declaración de Montevideo, en la cual los gobiernos de las Américas se comprometían a renovar la Atención Primaria Social y convertirla en la base de los Sistemas de Salud; en Colombia fue crucial la Resolución 4288 de 1996 (Minsalud, 1996) para la formulación del Plan de Atención Básica Municipal (PAB) 2004-2007.

Un punto de inflexión clave para iniciar el modelo de Atención Primaria Social en el municipio de La Dorada fue el hecho de que la Secretaría de Salud tenía bajo su responsabilidad la educación, la cultura, el deporte y el turismo, es decir cuatro o cinco (4 o 5) áreas muy enfocadas al desarrollo social (en su momento municipio de sexta categoría). En principio, esto fue una limitación, mas empezó a develarse como oportunidad para brindar una oferta integral que incluía valoración de pobreza, desigualdad e inequidad a través del diseño de instrumentos para realizar una priorización de necesidades según las condiciones de cada familia.

En una primera fase se tomó la decisión de efectuar una caracterización familiar utilizando la ficha familiar –establecida por el Servicio de Salud de Caldas–. Para ello, las promotoras recibieron un entrenamiento para diligenciar el registro y cubrir en gran medida las familias del municipio. Vale mencionar que La Dorada se encontraba en proceso de construcción de su Observatorio y decidió tomar dicha caracterización para nutrirlo.

A través del Observatorio se contaba no solo con los datos, sino también con el mapeo de unidades de cobertura, lo que permitió tener información de riesgos específicos por cada unidad. El equipo técnico de la Secretaría de Salud denominó las unidades de cobertura como Células de Acción Solidaria y conformó colectivos básicos para cada una. El proceso inició en los barrios con mayor problemática en salud, Las Ferias y Las Margaritas.

En cuanto a colaboradores, se disponía de alrededor de veinticinco (25) promotoras de salud (adscritas a la Secretaría de Salud, Educación y Bienestar Social). Cada una tenía asignado un territorio urbano de alrededor de 500 familias por unidad. Estaban encargadas de realizar demanda de servicios, acompañamiento requerido según los casos de riesgo y gestión de acciones intersectoriales que mejoraran no solo la salud, sino otros determinantes sociales que afectaban a dichas familias. Se destaca que las acciones de educación y autocuidado para abordar las diferentes problemáticas superaban la capacidad instalada del equipo.

Se celebraron jornadas en las Células de Acción Solidaria, en las cuales participaban todas las dependencias del municipio para atender la población; como punto de partida se tuvo en cuenta el barrido de necesidades del Observatorio. En las jornadas barriales se consideraba: demanda inducida, apoyo en salud (atención general, citologías, vacunación), educación y derechos desde identificación, aseguramiento, revisión de casos de ausentismo escolar, entre otros. Más adelante se complementaron estas jornadas con actividades culturales (artísticas) y deportivas (la comunidad conformaba equipos de fútbol y patinaje, entre otros) (Minsalud, 2012). Por cada 500 familias se

gestó una estrategia simbólica representada en una competencia en procesos de microterritorios. En cada casa y cuadra había un cartel que daba cuenta de los indicadores de valores y principios, lo que generaba presión para la implementación de acciones locales con seguimiento y mejoramiento.

Entre los avances se destacan la caracterización de las familias para priorizarlas a partir de sus riesgos y contar con un sistema basado en información de las fichas familiares. Esto, reemplazaba las planillas de salud, logro que permitió identificar los grupos poblaciones por edades y sus problemas, como la falta de vacunas o de citologías y otros de orden estructural: hacinamiento y falta de agua potable, además de los de índole educativo y de vivienda.

La mayor dificultad fue la caracterización en los estratos más altos. Esto impidió la cobertura total y medir el impacto a través del seguimiento, por lo que se hizo fundamental continuar el trabajo con el afinamiento y calibración de los instrumentos que permitirían analizar la oferta. De otro lado, se buscó propagar la Atención Primaria Social a todos los sectores, siendo un reto la integralidad en la atención.

### 2.2.1 Experiencias concretas significativas

Se plantearon varios aspectos como experiencias positivas, producto de los avances en diagnósticos generados por el Observatorio. También, se mapearon algunos de los problemas de salud más relevantes en el perfil epidemiológico y se identificaron los focos críticos. En resumen, se conoció de primera mano la realidad de la salud en la población.

En el caso de la prevención a la mortalidad materna, el modelo de Atención Primaria Social logró que las embarazadas residentes en zonas consideradas Células de Atención Solidaria tuvieran seguimiento de citas de control programadas, vigilancia de las fechas probables de parto (así se apoyaba la atención de parto institucional) y asesorías para síntomas de inicio de

trabajo de parto y signos de alarma. Posteriormente, se programaban las visitas posparto (al tercer día), educación sobre cuidados en el puerperio y del recién nacido, revisión de esquemas de vacunación, crecimiento y desarrollo e identificación de inasistentes. Por cambios políticos en el municipio no se dio continuidad a este modelo, aunque se realizaban acciones de Atención Primaria Social.

Otra experiencia positiva fue la relacionada con el dengue, pues La Dorada presentaba la prevalencia más altas del departamento de Caldas (según las unidades generadoras de datos para la vigilancia epidemiológica). Se accedió, gracias al laboratorio de salud pública de la DTSC, al reporte oportuno de casos confirmados, los cuales se mapeaban para efectuar un cerco epidemiológico. Con apoyo de diferentes instituciones (bomberos, colegios, defensa civil y salud municipal) se fumigaba y se hacía abatización de tanques de agua en las casas, recolección de inservibles y búsqueda activa de sintomáticos; así se rompía la cadena de transmisión del dengue, con disminución significativa de nuevos casos.

Sobre el programa de cáncer de cuello uterino, se dispusieron jornadas de citología vaginal por barrios, se cubrieron las zonas más populares del municipio cada seis (6) meses y se sistematizaron todos los resultados reportados por el laboratorio de citopatología. En los casos en que identificaban citologías con cambios positivos, se asignaba una promotora responsable de la educación y seguimiento, quien debía acompañar en los respectivos trámites con la mayor celeridad (gestión de citas, seguimiento a remisiones y procedimientos).

## 2.2.2 Transición al modelo operativo actual

En el año 2013, parte del equipo que trabajó en la Atención Primaria Social en el municipio de La Dorada se integró a la DTSC con el compromiso de iniciar el desarrollo de la estrategia en el departamento rescatando el

componente social. Esto tuvo resonancia al interior del Gobierno departamental, así como en la difusión en fundaciones, organizaciones, universidades, comunidad en general y una discreta participación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

En principio, cuatro municipios hicieron parte de la prueba piloto (Marquetalia, Aguadas, Viterbo y Palestina) y se contó con la participación de sus alcaldes y los gerentes de ESE. Entre las actividades iniciales se destaca la caracterización familiar, los primeros apoyos de las universidades con prácticas de estudiantes de áreas de la salud y las primeras acciones con familias identificadas de riesgo alto.

Al comienzo de la ejecución del Plan de Desarrollo Departamental “Caldas Territorio de Oportunidades 2016-2019”, se creó la unidad de Atención Primaria Social en la DTSC con una coordinadora experimentada en la estrategia, un médico salubrista reconocido a nivel nacional como asesor y dos (2) profesionales de enfermería de apoyo. En simultáneo, empezó a operar la unidad de Observatorio Social (implementada en La Dorada) en cabeza de un epidemiólogo e ingeniero de sistemas, con el propósito de replicar el proceso a nivel departamental. Paralelamente, se realizó un convenio con los hospitales locales de todos los municipios de Caldas en el que se definieron coordinadores locales de la estrategia Atención Primaria Social en trabajo mancomunado con la administración municipal para una fase central y el diligenciamiento o actualización de las fichas familiares en los territorios. La idea era intervenir las familias según la priorización.

Más adelante se diseñaron estrategias educativas como la de “Cuidate-Cuidame” (2014), se logró un acercamiento con las universidades para promover y fortalecer la gestión del conocimiento y de tecnologías (2015) y se institucionalizó la mesa departamental transectorial (2017) entre los años 2018-2019 y la conformación de 54 Centros de Atención Social (CAS) con cobertura en 26 municipios. En el 2019 se elaboró la política pública

y se dio inicio al fortalecimiento del talento humano con 20 enlaces de Atención Primaria Social en los municipios para apoyar y desarrollar la articulación de actores o sectores y la operativización en los territorios. Es de resaltar que el Observatorio Social jugó un papel central, pues se encontró en cada hito histórico con personal dedicado y entrenado para fortalecer las partes técnica y metodológica, y con el interés de afinar el instrumento de la ficha familiar al disminuir el número de variables debido al aumento de las fuentes para la interoperabilidad.

Por otra parte, se realizó una prueba piloto en el municipio de Marquetalia de TeleAPS, producto creado en Colombia por la IPS ASIMEP (Asistencia Médica Profesional), el cual, con el respaldo de APRIL y su capacidad tecnológica, prestaba un servicio de orientación médica primaria las 24 horas del día. La finalidad de este programa era responder preguntas y atender urgencias no vitales. Se empleaban llamadas telefónicas, video consultas y orientación mediante mensajes de manera oportuna y ágil para lograr mejorar la calidad de la salud del beneficiario.

De forma transversal se socializó la estrategia Atención Primaria Social en secretarías sociales, concejos municipales y en el Concejo Departamental de Política Social. Además, se brindó educación continua a los responsables de las dimensiones de la DTSC, coordinadores y equipos de Atención Primaria en Salud de los municipios en los componentes de la estrategia. Adicionalmente, surgió la propuesta de la edición de una cartilla ABC de Atención Primaria Social, con la cual se facilitaba la comprensión y el desarrollo de Atención Primaria Social: etapas de identificación del problema central, abogacía, gestiones, operativización, análisis de la información e intervención. Cabe resaltar que se incluyó a la Unidad de Atención Primaria Social un área de comunicación social con el objetivo de apoyar la gestión en el desarrollo de la estrategia, fortalecer la campaña “Cuídate-Cuídame”, emisión de boletines de prensa y la difusión a través de entrevistas, registros fotográficos y videos para la circulación y fortalecimiento de la estrategia.

En este punto fue clave la asistencia técnica a las administraciones municipales y direcciones locales de salud, o a quienes participaron en la armonización de Atención Primaria Social en el departamento de Caldas con los Planes de Desarrollo Municipales y los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC). El propósito era hacer más eficiente la utilización de los recursos económicos, el talento humano y las intervenciones a las familias caracterizadas en riesgo medio y alto en cada entidad territorial.

Así, pues, con estas anécdotas se consolida paulatinamente una estrategia de carácter social con diferentes aprendizajes y desarrollos, con programas de mayor evolución que otros por los obstáculos que surgen y con la participación de diversos sectores y actores de acuerdo con los contextos. Además, es importante resaltar que se aprovechó la oportunidad de recolección sistemática de la información, la cual reflejó un análisis riguroso para adentrarse en temas que permiten visibilizar el camino recorrido después del esfuerzo de los equipos y las expectativas para mejorar la estrategia de Atención Primaria Social en Caldas.

## CAPÍTULO 3

# Atención primaria social en Caldas

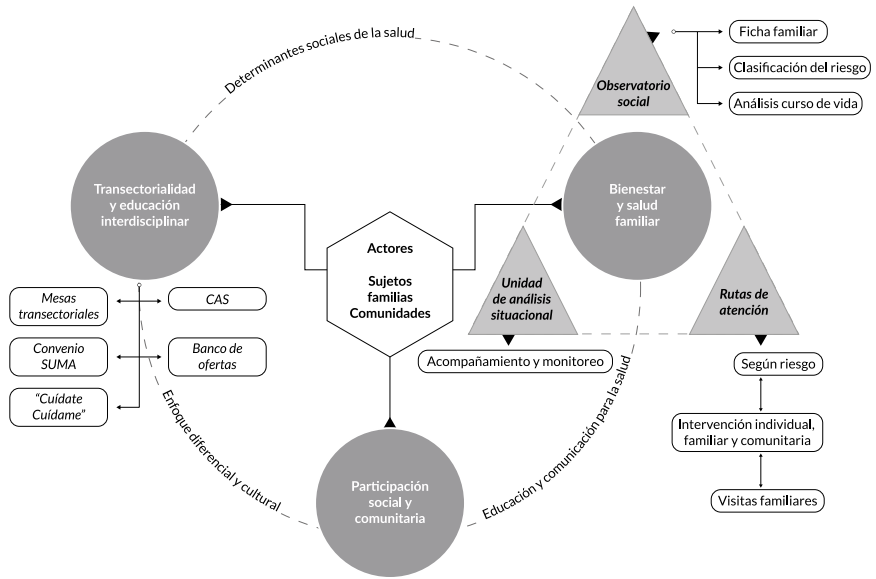
*La nueva descripción, conscientemente selectiva, se basa fundamentalmente en el empleo de modelos a través de los cuales se presentan de forma generalizada las relaciones a características consideradas significativas de la realidad que se intenta describir.*

**Capel, prólogo a Schaefer (1986)**

### **3.1 Modelo operativo de Atención Primaria Social en Caldas**

**S**e presenta el modelo operativo de la estrategia (Figura 2), resultado del análisis integral del proceso de sistematización. En este se articulan todos los elementos que han confluído para dar armonía y sostenimiento. El eje central está simbolizado en los actores, que son los sujetos desde otra perspectiva, familias y comunidades. Nótese que existen procesos que se entrelazan y son transversales, otorgando dinamismo y desarrollo desde lo social.





**Figura 2.** Modelo operativo de Atención Primaria Social en Caldas

### 3.1.1 Transectorialidad y educación interdisciplinar

En este eje se integran las estrategias promovidas en el departamento que requieren de una acción transectorial e interdisciplinar, esto es, una gestión institucional, social, holística y articulada, mediada por el diálogo y la acción concertada y sistémica que en conjunto permitan dar respuesta a las problemáticas y situaciones de las personas, familias y comunidades según las necesidades y capacidades de estas (EPN, s. f.).

En este apartado se describen las iniciativas de Mesas Intersectoriales, Centros de Atención Social, Convenio SUMA, Banco de Ofertas y “Cuidate-Cuidame” lideradas por la DTSC; iniciativas que buscan aportar en la construcción de un territorio con tejido social.

## La Mesa Departamental Intersectorial de Atención Primaria Social

En el desarrollo de la estrategia en todos los municipios del departamento han participado diferentes actores y disciplinas comunes (Tabla 2). Además, las instituciones que en cada municipio se han destacado en la implementación de la estrategia (Tabla 3) y el liderazgo del equipo de la DTSC para dirigir el proceso (Tabla 4).

**Tabla 2.** Actores y disciplinas participantes en la estrategia de APSs en el departamento

Actores comunes	Disciplinas participantes
Alcaldía con sus secretarías	Trabajo social
DTSC	Agronomía
Hospital Municipal	Técnico en Saneamiento Ambiental
Academia	Licenciatura en Educación Física y Deporte
Policía	Licenciatura en artes escénicas
EPS	Psicología
JAC	Ingeniería de Alimentos
	Licenciatura en Desarrollo familiar
	Licenciatura en Derecho
	Ingeniería de Sistemas
	Veterinaria
	Medicina
	Fisioterapia
	Enfermería
	Auxiliar de Enfermería
	Tecnología en Atención Prehospitalaria
	Odontología
	Nutrición

**Tabla 3.** Instituciones participantes por municipio

Subregión	Municipio	Instituciones
Alto Oriente	Manzanares	-Comisaría de Familia -ICBF -Registraduría -Personería
	Marquetalia	-Estudiantes del programa Paz y Competitividad de la Universidad Autónoma de Manizales -Coordinadores CDI -SUMA
	Pensilvania	-Comisaría de familia
	Marulanda	Deporte Bomberos Comisaria Corpocaldas Cooperativa OVINA de Marulanda
Magdalena caldense	Dorada	-Gestoras sociales -Cultura
	Norcasia	-Bomberos
	Victoria	-Comisaría de Familia -Bomberos
	Samaná	- Registraduría -Notaría -Instituciones Educativas
Norte	Aranzazu	-Personería -Comisaría -Biblioteca -Corpocaldas -ICBF
	Pácora	-Deporte y Cultura -Concejales
	Salamina	
	Aguadas	

Subregión	Municipio	Instituciones
Occidente Próspero	Anserma	-Tránsito y Transporte -Comisaría de Familia
	Risaralda	-CDI
	Belalcázar	-Comisaría -Personería -Talleristas recreacionales
	Viterbo	-Defensa Civil -IPS -Centro de Protección para el adulto mayor -CDI -Cultura -Registraduría -Bomberos
	San José	-Cultura -Biblioteca
Alto Occidente	Filadelfia	-ICBF -CDI -Instituciones Educativas
	La Merced	-Comisaría -Deporte
	Marmato	-Gobernadora indígena
	Riosucio	-Gobernador indígena
	Supía	-SUMA -Cultura

Subregión	Municipio	Instituciones
Centro Sur	Chinchiná	-ICBF -SENA -Fundación Mundos Hermanos -Nutrir -Fundación Pequeño Corazón
	Manizales	-Fundación Nutrir -Fundación Luker -Fundación Éxito -ICBF -SUMA -Fundación Pequeño Corazón -Carabineros
	Neira	-Personería -Comisaría -Fundación Pequeño Corazón -Cultura -Departamento para la Prosperidad Social -Carabineros
	Palestina	
	Villamaría	-Fundación Senderos de Luz -Turismo -Corporación para el Desarrollo de Caldas -Fundación Mujeres Cabeza de Hogar -SENA -SUMA -Fundación Pequeño Corazón -Cultura

**Tabla 4.** Equipo Dirección Territorial de Salud de Caldas

Director General - Dirección Territorial de Salud de Caldas
Secretario de Integración y Desarrollo Social Departamental
Secretario de Planeación Departamental
Subdirectora (e) de Salud Pública
Coordinadora departamental Atención Primaria Social-APs
Profesional especializado, Red de Servicios
Profesionales Atención Primaria Social-APs
Profesional vigilancia salud pública
Oficina asesora de prensa y comunicaciones

A través del Decreto n.º 0062 del 04 de abril de 2017 se creó la Mesa Departamental Intersectorial de Atención Primaria Social y se articuló el componente de apoyo y operación del Observatorio Social de Caldas a la misma. El objetivo era priorizar, concertar, focalizar y articular todos los procesos de planificación e intervención de la Gobernación de Caldas en el marco de la estrategia Atención Primaria Social, partiendo de lo constituido en el Plan de Desarrollo Departamental “Caldas, Territorio de Oportunidades”.

En virtud de lo anterior y con el ánimo de que los encuentros departamentales favorezcan los procesos de análisis, planificación y decisión, el equipo participante de la mesa se encuentra conformado por:

- Gobernador (a) de Caldas o su delegado.
- Secretario (a) de Planeación, como líder.
- Director (a) Territorial de Salud de Caldas como asesor técnico.
- Secretario (a) de Educación.
- Secretario (a) de Cultura.

- Secretario (a) de Recreación y Deportes.
- Secretario (a) de Gobierno.
- Secretario (a) de Vivienda.
- Secretario (a) de Desarrollo Económico.
- Secretario (a) de Agricultura.
- Secretario (a) de Integración y Desarrollo Social.
- Gerentes o funcionarios delegados de entidades descentralizadas, tales como Empocaldas, Inficaldas, E.S.E Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas.
- Entidades externas de apoyo: ICBF, SENA, UARIV, DPS, DNP, DANE, Alianza SUMA, Corporación IPS Universitaria de Caldas, Universidad de Caldas, Universidad Autónoma, Fundación Pequeño Corazón, Aguas de Manizales, Corpocaldas, Medicina Legal, Registraduría Nacional del Estado Civil, Policía Nacional, fiscalías seccionales, procuradurías provinciales, alcaldías municipales, diferentes ONG y JAC.

Las sesiones de la mesa son convocadas trimestralmente por el gobernador o su delegado. Para su desarrollo, el Comité Técnico está integrado por la unidad de sistemas e información para la planeación. Los funcionarios de la DTSC son los responsables de organizar la agenda de la sesión apoyándose en el Observatorio Social que actúa como herramienta para la identificación de requerimientos y necesidades.

En cada encuentro, los integrantes procuran analizar lo expuesto y tomar decisiones en lo relacionado con la focalización de recursos de inversión pública. Además: evalúan periódicamente los resultados e impactos del Plan

de Desarrollo Departamental; complementan los sistemas de seguimiento a la ejecución física y financiera del Plan de Desarrollo; apoyan los procesos de rendición pública de cuentas y la construcción de los correspondientes informes de gestión; proponen y comunican mecanismos al Consejo de Gobierno en función de los ajustes o redireccionamientos en los procesos que permitan la ejecución del Plan de Desarrollo y, finalmente, dan continuidad a los protocolos de cooperación e interoperabilidad entre la Gobernación de Caldas y las entidades externas participantes, todo en el marco de Atención Primaria Social.

Los Centro de Atención Social (CAS)

Los Centros de Atención Social (CAS) en el departamento de Caldas se configuran como una estructura funcional que permiten el acercamiento de las ofertas territoriales (con los sectores y actores) a la comunidad, de acuerdo a las necesidades y contextos concretos en los que se encuentran para el direccionamiento focalizado de procesos con enfoque familiar y comunitario (DTSC, 2015). En este sentido, más que un espacio físico, se habla de espacios sociales dinámicos, escenarios de encuentro, territorios o zonas de captación de familias (DTSC, 2015). En el departamento se identifican familias de alto riesgo ubicadas en zonas diferentes al CAS, las cuales son incluidas en el modelo de intervención en Atención Primaria Social para garantizar su cobertura.

En Caldas se ha considerado que la construcción del modelo de Redes Integrales Sociales y de Salud se base en Atención Primaria Social, dado que su orientación central se concentra en establecer estrategias de interacción y sinergia entre los diferentes agentes que integran el sector salud y otros sectores e instituciones. La idea es escrutar una mayor eficiencia en la gestión y mayor eficacia en los resultados, por lo que la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC) se apoya en los CAS.



La selección de los CAS se inicia con la identificación de las diferentes áreas municipales con mayor concentración de familias que presentan riesgo medio y alto, información proporcionada por el Observatorio Social o por decisión administrativa del municipio. Luego se procede al mapeo del territorio CAS y se activa el modelo de intervención en Atención Primaria Social que permite estudiar los determinantes sociales que más afectan a la comunidad, así como la adherencia a los programas y las barreras de acceso. Para el área urbana, los territorios cubren un número específico de familias para la intervención<sup>1</sup>; mientras que para el área rural el puesto de salud es el lugar de referencia para llegar a los CAS y se incluyen todas las familias que pueden acceder geográficamente y que acuden a los servicios normalmente, sin tener en cuenta su número.

Para el funcionamiento de los CAS es importante articular el enfoque individual, familiar, comunitario y la participación de diferentes profesiones, sectores y entidades, así como la cooperación de la academia a través de la docencia, la investigación y la proyección social (DTSC, 2015). Es fundamental el acompañamiento permanente de las entidades territoriales, ya que son ejes rectores desde el nivel local, departamental y nacional. Así, en los CAS se llevan a cabo actividades extramurales propias de la Atención Primaria Social en un territorio. El equipo ofrece recreación y deporte, eventos culturales, acciones específicas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, rehabilitación, atención domiciliaria, acompañamiento en los diversos programas sociales de las administraciones locales, atención en salud con sus distintos servicios y talleres educativos enfocados en el modo de vida.

---

<sup>1</sup> Con la premisa que se cubran 550 familias por CAS, teniendo en cuenta un promedio de tres integrantes por familia, lo que sería una población de 1.621 personas.

Los CAS son coordinados y administrados de manera permanente por cada ente municipal y desde la oficina de prestación de servicios se realiza seguimiento a los convenios entre las alcaldías y los hospitales. No obstante, las organizaciones comunitarias de base juegan un papel crucial, al igual que los otros actores que hacen parte de su operación, por ejemplo, estudiantes que realizan servicio social; estudiantes de pregrado y posgrado, y las diferentes secretarías de las administraciones locales y personal de apoyo de diferentes entidades.

En el departamento de Caldas los territorios CAS se distribuyen a lo largo de todos los municipios y cada uno funciona de forma diferente de acuerdo con unas características específicas. Por ello se encuentra que en algunas zonas el CAS es un barrio, mientras que en otras un territorio CAS está conformado por dos o tres veredas y en algunas otras cuentan con una infraestructura local que puede ser una escuela antigua, puesto de salud o un lugar puntual solo para Atención Primaria Social.

Los CAS se oficializaron en el año 2018 mediante actos interadministrativos que se celebraron en las alcaldías de 20 municipios. En el 2019 se dio cobertura a seis (6) municipios más para un total de 26 municipios y 54 territorios CAS (Tabla 5). Finalmente, a través de gestiones departamentales, se dotó para el trabajo extramural con recursos de la subdirección de prestación de servicios de la DTSC, lo cual se dispuso en las Circulares n.º 0545 de 2018 y 0073 de 2019.

**Tabla 5. Territorios CAS en funcionamiento**

<b>Municipio</b>	<b>Acto Administrativo</b>	<b>Nombre Cas 2018</b>	<b>Nombre Cas 2019</b>	<b>Total Cas</b>
<b>Aguadas</b>	Resolución 367 del 16 de agosto de 2018	Vereda La Mermita		<b>1</b>
<b>Anserma</b>	Resolución 382 del 20 de junio de 2018	Barrio San Isidro	Vereda La Rica	<b>2</b>
<b>Aranzazu</b>	Decreto 0031 del 22 de junio de 2018	Barrios Hoyo Frío, Renacer, Guarango, Ciudad de Jardín	Vereda El Roblal y vereda Las Camelias	<b>3</b>
<b>Belalcázar</b>	Decreto 27 del 6 de julio de 2018	Resguardo Totumal		<b>1</b>
<b>Chinchiná</b>	Resolución 508 del 10 de agosto de 2018	Barrio La Frontera	Barrio El Túnel y vereda El Trébol	<b>3</b>
<b>Filadelfia</b>	Resolución 0610 del 22 de junio de 2018	Corregimiento San Luis	Vereda Morritos	<b>2</b>
<b>La Dorada</b>	Decreto 094 del 21 de junio de 2019		Vereda Purnio	<b>1</b>
<b>La Merced</b>	Decreto 073 del 29 de agosto de 2018	Veredas: El Limón, Fontibón y Maciegal	Centro poblado La Felisa	<b>2</b>
<b>Manzanares</b>	Resolución 502 del 29 de junio de 2018	Vereda Llanadas y corregimiento Las Margaritas	Área Rural: corregimiento Planes (incluye a San Juan y Siria) y Aguabonita (incluye La Ceiba)	<b>3</b>
<b>Marmato</b>	Resolución 239 del 20 de junio de 2019	Centro poblado San Juan	Área rural de La Cuchilla y vereda Cabras	<b>3</b>

Municipio	Acto Administrativo	Nombre Cas 2018	Nombre Cas 2019	Total Cas
<b>Marquetalia</b>	Decreto 19 del 18 de abril de 2018	Sector El Placer (incluye las veredas El Placer, La Miel, La Esmeralda, San Luis, Unión Baja, Unión Alta, Unión Esperanza, Chocó, Buenos Aires, El Porvenir, El Aguacate, La Bamba) y San Juan. Corregimiento Santa Helena: integra las veredas Santa Elena, San Roque, Guarinó Guamo, El Vergel, Gancho, El Rosario, El Palmar, Guacas, Alto Bonito, San Pablo, La Moscovita, La Bella, La Mirla	CAS Patiobonito: integra las Veredas La Playa, Encimadas, Los Sainos, Costa Rica, Las Gaviotas, Guayaquil, La Mapolita	<b>2</b>
<b>Marulanda</b>	Resolución 175 del 31 de julio de 2018		Corregimiento Montebonito y sus veredas. Cabecera municipal	<b>2</b>

Municipio	Acto Administrativo	Nombre Cas 2018	Nombre Cas 2019	Total Cas
<b>Neira</b>	Decreto 082 del 1 de agosto de 2018	Barrios La Divisa, Panorama, La Unión, Estación Neira. Veredas: Tapias, Cuba, Juntas	Veredas Aguacatal y Llanogrande	<b>3</b>
<b>Norcasia</b>	Resolución 209 del 8 de agosto de 2018	Veredas: Quiebra de Roque, San Esteban, Santa María		<b>1</b>
<b>Pácora</b>	Resolución 446 del 4 de octubre de 2018		La Palma y Las Coles. Área Rural	<b>2</b>
<b>Palestina</b>	Resolución 858 del 21 de agosto de 2018		Corregimiento de Arauca y cabecera municipal: barrios Nogales, El Carmen y El Prado. Veredas Higuierón y La Plata	<b>2</b>
<b>Pensilvania</b>	Decreto 103 del 26 de junio de 2018	Corregimiento Bolivia	Corregimiento Arboleda	<b>2</b>
<b>Riosucio</b>	Decreto 87 del 13 de julio de 2018	Resguardo Indígena San Lorenzo: Comunidad San Jerónimo	Resguardo Indígena San Lorenzo, comunidad Lomitas y Resguardo Cañamomo –Lomapieta. Comunidad Portachuelo	<b>3</b>
<b>Risaralda</b>			Resguardo La Albania	<b>1</b>

Municipio	Acto Administrativo	Nombre Cas 2018	Nombre Cas 2019	Total Cas
<b>Salamina</b>	Decreto 030 del 22 de junio de 2019		Veredas La Divisa y El Perro	<b>2</b>
<b>Supía</b>	Resolución 571 del 16 de agosto de 2018	Barrios: Villa Carmenza, Renán Barco, Popular. Veredas: Hojas Anchas Comunidad Campesina, Alto San Francisco de Parcialidad de Cauromá, vereda La Trina de la parcialidad de La Trina. Comunidades San Pablo, Santa Ana, Alto Sevilla del Resguardo Cañamomo	Veredas Buenavista y Guamal. Comunidad Buenavista. Población Campesina y Guamal, centro poblado de la comunidad de Cañamomo Lomapieta	<b>3</b>

Municipio	Acto Administrativo	Nombre Cas 2018	Nombre Cas 2019	Total Cas
<b>San José</b>	Resolución 383 de 13 de septiembre de 2018	Veredas: Tamboral, Pacifico, Arrayanes y Guimaral; La Primavera, Bosques, Morro Azul, Vaticano, Altomira sector el Guiaco; La Estrella, Ciénaga; La Morelia, Pueblo Rico; La Libertad, Buenavista y La Paz, El Contento, Los Caímos. Vereda Altomira Zona Alta.		<b>2</b>
<b>Samaná</b>	Decreto 075 del 29 de junio de 2018	Corregimiento de San Diego, vereda El Congal. Dentro de los beneficiados del Congal están Santa Rita, Cristales y la vereda Encimadas. Corregimiento de Encimadas (vereda de Encimadas llamada Florencia)	Corregimiento Berlín	<b>3</b>
<b>Victoria</b>	Resolución 468 del 1 de septiembre de 2018	Vereda Isaza y aledañas		<b>1</b>

Municipio	Acto Administrativo	Nombre Cas 2018	Nombre Cas 2019	Total Cas
Villamaría	Decreto 067 del 1 de agosto de 2018	Barrios: Santa Ana, La Floresta, Molinos, Villa Juanita	Veredas Valles y Miraflores	3
Viterbo	Decreto 031 del 19 de junio de 2018	Vereda: La María, El Socorro, La Linda		1
<b>Total</b>				<b>54</b>

#### Banco de Ofertas Intersectoriales

Esta plataforma se desarrolló para sistematizar toda la oferta (productos tangibles y servicios) de las instituciones, los municipios, el departamento y la nación en un único repositorio que facilitara el acceso a los ciudadanos interesados. El Banco de Ofertas como herramienta ayuda a conocer, estandarizar y articular los diversos servicios ofrecidos en los sectores público y privado con el fin de definir y orientar eficientemente las asistencias del Estado y de las instituciones hacia las necesidades de la comunidad caldense.

El sistema requiere, en primer momento, la caracterización de las ofertas a través de lo que se ha llamado “mapeo de la oferta”. Después, los beneficiarios son remitidos, por medio de una base de datos en cualquier formato, al Observatorio Social para realizar el proceso de interoperabilidad con la ficha familiar de Atención Primaria Social. Aquí son fundamentales los números de documento de identidad de los beneficiarios que serán interoperados y la ficha familiar, pues en esta última se trabajan las variables que fueron intervenidas por la oferta y, por consiguiente, influye en los cálculos del riesgo de cada familia. Las ecuaciones matemáticas y estadísticas generadas por la interoperabilidad de dichas bases de datos hacen parte del Sistema de Gestión Integral del Riesgo, principal componente del Observatorio Social.



En el año 2016 se asesoró a los municipios del departamento acerca de la articulación del portafolio de servicios de alcaldías municipales para la construcción del Banco de Ofertas. Para esto se incluyó una matriz en la construcción del portafolio de servicios que permitió recopilar la información y consolidarla en el sistema.

Las Secretarías de la Gobernación, para diciembre de 2016, tenían publicadas 64 ofertas dirigidas a todos los municipios del departamento, que incluían: cultura; deporte; desarrollo social; gobierno (capacitaciones); planeación; salud y prevención (vacunación infantil, vacunación canina y felina, toldillos impregnados de insecticidas, asistencias técnicas dirigidas a la comunidad y al sector salud, entrega en escuelas de paquetes de salud oral, aplicación de tamizajes en salud mental y campañas educativas en salud ambiental), y vivienda. El SENA y la Agencia para la Prosperidad Social fueron las primeras empresas estatales en subir las ofertas al aplicativo.

En el año 2017 se rediseñó la plataforma, quedando estructurada como Sistema Banco de Ofertas<sup>2</sup>. En esta interfaz es posible realizar la administración de las ofertas, su geoposicionamiento; identificar si es de origen nacional, departamental o municipal; además, precisar el sector del cual proviene la oferta: agropecuario, cultura, deporte, desarrollo social, educación, emprendimiento, gobierno, hacienda, innovación, ciencia y tecnología, minas, planeación, promoción y prevención, salud y prevención, seguridad y justicia, turismo y vivienda. También proporciona la lista de todas las entidades ofertantes y establece en qué condición se encuentra la oferta –postulación, selección, ejecutada–. Estas variables funcionan como filtros que permiten buscar las ofertas registradas en el Banco. La plataforma se encuentra en constante actualización en función de las condiciones mencionadas anteriormente. Para diciembre de 2019 se disponía de 451 ofertas cargadas en el Banco, distribuidas de la siguiente manera:

---

<sup>2</sup> [http://observatorio.saluddecaldas.gov.co/Banco\\_Ofertas/public/login](http://observatorio.saluddecaldas.gov.co/Banco_Ofertas/public/login)

- Ofertas nacionales, 48: ejecutadas, 6; en postulación, 29; en selección, 13.
- Ofertas departamentales, 30: ejecutadas, 2; en postulación, 25; en selección, 3.
- Ofertas municipales, 362: ejecutadas, 9; en postulación, 341; en selección, 12.
- Ofertas mixtas, 11: ejecutadas, 0; en postulación, 7; en selección, 4.

#### Sistema Universitario de Manizales (SUMA)

En el año 2010 se crea el Sistema Universitario de Manizales (SUMA) como parte de un acuerdo entre la Universidad de Caldas, Universidad Católica de Manizales, Universidad Autónoma de Manizales, Universidad Nacional de Colombia –sede Manizales–, Fundación Universitaria Luis Amigó y Universidad de Manizales. Su propósito es aunar esfuerzos para el desarrollo de programas y proyectos desde las tres funciones sustantivas de las Universidades (Universidad Católica de Manizales, 2019).

Este sistema pretende lograr transformaciones sociales, políticas, económicas y culturales sostenibles a través de un modelo de gestión social para el desarrollo y las prácticas universitarias (Universidad Católica de Manizales, 2019). Entre sus principales objetivos se encuentran:

1. Contribuir con el desarrollo socioeconómico de la ciudad, la región y el país.
2. Optimizar los recursos humanos, técnicos y físicos, en aras de una mayor eficiencia.

3. Desarrollar nuevas alternativas para la consolidación de comunidades académicas.
4. Impulsar y fortalecer las iniciativas de investigación, formación y extensión de las instituciones.
5. Propiciar la conformación de grupos de investigación y de trabajo interinstitucionales a fin de posicionar en la región y en la nación las capacidades y proyectos que adelantan las universidades.
6. Diseñar programas de educación formal y no formal dirigidos a responder efectivamente a las necesidades de capacitación local y regional.
7. Ofrecer servicios a diferentes entidades públicas y privadas dentro de las actividades propias de los objetivos institucionales enmarcados en sus labores de extensión.
8. Ampliar la cobertura del quehacer universitario mediante la ejecución de planes, programas y proyectos acordes con las demandas del entorno.
9. Apoyar la ejecución de actividades de emprendimiento en los ámbitos local y regional. (Universidad Católica de Manizales, 2019, p. 166)

Con este convenio las universidades de la ciudad fortalecen sus actividades de formación, investigación y extensión gracias a la implementación de proyectos y programas; además, establecen relaciones con otros centros, instituciones o personas naturales o jurídicas para conocer y adoptar mejores prácticas; la consecución de recursos de cofinanciación; la publicación de resultados que contribuyan al reconocimiento de la comunidad universitaria; la participación de los estudiantes como parte de su proceso de formación, y la vinculación en el ámbito universitario de nuevos procesos afines a su quehacer.

De manera específica, para el año 2010 se firmó el convenio SUMA proyección para:

Contribuir al desarrollo de la región a partir del trabajo intersectorial, intergremial, interuniversitario y en red con diversos actores locales y regionales, que posibilite la articulación de saberes y acciones orientadas al fortalecimiento de las comunidades y a la vinculación de la juventud universitaria como actor reflexivo de desarrollo. (Universidad Católica de Manizales, 2019, p. 45)

Para lograrlo se propusieron objetivos específicos como: fortalecer la integración Universidad-Empresa-Estado-Organizaciones-Sociales; vincular a las universidades con las comunidades; involucrar a las comunidades en la identificación de necesidades y potencialidades, así como movilizar a las organizaciones sociales para desarrollar proyectos encaminados al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de cada región.

En el año 2015, se estableció el convenio macro entre la DTSC y las universidades integrantes de SUMA. La intención fue constituir una alianza para impulsar y fortalecer las diferentes acciones en los territorios, en el marco del desarrollo de la estrategia de Atención Primaria Social y la consolidación del Observatorio Social en Salud Pública para el departamento. Con la celebración de este convenio se robustece la intervención sectorial, transectorial y comunitaria en los territorios, a partir de la identificación de los determinantes sociales que impactan de manera positiva o negativa el estado de bienestar de las comunidades.

Dentro de los acuerdos establecidos en este convenio se encuentran:

1. Conjugar esfuerzos entre la Dirección Territorial de Salud de Caldas y las universidades vinculadas a SUMA, de tal manera que se estimule el fortalecimiento y mejoramiento continuo de los procesos de gestión, formación e investigación para mejorar las condiciones de vida de una

población. Ello se encuentra consagrado en el Plan Departamental 2013-2015 denominado “Caldas en la ruta de la prosperidad”, que contiene líneas estratégicas del sector salud.

2. Facilitar campos de práctica a los alumnos en formación, definiendo de manera clara y precisa los planes calendario.
3. Participar activamente en el desarrollo y ejecución de los proyectos liderados entre las partes, para lo cual se encaminan las acciones hacia el logro de los objetivos.
4. Definir los canales de comunicación entre las partes para superar las diferencias que puedan darse en el desarrollo de las actividades.
5. Aportar al desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública, componente transectorial, en lo relacionado con la academia.
6. Apoyar la consolidación del modelo operativo de Atención Primaria Social adaptado a las condiciones territoriales, con la idea de que garantice la intervención sectorial y transectorial en las comunidades.
7. Designar los delegados para integrar el Comité Coordinador que supervisará la ejecución del convenio.
8. Realizar aportes en tecnología, recurso humano, insumos y dinero (en base a los certificados de disponibilidad presupuestal que las instituciones constituyan en este convenio), entre otros, para la funcionalidad del convenio.

Con este acuerdo, la DTSC ha logrado acercarse a las universidades del convenio SUMA para promover y fortificar la gestión del conocimiento en sus estudiantes, así como de las tecnologías tendientes a desarrollar

mecanismos que avalen las condiciones adecuadas para formar el recurso humano de conformidad con el modelo de Atención Primaria Social propuesto para el departamento de Caldas. Así mismo, ha perfeccionado la participación de universidades en el desarrollo de la estrategia Atención Primaria Social y ha logrado la vinculación de programas académicos diferentes a salud mediante prácticas de estudiantes, integrando equipos interdisciplinarios, realizando acompañamiento a familias en riesgo, participando en organización de jornadas CAS, realizando caracterización de familias, actualización de fichas y apoyando los procesos de mapeo.

### Cuídate-Cuídame

En el año 2013 la Dirección Territorial de Salud de Caldas creó la campaña “Cuídate-Cuídame”, “Ni se te ocurra pensar en pólvora”. Su finalidad era informar sobre los riesgos y prohibición de compra y manipulación de pólvora, así como promover el autocuidado en los caldenses para evitar lesionados por pólvora en el periodo de vigilancia epidemiológica de fin de año.

El Plan de Desarrollo Departamental “Caldas Territorio de Oportunidades 2016-2019” contempló la campaña “Cuídate-Cuídame” como la forma de desarrollar la estrategia Información, Educación y Comunicación (IEC) –actualmente reconocida como la ruta de la educación y comunicación para la salud (Minsalud, 2014)–, fundamentada en la *información* que debe contribuir para propiciar cambios, divulgar conocimientos y forjar actitudes. Fueron trascendentales la *educación*, la cual ayudó a que tanto los individuos como los grupos sociales reconocieran sus responsabilidades en las decisiones de asumir o no estilos de vida saludables, y la *comunicación*, que permitió divulgar los efectos cognitivos en la población y así distribuirlos socialmente.

La campaña “Cúidate-Cúidame” se compone de dos ejes:

1. *Campañas de comunicación con las líneas de salud pública.* Orientadas al desarrollo de acciones comunicativas masivas con las dimensiones de salud pública, estas campañas buscaban fomentar conocimientos, actitudes y comportamientos de autocuidado que significaran la adopción de estilos de vida saludables.
2. *Cátedra en las Escuelas.* Destinada a fomentar en los estudiantes habilidades para la vida y hábitos y estilos de vida saludables que ayudaran a comprender la realidad humana, para que los educandos identificaran y analizaran los problemas que en ella se manifiestan en pro de un mundo más feliz.

Entre sus objetivos se encontraron:

- a. Diseñar estrategias que impacten los determinantes sociales críticos en el departamento identificados en el Plan Territorial de Salud y que contribuyan al trabajo inter y transectorial en el marco de la estrategia de Atención Primaria Social.
- b. Implementar una campaña pedagógica en diferentes grupos o segmentos de población de una forma directa y de acuerdo con las necesidades específicas detectadas por la estrategia de Atención Primaria Social.
- c. Contribuir al desarrollo de alianzas estratégicas con diferentes sectores y mercados potenciales al empoderar actores sociales y multiplicadores de esta campaña.
- d. Fomentar el mercadeo como una herramienta indispensable dentro de la campaña en pro de satisfacer las necesidades de la población caldense.
- e. Contribuir en la planeación estratégica de la divulgación clara, precisa y oportuna por medio de la elaboración de material comunicacional en el marco de la Atención Primaria Social.

- f. Presentar un plan para ejecutar la concertación con las diferentes entidades del Estado y los actores sociales con el fin de unificar esfuerzos en torno a la construcción de una política pública social y de salud en el departamento.

Para lograr un trabajo articulado con los diferentes entes municipales y departamentales, previo a la implementación de la estrategia la DTSC, se construyó una guía metodológica dirigida a las alcaldías municipales cuyo objetivo fue capacitar sobre las estrategias de mercadeo y de IEC. De igual manera, se socializó la campaña “Cuídate-Cuidame” en un comité transectorial con delegados de las secretarías departamentales de deporte, desarrollo social y educación, con el apoyo de la Policía de Infancia y Adolescencia.

En el año 2013 se promovieron otras líneas de campaña en torno al medio ambiente, salud visual, salud oral, ETV, salud mental, prevención del cáncer, seguridad alimentaria y defensa de los derechos de los niños. En el año 2016 se creó la cátedra Cuídate-Cuidame como parte de los ejes transversales de los programas pedagógicos inmersos en las áreas del plan de estudio, partiendo de que son pilares fundamentales de obligatorio desarrollo por parte de los educandos. Mediante convenio interadministrativo con las secretarías de educación departamental y de Manizales se desarrolló la cátedra con niños de básica primaria de las escuelas públicas, promovida por una guía metodológica que permitió orientar talleres como:

- *Perdonar es saludable.* Busca promover habilidades para la vida basadas en la tolerancia, la reconciliación y el perdón.
- *Vivir la juventud es saludable.* Propende por sensibilizar y educar sobre los derechos sexuales y reproductivos promoviendo actitudes responsables y de respeto frente a la sexualidad.



- *Respetar mis derechos es saludable.* Busca asegurar que la comunidad reconozca los tipos de violencia y fomentar la tolerancia, el respeto y el perdón.
- *Respetar el medio ambiente es saludable.* Sensibiliza sobre los riesgos naturales que afectan la salud humana y promueve la protección del medio ambiente y los animales.
- *Prevenir es saludable.* Busca prevenir la automedicación y promover los controles médicos que faciliten la detección temprana de posibles enfermedades.
- *Pedalear la vida es saludable.* Enseña hábitos saludables a través de la práctica continua de actividades físicas y deportivas.
- *Comer lo natural es saludable.* Educa a la comunidad sobre hábitos alimenticios saludables.

La cátedra Cuídate-Cuídame se implementó en 26 municipios del departamento de Caldas, con lo que más de 85 mil niños de la básica primaria pública recibieron conocimientos sobre alimentación saludable, práctica de ejercicio, medio ambiente, derechos de los niños, valores, entre otros temas. Con dicha estrategia se quiso generar cambios conductuales en niños para adquirir hábitos de vida saludable. Adicionalmente, se implementó en la Cátedra un concurso que motivó a los estudiantes a componer poesías, trovas y escritos que denotaran la interiorización del concepto de autocuidado sobre hábitos y estilos de vida saludable. Durante el año, en todas las instituciones educativas se trabajó con el cuaderno Cuídate-Cuídame. En él, los estudiantes plasmaron sus pensamientos a través de escritos, dibujos, poesías, canciones y trovas; los aspectos destacados fueron actividad física, higiene personal, buen trato, convivencia, educación ambiental y sexual, entre otros.

En el 2017, se promovió la campaña “Porque me quiero busco ayuda”, una campaña orientada a la prevención de violencia psicológica en las mujeres. Su finalidad fue concientizar a las mujeres sobre comportamientos y acciones que son cotidianas y aceptadas, y que se convierten en violencia. Ese mismo año se realizó la campaña “Una señal, campaña de salud mental”, dirigida a la identificación temprana de problemáticas que afectaran la salud mental y a sensibilizar frente a la corresponsabilidad al ayudar a las personas cercanas en caso de conductas autolesivas. Su objetivo se concentró en brindar información sobre cambios de comportamiento en las personas que indiquen posibles afectaciones en la salud mental. Así mismo, se trabajó la prevención de consumo de sustancias psicoactivas como prioridad en propuestas llamadas “Métele mente y decide” y “Cuídate-Cuídame, campaña para evitar el consumo de drogas en Caldas”.

Con esta última campaña la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Gobierno departamental, liderado por la Dirección Territorial de Salud de Caldas, buscaron prevenir el consumo de drogas en los jóvenes caldenses, invitándolos a reflexionar antes de tomar decisiones que puedan afectar sus vidas y sus entornos familiares y sociales. La campaña estuvo dirigida, además, a promover habilidades para la vida y la toma de decisiones acertadas, especialmente en la población adolescente entre los 15 y 26 años. Otro aspecto relacionado con esta campaña fue la alianza con la Secretaría Departamental de Recreación y Deporte y otras entidades para llevar a cabo movilización social con la campaña “Cuídate-Cuídame”. Estrategia “Hagamos un pacto por la salud, vacuna contra el maltrato”.

En el año 2018, el departamento de Caldas, con la intención de diseñar programas para promover los hábitos y estilos de vida saludable, logró una articulación con entidades privadas, lo que se convirtió en un factor fundamental para la difusión y promoción de “Cuídate-Cuídame” en sectores privados a los cuales no se tenía alcance. Al finalizar el 2018 la meta se cumplió en un 100 %.

En el año 2019, a través del apoyo de la empresa privada, se construyó material informativo referente a la campaña de prevención del cáncer de mama *No me salgas con disculpas*. El interés era un plan educativo que impactara la población de los Centros de Atención Social para promover en las mujeres la detección temprana de alguna anomalía y el autocuidado.

### 3.1.2 Bienestar y salud familiar

Para el abordaje de la familia como elemento central del modelo operativo, en este eje se evidenciaron los aspectos que sustentan no solo la estructura del Observatorio, sino también el engranaje necesario para conocer, analizar y priorizar las familias que son intervenidas a través de la estrategia. Vale anotar que la ficha de caracterización es la base para la recolección de información que ingresa al Observatorio, de allí la importancia de la calidad del registro y de su diligenciamiento completo. Esto porque los datos son susceptibles de ser utilizados por actores externos, incluyendo otros sectores y la academia, de tal manera que sirvan de sustento en la estructuración de planes, programas y políticas que beneficien a las familias con mayor riesgo.

#### Observatorio Social de Caldas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011) “busca incrementar la capacidad de los sistemas de información existentes para avanzar en la vigilancia en temas de interés de salud pública de los países” (p. 9). Para este logro, es fundamental consolidar información, difundirla y gestionar el conocimiento a través de los observatorios, la colaboración y la cooperación. Ello permite una visión de la salud pública cuyos puntos de partida son los grupos de interés y las dimensiones requeridas. En este sentido, el Observatorio Social de Caldas surge para identificar las necesidades de la población en las diferentes etapas de su vida, desde diversos contextos y

perspectivas de intervención. La base principal son los determinantes sociales de la salud al contar con un monitoreo constante gracias a las salas situacionales dispuestas.

Esta herramienta se concibe como un sistema integrador de la información del departamento que favorece aspectos como: la interoperabilidad de datos; el uso de Instrumentos de Información y Visualización (INFOVIS); la generación de unidades de análisis y de analítica basadas en la evidencia; la integración de información con sistemas de geoposicionamiento y georeferenciación; el monitoreo periódico a través de tableros de control; el cruce de variables de interés de diversas fuentes que afectan la dinámica familiar; la elaboración de modelos matemáticos, estadísticos y predictivos, entre otros procesos, para generar las respuestas que el Estado dará ante las demandas de la sociedad.

Su misión es integrar la información de los diferentes sectores e instituciones para mantener un sistema de gestión integral del riesgo, permanentemente actualizado, para la toma de decisiones. La propuesta es un hecho histórico en el departamento Caldas, pues otorga mayor significado a la realización y ejecución de proyectos de inversión en todos los municipios. Todo lo anterior favorece la recolección, análisis y publicación de indicadores, que son la línea base y el instrumento primario para las acciones relacionadas con las condiciones de vida de la población caldense.

Las funciones del Observatorio Social en Salud Pública para el departamento de Caldas<sup>3</sup> son:

1. Impulsar la intersectorialidad, transectorialidad y colaboración entre los diferentes actores y sectores para la integración de fuentes de información en el Sistema de Información Social.

---

<sup>3</sup> Tomado de documento de trabajo de la DTSC.

2. Extraer de forma conjunta datos de diferentes fuentes para producir y aumentar la disponibilidad de información para el departamento.
3. Identificar brechas en la información y fomentar el incremento de la evidencia en salud para Caldas.
4. Monitorear cambios, comportamientos, tendencias y desigualdades comúnmente asociadas para destacar áreas de acción (observar con prospectiva para emitir alertas tempranas sobre factores de riesgo y problemas asociados).
5. Informar el desarrollo y aplicación de políticas e intervenciones sociales (apoyar e inducir la toma de decisiones, emitir recomendaciones y orientaciones políticas, así como intervenciones en salud).
6. Seguir el comportamiento de la oferta sanitaria, de los servicios de salud y de otros sectores, evaluando el progreso del sistema en las comunidades.
7. Difundir y comunicar la evidencia generada de forma eficiente.
8. Fomentar líneas de investigación en conjunto con la academia, Minciencias y otros actores del orden nacional e internacional.

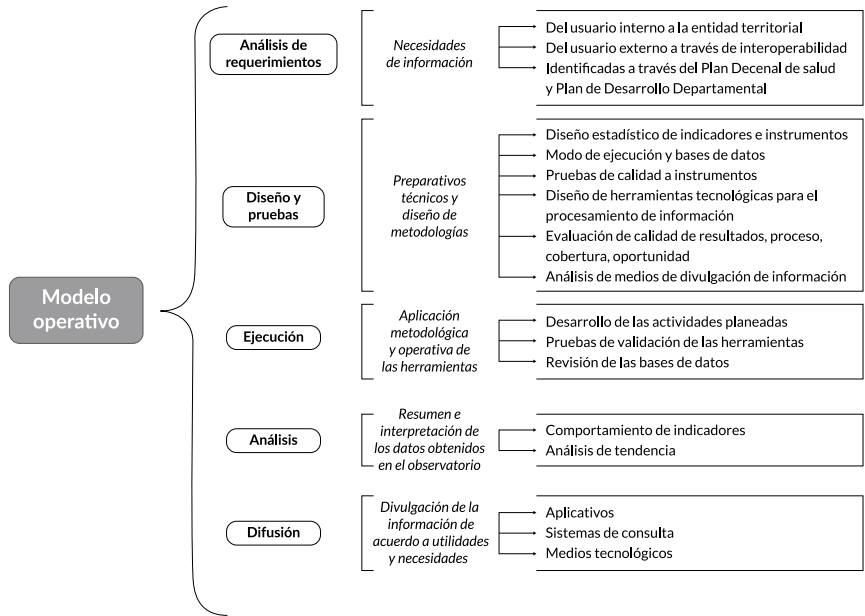
Características del Observatorio Social en Salud Pública para el departamento de Caldas:

1. Estandarización de los datos.
2. Integración de fuentes.

3. Estabilidad temporal y espacial.
4. Manejo institucional y organizacional de la información de las comunidades.
5. Unificación de criterios metodológicos en el análisis y generación de información.
6. Información unificada y confiable.
7. Aumento de la evidencia y gestión del conocimiento social para el departamento.

### **Etapas del modelo de operación:**

El Observatorio Social presenta una estructura informática que brinda trazabilidad a los procesos que se siguen con las familias del departamento. En la Figura 3 se presenta el modelo de operación estadística conformado por cinco (5) etapas de información: “Detección y Análisis de los requerimientos” determina las necesidades y los requerimientos de información; “Diseño y pruebas” realiza los preparativos técnicos y se diseñan las metodologías a seguir; “Ejecución” aplica los diseños metodológicos, procedimientos y herramientas previamente diseñados; “Análisis”, resume e interpreta los datos obtenidos en la operación estadística; y “Difusión”, divulga la operación generada teniendo en cuenta los requerimientos de los usuarios y la utilidad que se pueda tener (DTSC, 2016b).



**Figura 3.** Modelo operativo Observatorio Social de Caldas

### **Etapas del modelo metodológico:**

El Observatorio Social presenta también una estructura metodológica, la cual se articula directamente con el trabajo de campo. Sus etapas son siete (7): “definición de necesidades de información”, se analiza la información existente y lo que se desea monitorear; “identificación de fuentes de información”, explora fuentes, instrumentos, periodicidad, atributos y garantiza fuentes primarias de información; “gestionar fuentes”, permite mejorar fuentes, verificar calidad, disponibilidad del dato e identificar mallas validadoras como mecanismos que validen información antes de ser integrada a la bodega de datos; “priorizar y automatizar indicadores estándar” (de proceso, impacto, resultado, producto), permite la evaluación constante a corto, mediano y largo plazo; “definir plan de análisis y uso

de la información”, identificación de necesidades de información y documentación de evidencia en todos los niveles; “gestionar el conocimiento”, insumo clave para líneas base de la apropiación social del conocimiento ( investigación, publicación de informes y artículos de investigación entre otros); y “definir el seguimiento y evaluación” con el fin de garantizar sostenibilidad y continuidad en el tiempo (Figura 4) (DTSC, 2016a).

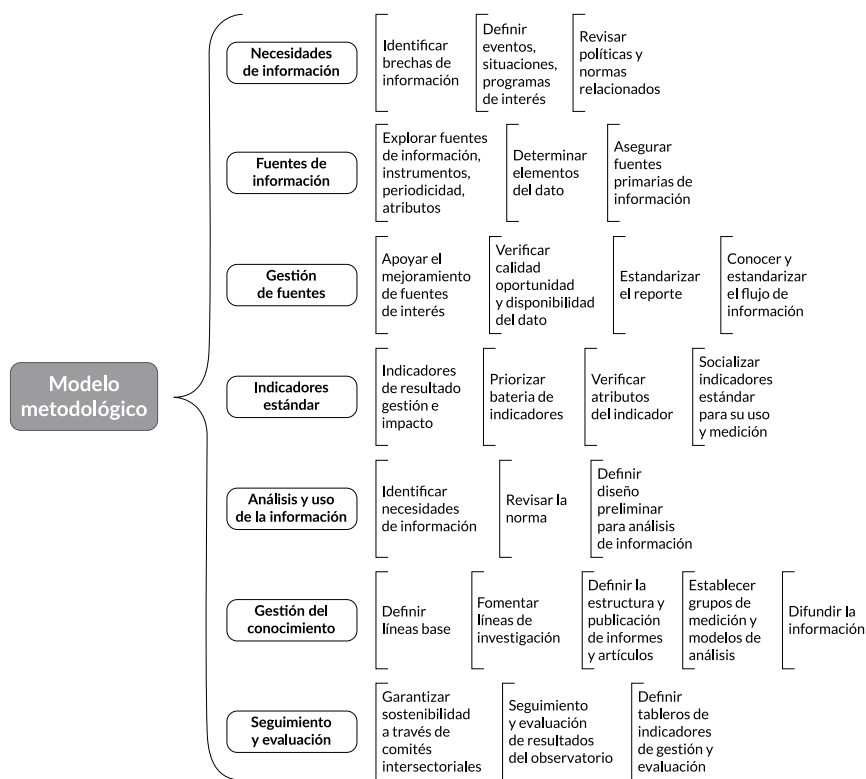


Figura 4. Modelo metodológico Observatorio Social de Caldas



Los elementos centrales del Observatorio

### **Sistemas integradores:**

El Observatorio de Salud Pública genera información para la gestión del conocimiento y definición de intervenciones en temas como: violencias; salud mental; ITS, VIH/SIDA; salud materna, embarazo adolescente, interrupción voluntaria del embarazo; SAN; medicamentos y tecnologías; envejecimiento y vejez; enfermedades crónicas; cáncer; discapacidad; Atención Primaria en Salud; calidad y seguimiento de los actores de salud; infancia y adolescencia; PAI; salud ambiental; eventos de notificación obligatoria; enfermedades huérfanas; PDSP; ODM, y Actividades preventivas en salud (DTSC, 2016b). En su proceso de construcción, el Observatorio Social ha incorporado los diez primeros eventos notificados a través de SIVIGILA y un análisis básico demográfico acompañado de publicaciones y enlaces de interés de actualidad social y de salud para el departamento de Caldas.

La información contenida en este instrumento se ha podido recoger mediante el aprovechamiento del Sistema de Información Geográfico (SIG), del Sistema Integrado de Información Social y del Sistema Integral de Información en salud; ofrece, además, información en tiempo real o en periodos variables por días, semanas o meses. También cuenta con información de cada uno de los veintisiete (27) municipios del departamento con sus respectivos perfiles epidemiológicos, es decir, evidencia todo aquello que afecta a una comunidad, como morbilidad, mortalidad, demografía, accidentalidad, homicidios, embarazos, principales causas de consulta médica, entre otros (DTSC, 2016b).

El sistema dispone de aplicativos específicos que profundizan en el conocimiento del estado social y de salud de personas, familias y comunidades, entre ellos el Banco de Ofertas, que tiene como propósito elaborar un

portafolio de servicios disponibles para la comunidad. De este modo, se constituye en uno de los componentes centrales de la estrategia de Atención Primaria Social junto con el sistema LINHUM, que facilita el procedimiento de expedición de licencias de inhumación en línea por medio de la página del Observatorio<sup>4</sup>. Con el Sistema Interinstitucional para la Paz y el Post-conflicto se ha desarrollado un proceso en el que se ubican los puntos que presentan problemáticas sociales más agudas, vistos desde instrumentos como el Observatorio y el cruce de su vasta información.

Como un modelo de gobernanza, el Observatorio Social de la DTSC se ha convertido en herramienta del Consejo de Política Social Departamental, el ente rector de la estrategia Atención Primaria Social, y de los Consejos de Política Social de los municipios, donde se ha presentado la información consolidada relacionada con eventos sensibles para la salud pública. En consecuencia, el Observatorio Social favorece la promoción de políticas públicas que le permiten al administrador público encontrar datos e información que facilitan la toma de decisiones.

Para esto, en el Observatorio se diseñaron instrumentos para la caracterización, el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas, entre los cuales resalta la ficha de caracterización familiar. Esta ficha es usada por los agentes de salud para trabajar en la orientación de las familias que tienen asignadas, basados en la presencia de riesgos individuales o familiares. El instrumento cuenta con variables que evalúan las dimensiones de comportamiento, aspectos sociales, saneamiento ambiental y aspectos de salud, como se puede ver en las tablas 6-9:

---

<sup>4</sup> <http://observatorio.saluddecaldas.gov.co/Linhum/public/login>

**Tabla 6.** Variables relacionadas con el comportamiento

Sin carné de SISBEN	Pobre no afiliado	Ausentismo escolar
Sin control de C y D Tamizaje visual Salud oral	Citología vaginal, examen de próstata, mamografía	Control de embarazo, puerperio completo
Consulta oftalmológica en adultos	Esquema de vacunación completo	Autoexamen de mama
Hemoglobina en niñas	Sospecha de maltrato	Consulta de detección temprana
	Trabajo infantil	Inadecuada P/F
	Consumos de alcohol, cigarrillo, psicoactivos	Higiene regular o mala de la vivienda o de las personas

**Tabla 7.** Variables relacionadas con lo social

Nivel 0-1 del SISBEN	Grupos	Grupos Especiales
Evasores	Desnutrición	Desmovilizados, desplazados, indigentes
Baja escolaridad	Presencia de discapacidad	Sospecha de maltrato
Analfabetismo	Estado de la vivienda: malo	Trastorno mental
Consumos de alcohol, cigarrillo, psicoactivos	Hacinamiento	TBC
	Grupos étnicos: afro, indígenas	Presencia de riesgos sociales

**Tabla 8.** Variables relacionadas con el saneamiento ambiental

Abasto de agua individual	Basuras domiciliarias sin tapa	Cocina con carbón, leña o aserrín
Lluvia, pozo, río o caño	Disposición de basuras quemada a campo abierto	Presencia de vectores artrópodos, roedores
Aguas crudas	Excretas a campo abierto	Presencia de riesgos físicos, químicos o biológicos
Aguas servidas en campo abierto, cuerpos de aguas	Ventilación e iluminación de la vivienda regulares o malas	Animales no vacunados

**Tabla 9.** Variables relacionadas con aspectos fisiológicos y de salud

Exceso de peso	Paciente con trastorno mental, TBC, Hipertensos, diabéticos, cáncer, lepra, ETV, inmunodeprimidos, otras patologías	Resultados alterados en citología, mama, próstata.
Presencia de discapacidad	Hemoglobina baja en niñas	

En la unidad de análisis, la ficha familiar pasa a ser la herramienta para el conocimiento profundo del estado de las familias, según determinantes sociales y de salud. En esta unidad se evalúan los riesgos familiares, correctamente parametrizados, mediante una calificación binaria en el *software* y a partir de las diferentes variables de la ficha familiar adaptada para el departamento de Caldas. Los cálculos matemáticos y estadísticos propuestos para la ficha familiar califican el riesgo desde lo individual, familiar y colectivo gracias a ecuaciones que se puedan aplicar a grandes cantidades de datos de poblaciones finitas. En este caso, la calificación máxima de

riesgo individual y familiar está dada en un sistema binario donde el valor UNO (1) representa la presencia de riesgo y el valor CERO (0) o vacío, la ausencia. La sumatoria define los riesgos individuales y, finalmente, la suma de cada riesgo individual, el riesgo familiar.

Con el resultado de la desviación estándar poblacional se procede a establecer los puntos de corte para los diferentes riesgos bajo la curva de distribución normal. El riesgo bajo se define como la población comprendida entre la uno (1), desviación estándar positiva, y el resto de la curva hacia la izquierda (incluye toda la curva negativa); en este rango se ubica el 84 % de la población. El riesgo medio comprende desde la primera hasta la segunda desviación estándar positiva; en este rango se encuentra el 13,59 % de la población. Por último, el riesgo alto va desde la segunda desviación estándar positiva hacia el resto de la curva de la derecha y comprende alrededor del 2,15 % de la población (DTSC, 2019).

Este tipo de distribución permite encontrar a las familias con mayor riesgo en una comunidad y focalizar los esfuerzos del Estado en las personas más vulnerables del municipio o del departamento. Por ello, es necesario evaluar el riesgo individual de tal manera que se logre ubicar a los individuos que por sus peculiaridades puedan estar en alto riesgo aun perteneciendo a familias de bajo o mediano riesgo.

#### Interoperabilidad

Con el objetivo de constituir un sistema permanente para la identificación de necesidades y riesgos de la población continua e integral, el Observatorio Social cruza datos con más de 1.400 bases de datos y 98 fuentes de información. Se destacan: el Sistema de Identificación de Beneficiarios de Servicios Sociales (SISBEN), aseguramiento, Sistema de Matrículas Estudiantil (SIMAT), Línea de salud oral, Cuenta alto costo, Trabajo,

Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Prevención de Infecciones de transmisión sexual (ITS), Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Registros Individuales de Prestación de Servicios de salud (RIPS), Secretaría de Gobierno, Secretaría de Agricultura, Familias en Acción, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Caja de Compensación Familiar de Caldas (CONFA). Con este cruce de información se favorece la integralidad de la atención, una vez que se dispone de datos de los sujetos y sus familias en diversas esferas de la vida, por lo cual las intervenciones se logran hacer de acuerdo con las condiciones reales de la comunidad.

#### Sistema de georreferenciación

El Observatorio Social de Caldas, a través de licencias de ARCGIS, creó un sistema de geoposicionamiento y georreferenciación con la intención de aprovechar la cartografía de los predios de cada municipio del departamento en los que, de manera simultánea a los procesos de caracterización familiar, se ingresan, por medio de un dispositivo móvil, las coordenadas de longitud y latitud de la vivienda caracterizada para almacenar dicha información en la base de datos de la plataforma. Este insumo favorece la toma de decisiones y la focalización de la oferta institucional en función de las características de salud, saneamiento o situación social de la población en una región o en el departamento. Gracias al sistema, es posible esquematizar los puntos en los que se ubican personas con una condición semejante para realizar una intervención específica. Al mismo tiempo, el Observatorio dispone de una herramienta que hace un seguimiento histórico del riesgo de las familias que han sido intervenidas y acompañadas por parte de los equipos de Atención Primaria Social de la alcaldía municipal y la ESE municipal, como parte de los procesos de evaluación y control de las acciones municipales.

## Lo ético en el Observatorio

El acceso, la confidencialidad y el manejo de la información del Observatorio se encuentra bajo la responsabilidad de la DTSC, las administraciones municipales y la ESE de cada región. Concretamente, desde la DTSC, como centro logístico y administrativo de la información, se delegan usuarios y contraseñas a los funcionarios municipales, quienes realizan las solicitudes de creación por escrito. Para esto, el equipo departamental del Observatorio Social cuenta con roles o dominios designados en función de las responsabilidades que cada colaborador tendrá en la plataforma: registro, permite ingresar información; de consulta, permite ver datos; de edición, permite realizar cambios dentro de la ficha y guardar; de modificación, permite editar, modificar o eliminar la información de la ficha; administrador, tiene acceso a todas las atribuciones anteriores.

Los roles son creados para permitir el acceso a la información de acuerdo con los requerimientos municipales. Finalmente, en aras de garantizar la protección de la información, el equipo administrador verifica el uso y manejo de los usuarios de la plataforma y cierran aquellas cuentas que no han sido manejadas en más de diez semanas. Asimismo, el equipo del Observatorio Social cuenta con unas guías de manejo de información en las que se indica qué información se tiene, qué información se hace pública y qué información recibir para sistematizar. Además, dispone de un documento de Habeas Data de acceso a información acordado con cada institución.

## Rutas de atención

**Intervención individual:** una vez identificadas las personas de las familias en riesgo, el equipo de Atención Primaria Social del municipio, con el apoyo de la IPS pública o EPS y mediante visitas al domicilio, brinda educación y acompañamiento para el autocuidado individual, promoción de la salud, prevención de la enfermedad o rehabilitación. Después, realiza

las remisiones requeridas para una disciplina en específico. Finalmente, hace acompañamiento y seguimiento de los planes caseros establecidos.

**Intervención familiar:** el acompañamiento familiar inicia con la creación de la ficha según las características sociodemográficas y los determinantes sociales de salud identificados. A partir de esto, las familias clasificadas en riesgo medio o alto son visitadas por el equipo de Atención Primaria Social para hacer frente a sus condiciones de vida con el objetivo de llevar a cada familia a una clasificación de riesgo bajo.

La visita domiciliaria se considera una estrategia de acompañamiento de orientación, de consejería multidisciplinaria, dependiendo de las necesidades específicas de las familias caracterizadas con ficha familiar (Bienestar Familiar, 2019). Ese acompañamiento es una oportunidad para conocer a las personas, las familias y las comunidades en el ambiente donde viven, pues permite crear una relación más personalizada y humana con cada familia; además, ayuda a concertar en su propio entorno un plan familiar de intervención que dé respuesta a sus necesidades y condiciones. Es decir, facilita la vigilancia y el seguimiento de la evolución de los logros alcanzados según las metas acordadas.

De acuerdo con la clasificación de los riesgos identificados esta es la periodicidad de las visitas:

- Familias de riesgo alto: una visita mensual.
- Familias de riesgo medio: una visita trimestral.
- Familias de riesgo bajo: una visita anual.

**Intervención comunitaria:** jornadas, brigadas, bazares y visitas a los diferentes sectores con el fin de implementar actividades que involucren a todos los integrantes de la familia en la prevención de la enfermedad,



promoción de la salud y mejoramiento de la salud a través de la vacunación, jornadas de actividad física, asistencia médica y orientación en diversos campos de la salud como odontología, psicología, nutrición, oncología y actividades culturales.

#### Unidad de análisis situacional

Las unidades de análisis son definidas como una herramienta que posibilita la identificación, priorización, georreferenciación, examen y evaluación integral de los factores relacionados con los riesgos de las comunidades y, de manera específica, de los individuos y las familias. Los participantes son identificados a través de la caracterización en las fichas familiares. El objetivo es proponer soluciones viables y factibles teniendo en cuenta el contexto local, además de monitorear y ponderar los resultados obtenidos una vez se ejecuten las decisiones tomadas. La unidad de análisis identifica los riesgos, que se clasifican como: riesgos sociales y del comportamiento; no adherencia a programas; presencia de riesgos de origen social, un ejemplo de esto es la inseguridad; del medio ambiente; saneamiento básico; biológicos, eventos de interés en salud pública; y de servicios, que implican barreras de acceso y bajas coberturas.

Según Rodrigo Restrepo G., la sala situacional:

Se constituye en un espacio físico y virtual donde información de diferentes características es analizada sistemáticamente por un equipo de trabajo para caracterizar: la situación de salud, el perfil de necesidades, el perfil de oferta y la respuesta institucional y de cooperación técnica de un espacio-población, para favorecer la concentración de intervenciones en diferentes niveles de agregación, así mismo determina que la sala situacional es un proceso continuo de articulación en tres niveles. (DTSC, 2016a, p.7)

Dichos niveles son:

**Nivel 1:** recolección de datos, tabulación, procesamiento, mapeo.

**Nivel 2:** análisis y visualización de datos, comparación, valoración de frecuencias y elaboración de alternativas por núcleos temáticos.

**Nivel 3:** estimación de problemas, concertación de intervenciones.

Se espera que las unidades de análisis se desarrollen desde el departamento, el municipio, las IPS y otros sectores, pues estas deben priorizar según grupos de riesgos, perfiles epidemiológicos, ASIS, eventos de control especial, entre otros, contextualizados en las dimensiones poblacional, ambiental, económica y social. Asimismo, según la normativa departamental, las decisiones que se tomen en las unidades de análisis, independiente de su nivel, deben tener en cuenta no solo la participación social como aspecto prioritario para las intervenciones que se propongan, sino preservar el enfoque diferencial étnico y cultural y propender por la integración intersectorial para garantizar un proceso integral.

Para el desarrollo de las unidades de análisis, con el fin de obtener una evaluación adecuada de las condiciones del municipio sobre la gravedad, frecuencia, tendencia, valoración social y vulnerabilidad de la población, sus participantes se apoyan en instrumentos tales como fichas familiares sistematizadas y caracterizadas por riesgos, sistema de información georreferenciada, Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), sistemas de información de las subdirecciones y áreas misionales de la DTSC, y las salas situacionales temáticas locales del orden municipal.

Las principales funciones definidas en los diferentes actos administrativos que crean las unidades de análisis en el departamento de Caldas (Tabla 10) son:

- Definir procesos de análisis situacionales que permitan conocer las influencias positivas o negativas que los determinantes sociales tienen sobre el bienestar de la población.
- Tomar decisiones y construir propuestas que incluyan a los integrantes sectoriales, institucionales y comunitarios involucrados en la estrategia de Atención Primaria Social para elaborar planes de trabajo transectoriales, intersectoriales, interinstitucionales y multidisciplinarios que den respuesta efectiva a las familias en riesgo, comenzando con las soluciones que se encuentran al alcance de las instituciones participantes para paulatinamente esbozar, a largo plazo, la intervención de los temas estructurales.
- Establecer sinergias que permitan intervenir oportunamente a las familias caracterizadas en las fichas familiares en riesgo alto y medio. Esta estrategia busca aminorar las brechas de las inequidades sociales y en salud de la población.
- Incorporar, de manera progresiva, metodologías que permitan combinar información de sectores, instituciones y fuentes diversas para monitorear y evaluar las gestiones en los diversos niveles de intervención.
- Propender por la intervención de los riesgos individuales, familiares y comunitarios de acuerdo con los Determinantes Sociales de la Salud que están afectando el desarrollo ambiental, social, poblacional, económico o aquellos contemplados en el Plan Decenal de Salud Pública, así como los armonizados con los planes municipales de salud, para lograr el bienestar de la población.

**Tabla 10. Actos administrativos: unidades de análisis por municipios y subregiones**

<b>Alto Oriente</b>		<b>Magdalena caldense</b>	
<i>Municipio</i>	<i>Acto Administrativo</i>	<i>Municipio</i>	<i>Acto Administrativo</i>
Manzanares	Resolución 496 de 2017	La Dorada	Decreto 146 de 2018
Marquetalia	Decreto 53 de 2016	Norcasia	Resolución 192 de 2017
Marulanda	Resolución 026 de 2018	Samaná	Decreto 031 de 2017
Pensilvania	Decreto 005 de 2017	Victoria	Resolución 392 de 2017
<b>Alto Occidente</b>		<b>Bajo Occidente</b>	
<i>Municipio</i>	<i>Acto Administrativo</i>	<i>Municipio</i>	<i>Acto Administrativo</i>
Filadelfia	Resolución 164 de 2016	Anserma	Resolución 262 de 2017
La Merced	Decreto 087 de 2017	Belalcázar	Decreto 04 de 2018
Marmato	Resolución 225 de 2019	Risaralda	Resolución 301 de 2018
Riosucio	Resolución 67 de 2018	San José	Resolución 383 de 2018
Supía	Resolución 557 de 2015	Viterbo	Resolución 059 de 2017
<b>Centro Sur</b>		<b>Norte</b>	
<i>Municipio</i>	<i>Acto Administrativo</i>	<i>Municipio</i>	<i>Acto Administrativo</i>
Chinchiná	Resolución 751 de 2016	Aguadas	Decreto 048 de 2017
Manizales		Aranzazu	Decreto 016 de 2017
Neira	Decreto 050 de 2017	Pácora	Resolución 291 de 2017
Palestina	Resolución 466 de 2018	Salamina	Decreto 024 de 2018
Villamaría	Resolución 458 de 2018		

Los integrantes, a nivel departamental y municipal, son similares, pues se consideran los homólogos en las entidades territoriales del orden municipal. En este caso, para la sesión de unidad de análisis, desde la administración municipal se convocan actores clave, como: representante legal de la DTSC o su delegado; coordinador del Observatorio Departamental; coordinador de vigilancia epidemiológica del departamento; coordinador en Atención Primaria Social a nivel departamental; representante de planeación departamental; representante de la Secretaría de Educación Departamental; representante del ICBF; representante del DPS; representante de las comunidades; representante de las EPS; representante de la ESE, e invitados según el tema que se va a tratar.

Finalmente, los análisis, conclusiones y planeaciones derivadas de la sesión son socializadas en dos plataformas institucionales de toma de decisiones y acciones. La primera es el Consejo de Política Social, espacio en el que confluyen las secretarías de las diferentes dependencias para concertar y establecer las asociaciones requeridas para las intervenciones interdisciplinarias, intersectoriales e interprofesionales que permitan dar respuestas oportunas y adecuadas a la población, así como mitigar los riesgos individuales, familiares y comunitarios. La segunda son los espacios de participación social organizados, en donde se dan a conocer las necesidades identificadas y se definen prioridades de intervención con el apoyo de líderes comunitarios. Más información sobre estas dos plataformas se encuentra en la *Cartilla para el desarrollo de unidad de análisis*, de la DTSC, cuya finalidad es proporcionar herramientas de trabajo que promuevan la participación efectiva y comprometida de los sectores e instituciones que hacen parte de las dimensiones del desarrollo en el departamento de Caldas (DTSC, 2015).

### 3.1.3 Participación social y comunitaria

Otra de las estrategias de Atención Primaria Social en el departamento de Caldas es la participación social y comunitaria. Se entiende por participación social el proceso de gestión de la salud pública que propende por la participación de las familias y comunidades en la toma de decisiones públicas que les compete (Minsalud, 2019b). Por su parte, la participación comunitaria se configura cuando un grupo de personas de una misma comunidad con intereses, necesidades y problemas en común se reúne para analizar dichos elementos, buscar soluciones y tomar decisiones (Minsalud, 2019b).

En el contexto normativo nacional, este espacio de participación es reconocido en la Constitución Política de Colombia como un principio fundamental, ya que favorece la inclusión de civiles en decisiones relacionadas con su vida económica, política, administrativa y cultural (Cortolima, s. f.). En la Ley 1438 de 2011 se contempla la participación social, comunitaria y ciudadana como uno de los tres ejes de la estrategia de Atención Primaria Social, mientras que en el PDSP se concibe como una parte de la gestión social y de salud en el enfoque de determinantes sociales.

Concretamente, la DTSC, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 2063 de 2017, adopta la política de participación social en salud (Minsalud, 2019c), cuyo objetivo se centra en

Planificar y desarrollar las directrices que le permitan al Estado garantizar el derecho a la participación social en salud y su fortalecimiento; y a la ciudadanía la apropiación de mecanismos y condiciones para ejercer la participación con decisión para el cumplimiento del derecho a la salud en el marco de la Ley Estatutaria de Salud en armonización con la Política Integral de Atención en Salud (PAIS-MIAS). (Minsalud, 2019c, p.25)

Además, brinda asistencia técnica a los municipios para fortalecer y actualizar los mecanismos de participación social en salud de cada localidad:

- Socialización de la estrategia de Atención Primaria Social con la comunidad.
- Conformación de un comité de participación comunitaria para presentar el análisis de los riesgos encontrados en las familias caracterizadas.
- Capacitaciones en derechos y deberes.
- Orientación de las comunidades con enfoque diferencial en la participación de mesas de concertación con trabajo intercultural bajo la estrategia de Atención Primaria Social.

Las estrategias metodológicas para la dinamización de la participación social comprenden el aprendizaje experiencial y la educación para la salud. Específicamente, en algunos municipios donde habita población indígena y en otros donde se han desarrollado proyectos en zona rural, se han evidenciado estrategias desde un enfoque alternativo que tiene en cuenta el diálogo de saberes y/o saberes populares que resaltan los conocimientos, creencias, arte, moral, leyes, costumbres y hábitos de las personas inmersas en una sociedad.

Asimismo, realiza la evaluación anual de la coordinación de la participación social en cada municipio como parte de los procesos de seguimiento y monitoreo.

En el informe de gestión DTSC 2015 se encontró una sensibilización de la estrategia de Atención Primaria Social y Observatorio en los Consejos de Política Social de todos los municipios. En el 2016, se dieron a conocer organizaciones que permitieron el gregarismo y los procesos solidarios. A modo de ejemplo, se evidenciaron las organizaciones indígenas ACICAL (Asociación de Cabildos Indígenas de Caldas), ASOMETROC (Asociación de Médicos Tradicionales del Occidente de Caldas) y el CRIDEC (Consejo Regional Indígena de Caldas), colectivos que configuran espacios de socialización de problemáticas y concertación de posibles soluciones que desde la DTSC se pueden articular. Entre ellas se destacan la salud sexual y reproductiva; la salud ambiental, y la Atención Primaria Social vista desde un enfoque intercultural y diferencial.

Si bien la participación social y comunitaria está presente y se evidencian los esfuerzos a nivel departamental para fortalecerla, en la mayoría de los municipios se cumple de forma marginal. Por lo tanto, es necesario trascender la socialización de la estrategia que involucrar activamente a las personas para que se empoderen del proceso, se apropien de su territorio y, a su vez, sostengan en el tiempo los programas y proyectos barriales.





## CAPÍTULO 4

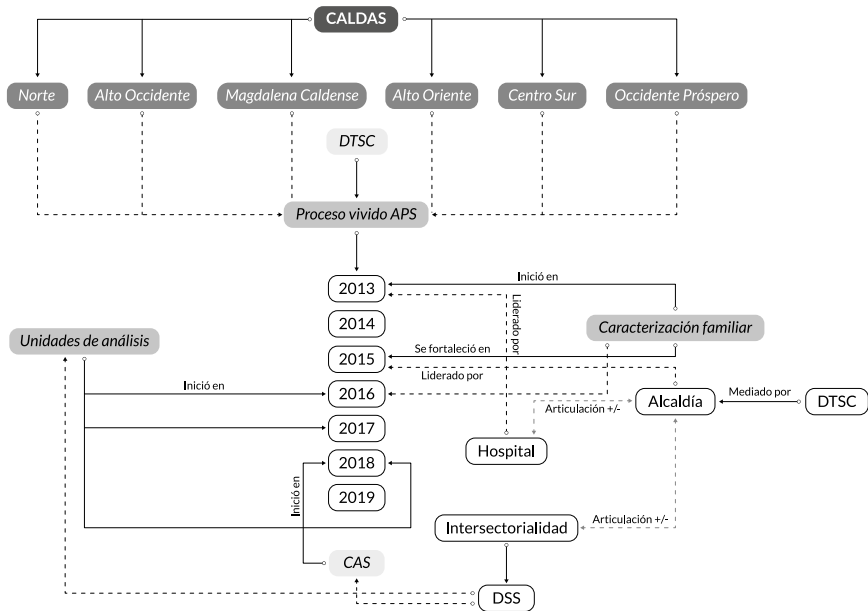
# Proceso vivido

*No basta saber, se debe también aplicar.  
No es suficiente querer, se debe también hacer*

**Goethe**

### **4.1 Atención Primaria Social en los municipios de Caldas**

Los resultados de las entrevistas y grupos focales por cada uno de los municipios y subregiones dan cuenta de las características particulares sobre las cuales se encuentra cimentada la estrategia de Atención Primaria Social en el departamento de Caldas. Se denotan tanto las fortalezas como las oportunidades de mejora y se brindan recomendaciones generales reconstruidas por las investigadoras producto del análisis integral. Las redes de análisis que se presentan a continuación resumen los hallazgos por subregión.



**Figura 5.** Red de análisis del proceso vivo en la Atención Primaria Social

La figura 5 presenta la estrategia de Atención Primaria Social, que inicia en los hospitales y posteriormente pasa a las administraciones municipales a través de un proceso de mediación con la DTSC. Se destacan actividades trascendentales como la caracterización familiar por medio del Observatorio Social de Caldas, las intervenciones a familias priorizadas desde la intersectorialidad y las unidades de análisis para apoyo, monitoreo y seguimiento de casos concretos.

De los programas y proyectos que se enmarcan en la estrategia de Atención Primaria Social en los municipios de Caldas se destacan dos enfoques: el tradicional y el alternativo, los cuales evidencian las perspectivas culturales, ambientales y de educación popular, categorías que se derivan del análisis realizado a la luz de tendencias teóricas y de las dinámicas propias de comunidades (Figura 6).

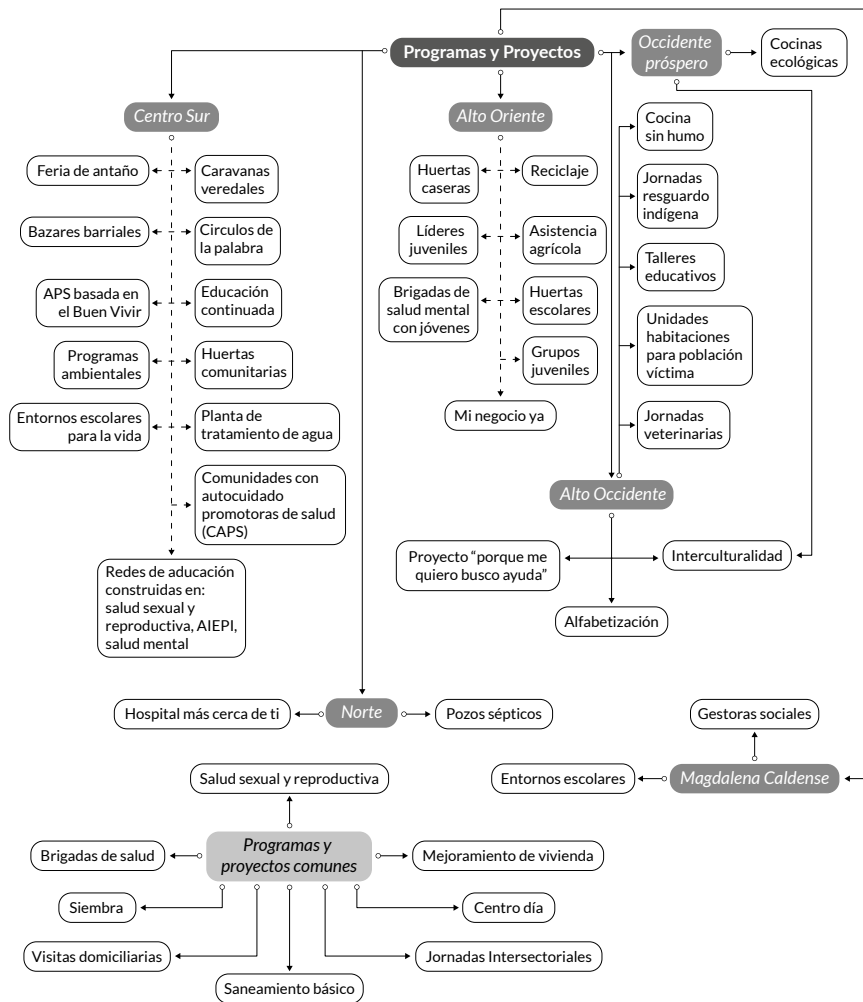
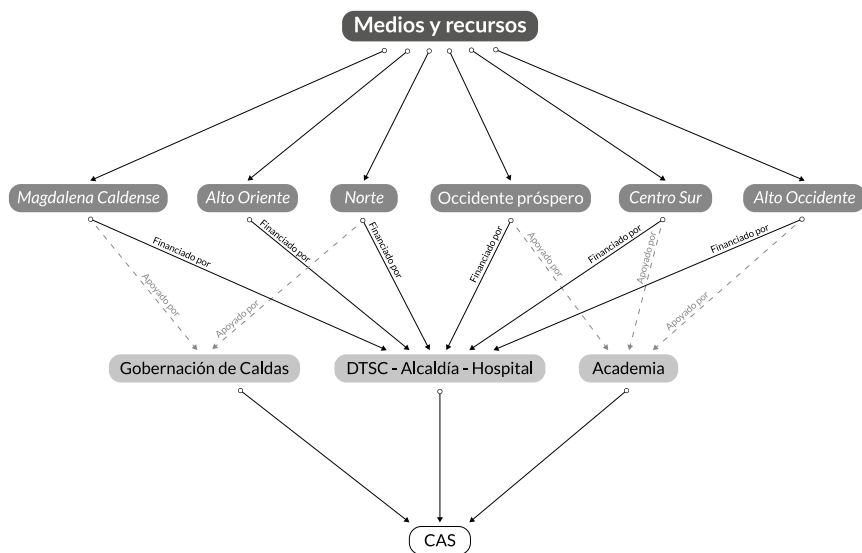


Figura 6. Programas y proyectos de la Atención Primaria Social



**Figura 7.** Medios y recursos de la Atención Primaria Social

El apoyo departamental, a través de la DTSC, impulsa la estrategia Atención Primaria Social sin desconocer la voluntad política de los municipios de invertir recursos propios en el programa. Algunos municipios fortalecen la Atención Primaria Social con las actividades que desarrollan los hospitales locales en el marco del PIC, mientras que otros resaltan el apoyo de educación interprofesional con el convenio SUMA o la empresa privada (Figura 7).

El proceso por cada subregión y municipio se presenta a continuación. Sobre este, vale la pena destacar que los actores dan a conocer la importancia de manera diferencial y reconocen cada uno de los aspectos que subyacen al modelo sobre el cual se cimientan medios, recursos, métodos, programas y beneficiarios, entre otros.

## 4.1.1 Alto Occidente

### Filadelfia

**Introducción:** antes de que se implementara la estrategia, se tenía una concepción de atención primaria centrada en el sector salud y los portafolios de servicios dirigidos a la comunidad estaban fragmentados. En consecuencia, no era posible identificar el cambio familiar y comunitario realizado desde las diferentes dependencias gubernamentales. El enfoque intersectorial de la estrategia permite integrar todas las acciones realizadas y evidenciar un impacto en los Determinantes Sociales de la Salud.

**Proceso vivido:** en el año 2014 se inició la caracterización de las familias del municipio con priorización de la población del régimen subsidiado. A finales de 2016 se fortaleció el proceso municipal y con el apoyo de la DTSC, el hospital y el liderazgo de la alcaldía, entre 2017 y 2018 se logró intervenir la población de más difícil acceso, realizar acciones preventivas, crear, actualizar o eliminar fichas de caracterización familiar. A la fecha se cuenta con el 100 % de las familias caracterizadas, de las cuales se han focalizado aquellas que presentan mayor puntaje de riesgo familiar. Además, con el apoyo de las diferentes dependencias institucionales se realiza la intervención con previo diagnóstico familiar en las unidades de análisis.

**Familias caracterizadas:** 3.205

**Medios y recursos:** recursos de la DTSC y propios de la administración municipal que se asignan a través del PIC y el hospital.

**Métodos:** en el marco de la estrategia de Atención Primaria Social se realizaron brigadas de salud, capacitación a los actores comunitarios sobre qué significa la Atención Primaria Social y se llevaron a cabo procesos de sensibilización e intervención con instituciones como la policía y las diferentes dependencias de la alcaldía. De esta manera, se presentó la oferta de servicios a las personas y sus familias, se brindó asesoría jurídica y se procuró verificar y/o realizar el aseguramiento de toda la población. En los CAS se realizó una oferta constante a la población vulnerable del municipio, además, se actualizó la ficha de caracterización familiar para analizar la disminución del riesgo.

**Programas y proyectos:** se cuenta con un programa de alfabetización, el cual fue desarrollado una vez se identificó en el Observatorio Social un alto porcentaje de ciudadanos analfabetas. También existe un programa de vivienda en compañía de la Secretaría de Desarrollo Social.

**Beneficiarios:** población víctima, adulto mayor, personas en condición de discapacidad y los usuarios de las diferentes EPS.

## La Merced

<p><b>Introducción:</b> antes de la implementación de la estrategia en el municipio, los riesgos se analizaban a través de los indicadores de perfiles epidemiológicos. No obstante, más allá de esto, no se tenían en cuenta las razones sociales que llevaban a las personas a padecer condiciones de salud desfavorables. Una vez instaurada la estrategia Atención Primaria Social se logra abordar el riesgo desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud.</p>
<p><b>Proceso vivido:</b> entre 2017 y 2018 se dio inicio al proceso de caracterización familiar bajo la coordinación de la ESE municipal. En la actualidad, la mayoría de las familias caracterizadas son de riesgo bajo, cuyos principales problemas intervenidos están relacionados con tres condiciones priorizadas: vivienda, higiene y salud.</p>
<p><b>Familias caracterizadas:</b> 1.861</p>
<p><b>Medios y recursos:</b> recursos propios de la DTSC, administración municipal y del hospital.</p>
<p><b>Métodos:</b> las principales actividades que se realizaron en el marco de la estrategia se concentran en los CAS ubicados en las zonas con mayor riesgo familiar y social. Se conformaron brigadas de salud, se difunden actividades a través de la emisora, de la página de Facebook llamada “Salud La Merced” y otras ayudas como carteleras y voz a voz. La estrategia de Atención Primaria Social se apoyó en el PIC para desarrollar algunas actividades como encuentros con adultos mayores y niños menores de 5 años. También se destaca el trabajo en la dimensión de salud mental.</p>
<p><b>Programas y proyectos:</b> se resalta estrategias como “Porque me quiero busco ayuda” y la campaña “Una señal”, cuya población son jóvenes de las instituciones educativas. El objetivo: impulsar los derechos sexuales y reproductivos.</p>
<p><b>Beneficiarios:</b> toda la población en general, trabajo con niños, adultos mayores y jóvenes.</p>

## Marmato

<p><b>Introducción:</b> previo al inicio de la estrategia de Atención Primaria Social no se tenían priorizadas ni caracterizadas las familias del municipio, se desconocían sus riesgos y las condiciones que afectaban su calidad de vida. De igual modo, las intervenciones que se llevaban a cabo no estaban focalizadas y se realizaban en función del cumplimiento de metas. Con la Atención Primaria Social en marcha y la compañía del departamento fue posible llegar a la población con necesidades reales identificadas, lo que devino en intervenciones más efectivas.</p>
<p><b>Proceso vivido:</b> la estrategia inició en el Hospital San Antonio en el año 2014 con el proceso de caracterización familiar. Debido a un déficit de recursos, su implementación tuvo altibajos, pero el proceso no se detuvo totalmente. Entre los años 2018 y 2019 se retomó la estrategia con el convenio interinstitucional entre la alcaldía municipal, la DTSC y el hospital. Con estos convenios se han constituido las unidades de análisis y los CAS. A la fecha se cuenta con aproximadamente el 85 % de la caracterización, un avance importante para el municipio; en su mayoría, las familias que han sido caracterizadas son de riesgo bajo y medio.</p>
<p><b>Familias caracterizadas:</b> 2.071</p>
<p><b>Medios y recursos:</b> recursos de la DTSC, el hospital y la administración municipal.</p>
<p><b>Métodos:</b> el desarrollo de la estrategia comenzó con el proceso de caracterización y registro en la plataforma del Observatorio Social de Caldas. Luego se analizaron los riesgos, se hizo priorización familiar y se activaron las unidades de análisis, a través de las cuales se determinaron acciones y estrategias que debían diseñarse y ejecutarse para impactar a las familias priorizadas. Si el caso identificado se encontraba en la zona que abarca el territorio CAS, dicha familia pasaba a ser responsabilidad de quien coordinó el lugar.</p>
<p><b>Programas y proyectos:</b> jornadas de salud y saneamiento básico, así como mejoramiento de vivienda (Imagen 1).</p>
<p><b>Beneficiarios:</b> población en general con prioridad para los adultos mayores.</p>



## Riosucio

<p><b>Introducción:</b> antes de la implementación de la estrategia de Atención Primaria Social no se realizaban suficientes acciones intersectoriales que permitieran impactar las familias de la comunidad.</p>
<p><b>Proceso vivido:</b> en el año 2014 se inició la estrategia en el municipio de Riosucio con la caracterización familiar liderada por la ESE. Posteriormente, en el año 2016 se retomó el proceso por parte de la administración municipal y se actualizó la información diligenciada en el Observatorio Social de Caldas, que para esa fecha contaba con casi el 70 % de la población caracterizada. Dado que en el municipio se encuentra un alto número de víctimas del conflicto armado (más de 7.000 personas), los esfuerzos hasta la fecha han estado enfocados en caracterizar esta población, lo que ha permitido, además, centrar intervenciones con la intención de mejorar sus condiciones y calidad de vida. Desde el hospital y la administración municipal se ha realizado un trabajo articulado con los resguardos indígenas del municipio. El gobernador del resguardo fue el encargado de convocar a la comunidad y dar el acceso a su espacio territorial para llevar la oferta institucional según sus necesidades.</p>
<p><b>Familias caracterizadas:</b> 12.704</p>
<p><b>Medios y recursos:</b> recursos de la DTSC, recursos de la administración municipal y hospital.</p>
<p><b>Métodos:</b> se realizó la caracterización familiar y definición de las familias con mayor riesgo, las cuales fueron llevadas a las unidades de análisis bimestrales. Allí se establecieron las intervenciones a realizar en las comunidades del municipio. En este sentido, en educación para la salud se realizaron talleres educativos para dar a conocer la estrategia con diferenciación de ciclo vital, utilizando ayudas didácticas según necesidades identificadas. Desde el municipio se concertaron jornadas alternativas para impactar a la comunidad a través de diferentes estrategias como juegos, talleres y dramatizaciones, pues consideran que esta es la ruta apropiada para que la información sea apropiada por las comunidades.</p>
<p><b>Programas y proyectos:</b> jornadas de salud, talleres educativos, jornadas veterinarias, unidades habitacionales para población víctima, proyecto “Cocina sin humo”.</p>
<p><b>Beneficiarios:</b> población rural y población indígena, especialmente niños, jóvenes, adultos mayores y personas en condición de discapacidad.</p>

## Supía

<p><b>Introducción:</b> antes de que se implementara la estrategia, todas las responsabilidades comunitarias y asistenciales se encontraban destinadas al sector salud; este debía garantizar la oferta institucional para responder a las necesidades de la población. La implementación de la estrategia logró sensibilizar y visibilizar la necesidad de un acompañamiento social en interacción con las instituciones de salud para mejorar la calidad de vida de la población.</p>
<p><b>Proceso vivido:</b> desde la ESE se inició la estrategia en el año 2013 con el proceso de caracterización. Posteriormente, la alcaldía municipal a partir del 2016 asumió el liderazgo. Supía es un municipio multiétnico, cuenta con comunidades indígenas, comunidades afro y campesinas. A través de la implementación de la estrategia se han vinculado los representantes de cada una de estas organizaciones para tener un acercamiento con estos grupos.</p>
<p><b>Familias caracterizadas:</b> 8.660</p>
<p><b>Medios y recursos:</b> Recursos de la DTSC, alcaldía municipal y ESE hospital.</p>
<p><b>Métodos:</b> para definir las acciones institucionales se partió del proceso de caracterización a través del cual se identifican las familias, se crea o actualiza la ficha familiar y se ingresa la información al Observatorio Social de Caldas. Allí se analizan riesgos y necesidades, los cuales son socializados en las unidades de análisis municipales mensuales para la toma de decisiones y búsqueda de soluciones. Este proceso se realizó para la proyección de actividades, discriminación de recursos y delegación de funciones. Finalmente, se llevó a cabo la oferta institucional a las comunidades en las que residen las familias priorizadas con el apoyo de la academia, las secretarías de la administración municipal y el hospital.</p>
<p><b>Programas y proyectos:</b> jornadas intersectoriales, jornadas ambientales y psicosociales, además de actividades de saneamiento básico.</p>
<p><b>Beneficiarios:</b> población rural, urbana y étnicas, en todo el ciclo vital.</p>



**Imagen 1.** Jornada intersectorial, Marmato

## 4.1.2 Alto Oriente

### Manzanares

**Introducción:** antes de la implementación de la estrategia, las intervenciones se centraban en la atención médica a través del hospital y no se desarrollaban otro tipo de acciones. El proyecto en el municipio inició formalmente en diciembre de 2017 a través de la Resolución de la Dirección Territorial de Salud n.º 496; mientras que en el Plan de Desarrollo Municipal ya se habían incluido actividades enmarcadas en la estrategia. La comunidad reconoció que la APS busca la equidad y el bienestar según los Determinantes Sociales de la Salud para llegar a las familias de manera integral.

**Proceso vivido:** desde el 2017 se realizó la caracterización de las familias, seguido de la inscripción y el registro de las fichas familiares a la plataforma del Observatorio Social – ejecutado por la Secretaría de Planeación. Posteriormente, se conformó el comité de unidad de análisis, en el cual se revisaron los casos de las familias con mayor riesgo; estas fueron intervenidas de manera individual y colectiva a través de las rutas de atención.

**Familias caracterizadas:** 4.497

<p><b>Medios y recursos:</b> recursos de la DTSC, el apoyo de la administración municipal y el hospital.</p>
<p><b>Métodos:</b> caracterización de las familias, asistencia técnica al municipio a nivel intersectorial por parte de la DTSC y capacitación en Atención Primaria Social en los diferentes sectores para integrar la estrategia. Se realizó priorización de la atención, visitas domiciliarias y jornadas integrales de intervención en los corregimientos del municipio.</p>
<p><b>Programas y proyectos:</b> se destacan los programas de hábitos de vida saludables, salud ambiental, reciclaje y mejoramiento de vivienda. En cuanto a los proyectos, el de atención psicosocial a población víctima del conflicto armado, huertas caseras y proyectos que incentivan el emprendimiento, como el denominado “Mi negocio ya”. Además, el funcionamiento de los grupos juveniles que realizan actividades en diferentes áreas del municipio y el de adultos mayores.</p>
<p><b>Beneficiarios:</b> población nivel 1 y 2 del Sisbén con énfasis en adultos mayores, personas con discapacidad, niños y niñas en condiciones de vulnerabilidad, desplazados y víctimas del conflicto armado.</p>

## Marquetalia

**Introducción:** puede decirse que la Atención Primaria Social cambió la mirada de la situación de salud en este municipio, pues anteriormente el trabajo se concentraba en perfiles epidemiológicos sobre los cuales se conocía la situación de salud, pero con una desarticulación de los sectores institucionales, lo que dificultaba la realización de intervenciones efectivas. A partir de la implementación de la estrategia se reflejó un viraje en las maneras de hacer, lo que incluyó un análisis de las condiciones de vida desde la mirada de los Determinantes Sociales de la Salud, lo que ha permitido acercar las instituciones a la población, haciéndola partícipe como tomadora de decisiones con respecto a lo que consideran adecuado para su comunidad.

<p><b>Proceso vivido:</b> la estrategia comenzó en el año 2013 y fue liderada por el hospital. Se conformaron equipos de atención primaria para crear una capacitación y difundirla en la comunidad; entre 2013 y 2015 se realizó la caracterización de las familias. En 2014 arrancó el proceso de capacitación a líderes comunitarios sobre Atención Primaria Social, temas de salud y estrategias de acción rápida ante situaciones de emergencia. Para el 2015 se llevaron a cabo visitas domiciliarias y en el mismo proceso se hizo intervención familiar y colectiva. En 2016 se hace un alto en el desarrollo de la estrategia, pero fue retomada en 2017 por la alcaldía municipal al utilizarla estrategia para determinar posibles beneficiarios de programas, tanto sociales como de infraestructura. La estrategia Atención Primaria Social forma a líderes comunitarios para que estos actúen en pro de su barrio y se mejore la comunicación institución-líder-comunidad.</p>
<p><b>Familias caracterizadas:</b> 4.065</p>
<p><b>Medios y recursos:</b> recursos de la DTSC a través de contratos de cofinanciación y convenios interadministrativo, aportes de la administración municipal y recursos del hospital municipal.</p>
<p><b>Métodos:</b> caracterización familiar y visitas domiciliarias; en el marco de este proceso se atendió en salud a la población y se intervino con enfoque educativo de carácter individual, familiar y colectivo por parte del equipo de trabajo, que para el municipio estaba integrado por médico, higienista oral, odontólogo, fisioterapeuta y trabajador social. Además, se realizaron jornadas de salud en los CAS para detección temprana, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Administrativamente se llevan a cabo las unidades de análisis para tomar decisiones con respecto a las familias con mayor riesgo municipal y priorizar las intervenciones. Desde el hospital se ingresaron al Observatorio Social las actividades realizadas en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).</p>
<p><b>Programas y proyectos:</b> proyecto de fortalecimiento de la salud pública enmarcada en la Atención Primaria Social, el mejoramiento de unidades sanitarias y el mejoramiento de las condiciones de vivienda. A nivel comunitario se cuenta con huertas escolares y brigadas de salud mental con jóvenes (Imagen 2).</p>
<p><b>Beneficiarios:</b> familias con niños, adultos mayores y usuarios con enfermedades crónicas.</p>

## Pensilvania

<p><b>Introducción:</b> antes de 2015, fecha en la que inició la estrategia en el municipio, existía una desarticulación institucional para la oferta, en consecuencia, no se tenía impacto evidente en la comunidad. Con la implementación de la estrategia se han unido esfuerzos para lograr articulación y focalización integrales de necesidades en la comunidad. Se sistematizó el proceso para brindar un procedimiento estratégico para la atención de requerimientos basado en los Determinantes Sociales de la Salud. La comunidad consideró la Atención Primaria Social como la oportunidad que tienen para acceder a todos los servicios que ofrece el Gobierno para mejorar la calidad de vida de sus habitantes.</p>
<p><b>Proceso vivido:</b> durante el año 2015, a través del hospital se realizó la caracterización de la población en el municipio. En el año 2017 se adoptó en Pensilvania, mediante acto administrativo, la unidad de análisis situacional según el Decreto 005 del 19 de enero de 2017. En dicho año también se realizó la caracterización de la población víctima del conflicto armado. La participación de la Secretaría de Planeación ha sido indispensable en este proceso.</p>
<p><b>Familias caracterizadas:</b> 5.797</p>
<p><b>Medios y recursos:</b> recursos de la DTSC, de la administración municipal para el proceso de caracterización y del hospital.</p>
<p><b>Métodos:</b> caracterización familiar que actualmente se encuentra en el 70 % del total de familias, actividades en salud extramurales en la zona urbana y rural del municipio, priorizando el área rural dispersa a fin de ofrecer servicios desde lo social y educativo, la salud, el desarrollo económico y la medicina veterinaria para la atención de animales. Desde planeación se llevaron a cabo visitas para verificar el estado de las viviendas, vías y estructura, entre otros.</p>
<p><b>Programas y proyectos:</b> para los adultos mayores, jornadas de salud, jornadas veterinarias, asistencia agrícola y huertas caseras con seguridad alimentaria.</p>
<p><b>Beneficiarios:</b> niños, adolescentes y adultos mayor especialmente.</p>

## Marulanda

<p><b>Introducción:</b> previo a la implementación de la estrategia, todos los procesos estaban centrados en el sector salud, siendo este el responsable de disminuir indicadores como los de morbilidad y mortalidad.</p>
<p><b>Proceso vivido:</b> la estrategia inició en el municipio en el año 2014. Antes con una caracterización de las personas con un censo construido por el hospital municipal. Sin embargo, la estrategia cobró fuerza en 2019. Se cuenta con aproximadamente el 80 % de las familias caracterizadas, las cuales son priorizadas según el riesgo familiar identificado en el Observatorio Social de Caldas.</p>
<p><b>Familias caracterizadas:</b> 624</p>
<p><b>Medios y recursos:</b> recursos de la DTSC, recursos de la administración municipal y del hospital.</p>
<p><b>Métodos:</b> caracterización de familias, priorización de acuerdo con el riesgo y unidades de análisis para priorización de intervención. Según la oferta institucional, se articuló con la alcaldía y el hospital; asimismo, se asignaron profesionales para intervenir de acuerdo con las necesidades identificadas (educación y atención en salud, entre otras); se destacó la integración, especialmente por Secretaría de Planeación y Educación. Además, se acordaron brigadas de salud en los territorios CAS.</p>
<p><b>Programas y proyectos:</b> proyectos con adulto mayor, salud mental, salud sexual y reproductiva y para personas en situación de discapacidad. Todos han sido desarrollados a través de mesas técnicas y con líderes juveniles.</p>
<p><b>Beneficiarios:</b> niños, jóvenes, adultos mayores y población en situación de discapacidad, especialmente.</p>



Imagen 2. Jornada CAS Patio Bonito, Marquetalia

### 4.1.3 Occidente próspero

Anserma

**Introducción:** antes de la implementación de la APS, la atención se centraba en el componente biológico, mientras que el componente social no se articulaba a la atención de la persona y la comunidad; asimismo, las promotoras realizaban atención extramural y eran asistencialistas. En el año 2014 se fortaleció el trabajo de las promotoras de salud gracias al apoyo de la DTSC; inicialmente, la estrategia se centraba en caracterización de las familias, por lo que se asignaron recursos y se inició el diligenciamiento del aplicativo y el análisis de la situación de salud bajo la mirada de los Determinantes Sociales de la Salud.



**Proceso vivido:** capacitación de actores institucionales e intersectoriales por la DTSC en la estrategia con la conformación del equipo de Atención Primaria Social. En 2015 se realizó la caracterización de familias con la participación de la alcaldía. En el año 2017 se emite la Resolución 262 con la cual se crearon las unidades de análisis, y en 2018 se da la conformación de los CAS, permitiendo así integrar las acciones de la alcaldía y las instituciones. En 2019 se crearon dos nuevos CAS en el municipio.

**Familias caracterizadas:** 4.997

**Medios y recursos:** aportes de la DTSC, recursos propios de la alcaldía a través del PIC.

**Métodos:** caracterización de las familias, creación del banco de ofertas apoyados con apoyo del Observatorio Social, conformación de unidades de análisis trimestrales para priorizar e intervenir familias de alto riesgo y jornadas transectoriales a través de territorios CAS.

**Programas y proyectos:** programa de atención a población del resguardo indígena Dachihome y acciones extramurales ejecutadas en el marco de los CAS (Imagen 3).

**Beneficiarios:** todas las personas, con énfasis en la población del área rural y adultos mayores.

## Belalcázar

**Introducción:** antes de implementar esta estrategia, las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad eran desarrolladas por personal auxiliar y el perfil epidemiológico evidenciaba en las primeras causas morbimortalidad, la EDA y la IRA. A partir de la implementación de la Atención Primaria Social se logra una articulación entre la alcaldía, la DTSC y el hospital. En la actualidad, esta articulación ha permitido un abordaje intercultural en las acciones desarrolladas con la población del resguardo indígena.

**Proceso vivido:** caracterización de las familias del municipio. La actividad inició en el año 2017 y en el año 2019 se actualizaron las fichas familiares.

**Familias caracterizadas:** 4.795

**Medios y recursos:** recursos de la DTSC, recursos propios asignados a través de PIC y el hospital.

<p><b>Métodos:</b> caracterización de las familias, unidades de análisis para priorizar intervenciones acordes con el riesgo, brigadas de salud y jornadas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p>
<p><b>Programas y proyectos:</b> proyecto de mejoramiento de vivienda, siembra y entrega de insumos para manejo del plátano, cocinas ecológicas, además del fortalecimiento del programa con adultos mayores y el área de deportes.</p>
<p><b>Beneficiarios:</b> población indígena, niños, madres cabeza de hogar, gestantes, adultos mayores.</p>

## Risaralda

<p><b>Introducción:</b> la estrategia inició desde el 2014, antes de esta, no era evidente la intersectorialidad entre las diferentes dependencias de la Administración y no se existía una articulación adecuada entre la alcaldía y el hospital municipal.</p>
<p><b>Proceso vivido:</b> En 2014 inició la caracterización. En 2019 comenzó el funcionamiento de un territorio CAS centrado principalmente en las zonas donde residen las comunidades indígenas.</p>
<p><b>Familias caracterizadas:</b> 2.344</p>
<p><b>Medios y recursos:</b> apoyo económico de la DTSC y recursos de la administración municipal a través del PIC.</p>
<p><b>Métodos:</b> caracterización de las familias según demanda, priorización de intervenciones según el riesgo, realización de comité de APSs (creado por resolución del alcalde), brigadas comunitarias, capacitación a la comunidad en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y acompañamiento a madres cabeza de hogar.</p>
<p><b>Programas y proyectos:</b> salud ambiental, nutrición (CDI), vacunación, centro vida y mejoramiento de vivienda.</p>
<p><b>Beneficiarios:</b> población indígena, población vulnerable con énfasis en niños, adultos mayores y madres cabeza de hogar.</p>

<p><b>Introducción:</b> en el 2013 la estrategia era dirigida por el hospital con una visión asistencial centrada en caracterizar a las familias; la información estaba dispersa, desactualizada y desagregada. En 2017 tomó el liderazgo la administración municipal para realizar la actualización de la caracterización; el impacto de la estrategia antes de la Atención Primaria Social se concentraba en el sector salud. En la actualidad es intersectorial, de forma contextual se conoce la situación de las comunidades, sus necesidades y con base en estas se actúa. Además, se cuenta con indicadores trazadores para variables sociales y se da vía libre a procesos de intervención integral para las familias de riesgo.</p>
<p><b>Proceso vivo:</b> caracterización de las familias (que se encuentra en el 100%), se indagó sobre el riesgo en la plataforma con periodicidad semanal y con base en los resultados se programaron las unidades de análisis, con periodicidad mensual. Estas unidades se iniciaron en 2017 y se incluyó la Atención Primaria Social en el Plan de Desarrollo, lo que permitió mayor asignación de recursos. Al proceso se articuló la academia a través de la presencia de estudiantes en el marco del convenio SUMA.</p>
<p><b>Familias caracterizadas:</b> 3.665</p>
<p><b>Medios y recursos:</b> recursos económicos de la DTSC, la policía, recursos propios de la administración municipal, el hospital y la academia.</p>
<p><b>Métodos:</b> caracterización y priorización de intervenciones según el riesgo; jornadas intersectoriales y transectoriales para oferta interinstitucional, especialmente en el área rural, y actividades de capacitación sectorial con la comunidad; capacitaciones institucionales con colegios; juntas de acción comunal, y CDI.</p>
<p><b>Programas y proyectos:</b> cocinas bioecológicas, deporte, recreación, programa cultural de reconstrucción de tejido social con jóvenes y programa de discapacitados.</p>
<p><b>Beneficiarios:</b> niños, adolescentes, jóvenes, adultos mayores y personas en situación de discapacidad.</p>

San José

**Introducción:** en los años previos a la implementación de la estrategia, las actividades se desarrollaban en función del cumplimiento de metas, aunque se denominaba Atención Primaria en Salud. En el año 2014 se realizó un esfuerzo por migrar las fichas a la nueva plataforma y en 2016 se inició el trabajo con el Observatorio. En la actualidad, las intervenciones se realizan teniendo en cuenta las necesidades de la población, lo cual ha permitido una mirada integral de las realidades familiares y comunitarias.

**Proceso vivido:** caracterización familiar dos veces al año.

**Familias caracterizadas:** 1.747

**Medios y recursos:** recursos de la DTSC, recursos propios y del hospital.

**Métodos:** caracterización familiar, realización de unidades de análisis para priorizar intervenciones de acuerdo con el riesgo y brigadas de salud.

**Programas y proyectos:** mejoramiento de vivienda, saneamiento ambiental y *El club de la salud. Abuelas amigas de la lactancia.*

**Beneficiarios:** todos los habitantes del municipio, con énfasis en adultos mayores y gestantes.



Imagen 3. Resguardo indígena Dachihoma, Anserma

## 4.1.4 Centro Sur

### Chinchiná

<p><b>Introducción:</b> antes que la DTSC estructurara la estrategia de Atención Primaria Social, los servicios de salud estaban separados de los servicios sociales; aunque ocasionalmente se reunían de manera intersectorial para algunas actividades. Posteriormente, con el inicio de la estrategia en el año 2017, se fortalece el trabajo intersectorial y se dialoga con las comunidades desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud.</p>
<p><b>Proceso vivo:</b> caracterización familiar y registro de la información en el aplicativo Observatorio Social de Caldas para priorizar intervenciones y focalización de las familias según el riesgo. Particularmente, en este municipio se ha abordado únicamente un barrio, en el cual se ubicó el territorio CAS en el 2019, sector que cuenta con el 100 % de las familias caracterizadas, la mayoría con riesgo medio y bajo. Las solicitudes se recogen a través de los líderes, con el ánimo de generar mayor cohesión con la comunidad. Actualmente se está llevando a cabo el proceso de caracterización familiar en otras de las zonas priorizadas con CAS, las cuales fueron puestas en marcha desde septiembre de 2019.</p>
<p><b>Familias caracterizadas:</b> 5.129</p>
<p><b>Medios y recursos:</b> recursos de la DTSC y recursos propios a través del PIC.</p>
<p><b>Métodos:</b> caracterización de las familias, visitas familiares de verificación, unidades de análisis trimestrales en las que se prioriza la intervención acorde al riesgo y jornadas intersectoriales mensuales.</p>
<p><b>Programas y proyectos:</b> huertas caseras (un proyecto que tiene futuro), tres (3) redes de educación construidas en: salud sexual y reproductiva, AIEPI, salud mental, cuenta el municipio cuenta con un centro de escucha comunitario.</p>
<p><b>Beneficiarios:</b> niños, jóvenes, adolescentes, adultos mayores.</p>

## Manizales

<p><b>Introducción:</b> el municipio tiene su propia estructura y la estrategia de Atención Primaria en Salud, que ya tiene 13 años, está incluida en la dimensión de Autoridad Sanitaria dentro de la Unidad de Salud Pública Municipal. Cuenta con un coordinador de la estrategia y un asistente técnico. Actualmente está en marcha la estrategia Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (CAPS), la cual inició en el 2015. Se trabaja en comunas y corregimientos que han sido priorizadas de acuerdo con el perfil epidemiológico.</p>
<p><b>Proceso vivido:</b> en el año 2011, bajo la coordinación de una enfermera profesional de Assbasalud, se implementaba la estrategia con un eje central de demanda inducida, búsqueda de pacientes sintomáticos y educación. No obstante, como respuesta a la renovación de Atención Primaria en Salud de las Américas, se cambian los lineamientos y se reestructura el programa en coordinación con el operador. En 2015 se evaluaron los logros, se modificó la demanda en salud por prácticas de autocuidado y se emplean los tres ejes de la Atención Primaria Social –Acción intersectorial/transectorial; participación social, comunitaria y ciudadana, y servicios de salud– y los Determinantes Sociales de la salud, gestión del riesgo y gestión en salud pública. Actualmente, la mitigación del riesgo y el autocuidado son la esencia del modelo de atención a la comunidad. Se trabaja sobre puntos trazadores como el VIH y TBC como enfermedades transmisibles, dos componentes en salud mental como la violencia intrafamiliar y trastornos mentales y enfermedades crónicas como el cáncer, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. En el sistema figuran 32.913 familias registradas.</p>
<p><b>Familias caracterizadas:</b> 17.416</p>
<p><b>Medios y recursos:</b> recursos propios, recursos de fundaciones como Luker, Nutrir, ICBF, entre otros, y el sistema de información SICAPS.</p>
<p><b>Métodos:</b> visita domiciliaria, monitoreo y seguimiento telefónico, definición de metas familiares, semaforización de riesgo individual y certificación como hogar saludable posterior a la intervención, comité de política social. Caracterización mediante ficha familiar propia del municipio enmarcada en el proyecto Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (CAPS).</p>
<p><b>Programas y proyectos:</b> Comunidades con autocuidado promotoras de Salud (CAPS), programa de rehabilitación basada en la comunidad, redes comunitarias, fórmula saludable –estrategia de información y comunicación–, huertas y vivienda saludable.</p>
<p><b>Beneficiarios:</b> mujeres, niños, adultos mayores, discapacitados y cuidadores.</p>

## Neira

<p><b>Introducción:</b> antes de 2016 se contaba con un compromiso del sector salud para la valoración familiar, pero una vez se implementa la estrategia, se logra la articulación intersectorial de las diferentes dependencias de la administración municipal y se inicia un trabajo con las familias que involucra el compromiso de todos los actores y sectores del municipio.</p>
<p><b>Proceso vivo:</b> caracterización familiar e implementación de la campaña “Cuidate-Cuidame”. En el año 2017 se fortaleció la estrategia a través del PIC municipal y departamental y se logró avanzar en la caracterización de las familias urbanas. Durante todo el año 2018, bajo convenio interinstitucional con la DTSC, se procuró caracterizar la población rural dispersa del municipio. Hoy se cuenta con un 98 % de la población urbana caracterizada aproximadamente. Gracias al convenio administrativo se constituyeron los territorios CAS.</p>
<p><b>Familias caracterizadas:</b> 6.779</p>
<p><b>Medios y recursos:</b> recursos de la DTSC, la alcaldía municipal y el hospital.</p>
<p><b>Métodos:</b> caracterización, se realizó un barrido en las zonas seleccionadas a partir de la información recaudada en el Observatorio Social y se conformaron las unidades de análisis para definir la oferta institucional necesaria en barrios y veredas, previa publicidad. En el marco de los territorios CAS, se realizaron actividades intersectoriales definidas con los consejos comunitarios y las dependencias institucionales, también se contó con la participación de la academia o los estudiantes que cursaban práctica formativa. Además, se desarrollaron jornadas intersectoriales.</p>
<p><b>Programas y proyectos:</b> proyectos de salud mental, habilidades para la vida, servicios amigables y programas ambientales como campañas educativas preventivas; además, se avanzó en la construcción de la planta de tratamiento de agua.</p>
<p><b>Beneficiarios:</b> la población con alto riesgo familiar, especialmente niñas, niños y jóvenes.</p>

## Palestina

<p><b>Introducción:</b> antes de la implementación de la estrategia, el hospital era el encargado de la Atención Primaria en Salud y las intervenciones se centraban en la atención en salud. A partir del año 2012 se implementa el proyecto desde un enfoque social cuyo abordaje se realizó desde los Determinantes Sociales de la Salud, posibilitando así la intervención en una perspectiva integral, interdisciplinaria e intersectorial.</p>
<p><b>Proceso vivido:</b> en el año 2012 inició la estrategia, centrada en la caracterización de las familias del municipio y la intervención de riesgos. Entre 2012 y 2015 se dinamiza la oferta interinstitucional con deporte, cultura, educación y otros. En el 2018 la alcaldía retomó la caracterización de las familias, gracias a esto, se tiene entre 67 % y 70 % de la población caracterizada, la mayoría en riesgo medio y bajo. En el 2019 entran en operación las unidades de análisis para priorizar intervenciones y de los territorios CAS.</p>
<p><b>Familias caracterizadas:</b> 4.077</p>
<p><b>Medios y recursos:</b> recursos de la DTSC, la alcaldía municipal y el hospital.</p>
<p><b>Métodos:</b> caracterización de las familias, realización de unidades de análisis para priorizar intervenciones y jornadas de salud con las cuales se lleva la oferta institucional a las comunidades que incluye espacios recreativos, deportivos, culturales y educativos.</p>
<p><b>Programas y proyectos:</b> jornadas de salud con acompañamiento de deporte, cultura y educación.</p>
<p><b>Beneficiarios:</b> toda la población de riesgo priorizada, con énfasis en niños, adolescentes y adultos mayores.</p>

## Villamaría

<p><b>Introducción:</b> antes de la estrategia, la intervención en Atención Primaria en Salud se concentraba únicamente en el sector salud; la administración municipal, entre 2016 y 2019, incluyó la estrategia en su Plan de Desarrollo. De esta manera, se planteaba un enfoque de Atención Primaria Social que permitiera el abordaje de las familias como núcleo de la sociedad, así como el reconocimiento de sus potenciales y oportunidades. Desde esta perspectiva, se dio reconocimiento a la familia como estructura fundamental de la sociedad y población sujeto de los lineamientos e intervenciones donde subyacen rutas de atención y directrices según las particularidades sociales y culturales, además de responder a las necesidades concretas de las comunidades con la participación de la institucionalidad.</p>
---



**Proceso vivido:** en el año 2016 inició la implementación de la estrategia, Villamaría transformó la estrategia de Atención Primaria en Salud y sin salirse de los lineamientos departamentales propuso Atención Primaria Social basada en el Buen Vivir de las personas, familias y comunidades. Desde esta fecha se han promovido tres ejes fundamentales: salud familiar, participación comunitaria e intersectorialidad. Entre los proyectos de extensión social que buscan impactar las comunidades, por lo que se vinculó a la academia para el desarrollo de las prácticas formativas en el marco de los diferentes proyectos; actualmente se está priorizando la intervención a través de visitas familiares. En el año 2018, con el proyecto de huertas comunitarias, la academia se vinculó con la orientación de prácticas formativas relacionando temas como la soberanía alimentaria, también se contó con el apoyo de Corpocaldas, diferentes fundaciones y la alcaldía municipal para el fortalecimiento de dichas prácticas en dos barrios del municipio. Se destaca la gestión de filtros de agua y cocinas ecológicas en familias rurales priorizadas.

**Familias caracterizadas:** 10.898

**Medios y recursos:** recursos de la Gobernación de Caldas (Secretaría de Desarrollo Social y Deportes), DTSC, recursos propios de la Alcaldía, Hospital, Corpocaldas y entidades privadas patrocinadoras de algunas actividades del municipio

**Métodos:** caracterización de las familias, visitas familiares con diligenciamiento de ficha de seguimiento, realización de unidades de análisis para priorizar la intervención de las familias en mayor riesgo, bazares barriales en zona urbana y caravanas veredales en zona rural; también se fortaleció la participación comunitaria a través de los círculos de la palabra con líderes comunitarios.

**Programas y proyectos:** proyecto Buen Vivir con enfoque en capacidades humanas, acompañamiento a mujeres emprendedoras de la zona urbana y rural del municipio (ASMECAPAZ y Feria de Antaño), caravanas veredales para la Paz, huertas comunitarias, prácticas saludables con adultos mayores, entornos escolares para la vida y el simposio anual de APSs (Imagen 4).

**Beneficiarios:** comunidad en general de la zona urbana y rural, con énfasis en niños, jóvenes, adultos mayores y madres cabeza de hogar.



**Imagen 4.** Cocinas ecológicas, Villamaría

#### 4.1.5 Magdalena Caldense

La Dorada

**Introducción:** la estrategia de la Atención Primaria Social inició con la intención de entregar a los diferentes actores institucionales una base sobre la problemática social del municipio, priorizada por sectores con mayor riesgo de vulnerabilidad. La Atención Primaria Social, bajo la mirada de los Determinantes Sociales de la Salud, se retoma en el municipio en el año 2019.

**Proceso vivo:** desde 1980 La Dorada inició el proceso de caracterización familiar, esto a través de las células de atención social actualmente llamadas gestoras sociales. A la fecha, todas las familias caracterizadas se encuentran registradas en el Observatorio Social. Es importante anotar que la experiencia de La Dorada fue el inicio de la estrategia para el departamento.

**Familias caracterizadas:** 15.929

**Medios y recursos:** recursos de la DTSC, la administración municipal, el hospital y diferentes entidades privadas que patrocinan algunas actividades del municipio.

**Métodos:** caracterización de las familias, priorización según el riesgo social identificado en el Observatorio, intervención de la zona en la que reside, incluida toda la comunidad que rodea a la familia con riesgo.

Las gestoras sociales del municipio tenían la función de apadrinar la familia o población focalizada, por ende, verificaban todos los aspectos relacionados: aseguramiento, vivienda, salud, educación, medios y recursos, alimentación, entre otros. El municipio realizaba un sondeo semanal en los barrios y un grupo de trabajo efectuó puerta a puerta la caracterización familiar, ya sea para la creación de un nuevo código familiar o para actualizarlo, así como también jornadas periódicas. Con la intención de visibilizar la estrategia, participaron los medios radiales, los cuales brindaron un espacio a la administración municipal para informar sobre qué es Atención Primaria Social y cuál es su importancia. Posteriormente, se realizaron las unidades de análisis y se desarrollaron actividades para que las comunidades se reconocieran responsables de su bienestar.

**Programas y proyectos:** actualmente se desarrollan a nivel municipal las brigadas de apadrinamiento por parte de las gestoras sociales.

**Beneficiarios:** en general toda la población del régimen subsidiado, especialmente los niños y adultos mayores.

## Norcasia

**Introducción:** previo a la implementación de la estrategia como directriz departamental, el municipio se encontraba fragmentado en las funciones administrativas. Las responsabilidades de las personas eran atribuidas al sector salud y no se reconocía el trasfondo de los procesos de enfermedad de las comunidades. A partir de la estrategia de Atención Primaria Social, en 2013 se inicia un trabajo intersectorial y una mirada integral a las familias.

<p><b>Proceso vivido:</b> la estrategia inició en 2013 dirigida por el hospital; el proceso se centraba en la caracterización familiar y el ingreso al sistema de información. A partir de 2017 se focalizó la población con mayores necesidades de acompañamiento para brindar atención social y en 2018 la administración municipal pasó a liderar la estrategia bajo convenio con la DTSC; a la fecha, las familias caracterizadas se sitúan en riesgo medio y bajo, aunque no ha sido posible el 100 % de la caracterización dado que la población es flotante.</p>
<p><b>Familias caracterizadas:</b> 2.151</p>
<p><b>Medios y recursos:</b> recursos de la DTSC, la administración municipal y el hospital.</p>
<p><b>Métodos:</b> caracterización familiar y priorización de necesidades identificadas a través del Observatorio. En este municipio se destacó la participación de la Secretaría de Planeación Municipal, Secretaría de Salud y Secretaría de educación, entre otras, las cuales se involucraron en la resolución de problemáticas identificadas desde lo estructural hasta lo educativo. Se realizaron jornadas de divulgación para dar a conocer la estrategia, en estas intervinieron la administración municipal, los líderes comunitarios, las EPS y los medios radiales e impresos. Después de priorizar a las familias se realizaron las unidades de análisis, se presentaron los casos y se definieron las intervenciones de acuerdo con el riesgo.</p>
<p><b>Programas y proyectos:</b> proyectos de siembra natural, programas con adulto mayor y programa de entornos escolares.</p>
<p><b>Beneficiarios:</b> toda la población vulnerable, regularmente niños, mujeres y adultos mayores.</p>

## Samaná

<p><b>Introducción:</b> antes de la estrategia no se brindaba una oferta institucional integral, especialmente en la zona rural, pues faltaba educación en promoción de salud. A partir del 2018, a través de los CAS, se ofrece una atención integral a la comunidad, permitiendo abordar la población del municipio desde una mirada intersectorial, trabajando en la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud.</p>
<p><b>Proceso vivido:</b> la estrategia arranca en 2014 liderada por el hospital, se realizaron fichas familiares para nutrir la caracterización familiar. En 2016 se continuó, desde la administración municipal, su implementación; en 2018 se incluyó no solo la caracterización, sino la intervención según riesgo. Las actividades de la estrategia se enmarcan actualmente en las acciones PIC.</p>
<p><b>Familias caracterizadas:</b> 6.153</p>

<b>Medios y recursos:</b> recursos de la Gobernación de Caldas, la DTSC, la alcaldía y el hospital.
<b>Métodos:</b> caracterización de familias, difusión de resultados en diferentes dependencias intersectoriales, jornadas intersectoriales en las que participan todas las dependencias de la administración municipal (agricultura, veterinaria entre otras), brigadas de salud y visitas familiares de manera inicial para identificar el riesgo, seguidas de visitas mensuales de seguimiento.
<b>Programas y proyectos:</b> saneamiento básico, mejoramiento de vivienda, proyectos con instituciones educativas, proyectos productivos y proyecto banco de valores humanos.
<b>Beneficiarios:</b> niños, jóvenes, adolescentes y madres cabeza de hogar, especialmente.

## Victoria

<b>Introducción:</b> antes del inicio de la estrategia se desconocían los Determinantes Sociales que afectaban la población, la perteneciente al régimen subsidiado era poca atendida y no existía oferta institucional, no había claridad sobre el manejo cultural de las enfermedades endémicas y estas eran atendidas desde la curación y no desde la prevención. Con la implementación de la estrategia, el abordaje del proceso salud-enfermedad amplía su horizonte hacia una perspectiva que buscaba impactar las condiciones y la calidad de vida de la población del municipio.
<b>Proceso vivido:</b> la estrategia inicia en el año 2014 liderada por el hospital. En un primer momento se centró en la caracterización de las familias, que ya alcanza un porcentaje aproximado del 93 % de familias, en su gran mayoría en riesgo alto. En 2017 se firma el Acto Administrativo 0342, que corresponde a la creación de las unidades de análisis de Atención Primaria Social. Este permitió analizar las familias con mayor vulnerabilidad y cada institución participante intervino desde su experticia; de igual forma, se actualizaron las fichas familiares. En 2018 se cerró convenio interadministrativo con la DTSC para la implementación de la estrategia y se incluyeron actividades de Atención Primaria Social en el PIC. En 2019 inicia la implementación del CAS.
<b>Familias caracterizadas:</b> 3.263
<b>Medios y recursos:</b> recursos de la DTSC, la alcaldía desde el área de Salud Pública, recursos del PIC y el hospital.

**Métodos:** primero se realizó la caracterización de las familias y la priorización de las que se encontraban en alto riesgo; de acuerdo con los resultados, se conformó el equipo de trabajo y se definieron los recursos necesarios para efectuar el proceso de intervención; desde los CAS se realizó la articulación con todos los sectores de la administración a partir de la focalización de las necesidades de las familias y se llevaron a cabo jornadas de capacitación a la comunidad. El municipio efectuó un seguimiento mensual del semáforo de riesgo familiar.

**Programas:** mejoramiento de vivienda, jornadas de salud y brigadas sociales (Imagen 5).

**Beneficiarios:** poblaciones vulnerables, adultos mayores, especialmente focalizados en el área rural.



Imagen 5. Jornada intersectorial, Victoria

## 4.1.6 Norte

### Aguadas

<b>Introducción:</b> en este municipio la mirada de la salud estaba centrada en factores biológicos. A partir del año 2015 se inició la implementación de la APSs a través del hospital, quien comenzó con la caracterización de la población dando una mirada integral con abordaje social a las problemáticas familiares.
<b>Proceso vivido:</b> en las familias caracterizadas más o menos el 10.4 % se encuentran en riesgo alto. Desde el año 2018 empezó a funcionar el CAS.
<b>Familias caracterizadas:</b> 5.570
<b>Medios y recursos:</b> recursos de estampilla pro adulto mayor tanto del municipio como del departamento, presupuesto del PIC y del hospital.
<b>Métodos:</b> caracterización de las familias, priorización de familias, intervenciones de acuerdo con el riesgo y educación. También, se realizan brigadas de salud mensuales y la ejecución de actividades de Atención Primaria Social que están enmarcadas en el PIC.
<b>Programas y proyectos:</b> proyectos como el mejoramiento de vivienda o vivienda gratuita, pozos sépticos, de salud sexual y reproductiva, y seguridad alimentaria. Se destacó la protección del adulto mayor que incluyó atención psicosocial, atención terapéutica, atención médica, afiliación al sistema general de seguridad social en salud y rehabilitación.
<b>Beneficiarios:</b> población vulnerable, niños, jóvenes, adultos mayores.

### Aranzazu

<b>Introducción:</b> previo a la implementación de la estrategia, no se evidenciaba la corresponsabilidad entre las instituciones municipales y los sectores de intervención; el proceso de Atención Primaria Social se delegaba únicamente al sector salud. En la actualidad, desde el hospital se dinamiza la estrategia con una visión integral de los problemas y de las intervenciones propuestas, que buscaban articular el trabajo de los diferentes sectores y actores municipales.
---

<p><b>Proceso vivo:</b> la estrategia parte del proceso de caracterización familiar. En el año 2017 se actualizaron las fichas familiares de todos los residentes del municipio con el apoyo de la DTSC y se empezaron a compartir responsabilidades para realizar las intervenciones, especialmente entre las secretarías de la administración municipal. Los actores comunitarios han sido receptivos a la implementación de la estrategia, porque reconocen el CAS como un territorio propio. A la fecha se cuenta con el 87 % de familias caracterizadas.</p>
<p><b>Familias caracterizadas:</b> 3.093</p>
<p><b>Medios y recursos:</b> recursos de la DTSC, la alcaldía municipal y el hospital.</p>
<p><b>Métodos:</b> caracterización de las familias a través del diligenciamiento y/o actualización de fichas y verificación de actividades de atención con las familias; en el caso de las familias priorizadas, se convoca al comité de Atención Primaria Social municipal con el fin de evaluar el riesgo familiar y definir intervenciones, aproximadamente se analizaron cinco (5) familias por comité. Quincenalmente, en el marco del programa <i>Hospital más cerca de ti</i>, se lleva la estrategia de Atención Primaria Social a los barrios y veredas del municipio y se realiza un trabajo puerta a puerta para llevar a cabo el proceso de caracterización, mientras el resto del equipo cumple actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, además de brigadas comunitarias.</p>
<p><b>Programas y proyectos:</b> <i>Hospital más cerca de ti</i> y, en el marco del mismo, actividades en el territorio CAS ubicado en la zona urbana del municipio (Imagen 6).</p>
<p><b>Beneficiarios:</b> niños, jóvenes, adultos y adultos mayores.</p>

## Pácora

<p><b>Introducción:</b> en este municipio desde el 2012 la situación en salud y, en particular, en temas epidemiológicos es muy estable. En la actualidad, se han incorporado temáticas relacionadas con enfermedades psicosociales y asuntos de salud mental como: violencia, suicidios y feminicidios, lo que hace pensar en la necesidad de las rutas de remisión para la atención. La estrategia trasciende el sector salud y abarca los Determinantes Sociales de la Salud. Según los actores, la estrategia ha cambiado la forma de vida a muchas personas.</p>
<p><b>Proceso vivo:</b> desde 2014 se inició con la caracterización para identificar los riesgos. Actualmente existen territorios CAS, se utilizan las encuestas, se hacen intervenciones con los recursos asignados y se realizan las unidades de análisis. La caracterización ha sido liderada por el hospital, alcanzando el 80 % de las familias del municipio. Las brigadas intersectoriales iniciaron en el 2017.</p>



<b>Familias caracterizadas:</b> 3.946
<b>Medios y recursos:</b> recursos de la Gobernación de Caldas, la DTSC, recursos de la administración municipal, las EPS, el hospital y el apoyo de estudiantes de diferentes universidades.
<b>Métodos:</b> caracterización de la población, constitución de los territorios CAS, brigadas de salud y brigadas intersectoriales. Dichas brigadas se llevan a cabo hasta dos veces por semana en los barrios priorizados. Para el caso de los colegios, se realizan brigadas constantes (mínimo una a la semana). También se realizan unidades de análisis trimestrales con el fin de focalizar recursos para la población priorizada.
<b>Programas y proyectos:</b> mejoramiento de vivienda y pozos sépticos.
<b>Beneficiarios:</b> familias de alto riesgo, niños, mujeres, adultos mayores.

## Salamina

<b>Introducción:</b> antes de implementar la estrategia, este municipio no contaba con una coordinación intersectorial que permitiera una atención integral a las comunidades, especialmente aquellas que tienen menor acceso a los servicios que se prestan desde las instituciones públicas. A partir de la implementación de la Atención Primaria Social, la intersectorialidad posibilita un trabajo integral con las familias y de esta manera el abordaje desde el contexto social que busca un cambio según la perspectiva de los DSS.
<b>Proceso vivido:</b> la Atención Primaria Social inició en el 2014 gracias a una prueba piloto. En el 2017, con el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), fue necesario emprender nuevamente la caracterización, ya que la información del 2014 estaba desactualizada. Esta se realizó tanto en el área urbana como en el área rural. En el 2018, con el apoyo de la alcaldía y del hospital, fueron sistematizadas las fichas en el aplicativo.
<b>Familias caracterizadas:</b> 2.940
<b>Medios y recursos:</b> recursos de la DTSC y del hospital.
<b>Métodos:</b> caracterización familiar, diligenciamiento de la ficha en el aplicativo del Observatorio Social, realización de unidades de análisis para la priorización de actividades según el riesgo y realización de jornadas intersectoriales, las cuales se difundieron a través de los medios de comunicación como la radio y voz a voz.
<b>Programas y proyectos:</b> jornadas de salud, programas de salud sexual y reproductiva, saneamiento ambiental, mejoramiento de vivienda y visitas domiciliarias.
<b>Beneficiarios:</b> niños y jóvenes gestantes especialmente.



Imagen 6. Hospital más cerca de ti, Aranzazu

## 4.2 Lecciones aprendidas

Las lecciones aprendidas a nivel departamental están relacionadas con la implementación de una estrategia de Atención Primaria Social con rectitud, lo que ha hecho que se aproveche el proyecto en los territorios para mejorar la calidad de vida de la población y pueda permanecer en el tiempo a pesar de las vicisitudes políticas, económicas y sociales, heterogéneas en términos municipales.

En 2019, el departamento de Caldas fue calificado como el mejor en los indicadores salud del país dentro de la evaluación de las dimensiones financiamiento, percepción en salud, prestación de servicios de salud, gobernanza y participación (Así Vamos en Salud, 2019), lo cual es producto de un proceso continuo, de trabajo cooperado y de insistir en superar un modelo biomédico. De igual manera, fue evaluado como el mejor en gestión del riesgo a nivel nacional y, por ende, con el más bajo nivel de riesgo según en el análisis de desempeño de la Superintendencia Nacional de Salud. Se destacan acciones como:

El mecanismo para el control de la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas, herramientas de evaluación y seguimiento del cumplimiento de los estándares de habilitación, promoción de la afiliación y reporte de las personas identificadas como PPNA, planificación y ejecución de las asistencias técnicas y ejecución del plan de fortalecimiento de capacidades básicas de vigilancia en salud pública a los municipios del departamento, entre otros aspectos. (Dirección Territorial de Salud de Caldas, 2019, p. 1)

La DTSC, como estímulo al aprovechamiento de la estrategia de Atención Primaria Social, reconoció públicamente la gestión de la academia, algunos municipios y ESE de Caldas, en especial por la articulación para el desarrollo de la estrategia y por convertirse en ejemplos exitosos a nivel regional. A continuación, las lecciones aprendidas en los municipios de Caldas se presentan en función de las fortalezas y oportunidades de mejora a manera de resumen por cada una de las subregiones del departamento.

**Tabla 11.** Lecciones en el Alto Occidente

Municipio	Fortalezas	Oportunidades de Mejora
<b>Filadelfia</b>	<p>-Con la implementación de la estrategia se han logrado disminuir las brechas de acceso a los servicios de salud, pues la administración municipal, el hospital y las dependencias territoriales han unido esfuerzos para llegar hasta las comunidades.</p> <p>-Los componentes de la estrategia han aportado herramientas instrumentales y analíticas para el desarrollo del programa de gobierno municipal.</p>	<p>-Vincular a otros actores institucionales y personal exclusivo para el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria Social.</p> <p>-Mayor asignación presupuestal para la implementación de la estrategia.</p>

Municipio	Fortalezas	Oportunidades de Mejora
<b>La Merced</b>	<p>-Se ha fortalecido el reconocimiento por la comunidad en lo relacionado a la oferta institucional, las instituciones están más cercanas a las personas y se han reducido las brechas sociales.</p>	<p>-Se requiere mayor compromiso de los tomadores de decisiones a nivel municipal y departamental en cuanto a la asignación presupuestal para la implementación de la estrategia.</p> <p>-Es necesario nutrir el proceso de capacitación a quienes operativizan la estrategia.</p>
<b>Marmato</b>	<p>-Desde la administración se ha propiciado la integración de las diferentes secretarías municipales.</p> <p>-Mayor impacto comunitario.</p> <p>-Ampliación del portafolio de servicios que se le lleva a la comunidad.</p>	<p>-Mayor conciencia institucional en la implementación de la estrategia, dado que favorece las actividades de los actores en un proceso que va más allá de lineamientos obligatorios y departamentales, lo que permitiría reconocer el alcance real.</p> <p>-Incluir la implementación de la estrategia como una normativa institucional y municipal.</p>
<b>Riosucio</b>	<p>-Una de las principales fortalezas identificadas por el municipio es haber trascendido el sector salud, sin que este quedara en un segundo plano.</p> <p>-La articulación de las diferentes dependencias de la administración municipal, con el hospital y especialmente el resguardo indígena para la realización de las actividades.</p>	<p>-Se requiere sistematización del cruce de información entre las diferentes bases de datos con quienes se realiza interoperabilidad, dado que aún se evidencian datos no actualizados y duplicados, lo que afecta la validez del registro.</p>

Municipio	Fortalezas	Oportunidades de Mejora
<b>Riosucio</b>	<p>-Articulación entre los diferentes actores institucionales que realizan la oferta a la comunidad. Hay trazabilidad de acciones y esto se traduce en un abordaje integral, donde se intervienen necesidades reales.</p> <p>-Gracias a los CAS se han focalizado las intervenciones en las comunidades; a su vez, las personas los reconocen como propios, entienden que son lugares a los que pueden acudir.</p>	
<b>Supía</b>	<p>-La estrategia ha permitido focalizar de una manera más organizada las acciones que buscan impactar la situación de salud y la situación social del municipio.</p> <p>-Con el Observatorio Social se han focalizado las familias urbanas y rurales con mayor riesgo y necesidades.</p> <p>-La comunidad se ha visto a sí misma como importante, se han visibilizado ante los entes administrativos, se han convertido también en tomadores de decisiones y existe una mayor corresponsabilidad de su parte.</p>	<p>-Continuidad de la estrategia en los diferentes periodos de gobierno e incluirla en los planes de gobierno municipal y departamental.</p> <p>-Se requiere que la estrategia cuente con mayor visibilización para que la comunidad la reconozca en cualquier lugar.</p>

**Tabla 12.** Lecciones en Alto Oriente

Municipio	Fortalezas	Oportunidades de Mejora
<b>Manzanares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El Municipio cuenta con una oferta institucional sólida que genera confianza entre las instituciones y la comunidad.</li> <li>-El personal que desarrolla la estrategia procede de la misma comunidad con un perfil desde el área social.</li> <li>-La intersectorialidad es reconocida como una oportunidad para tener acceso a otros beneficios sociales como vivienda, estufas ecológicas, pozos sépticos, entre otros.</li> <li>-Identificación de las condiciones socioeconómicas de los grupos familiares.</li> <li>-Visibilización en territorios de difícil acceso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mayor acompañamiento institucional y compromiso de las familias itinerantes para informar su cambio de domicilio.</li> <li>-Socializar la estrategia con la comunidad.</li> <li>-Incrementar el porcentaje de caracterización en el municipio, que se ve afectado por baja asignación de recursos.</li> <li>-Mayor seguimiento a los indicadores de riesgo familiar.</li> <li>-Clarificar responsabilidades entre el municipio y el hospital.</li> <li>-Descentralizar los recursos de la estrategia y llevarlos fuera del hospital.</li> <li>-Formar profesionales en Atención Primaria Social.</li> </ul>
<b>Marquetalia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Con la estrategia se ha concienciado a los profesionales en la necesidad de enfocar los procesos hacia la promoción de la salud más allá de mitigar el daño.</li> <li>-Se han unido esfuerzos desde diferentes sectores, se comparten las responsabilidades y se logró trascender el proceso asistencialista de salud.</li> <li>-La visión de llevar la oferta a la comunidad rural contribuye a la reducción de las barreras en los servicios de salud y a disminuir las brechas sociales.</li> </ul>	<p>Se requiere mayor compromiso de los líderes institucionales como gerentes de los hospitales, EPS, alcalde y gobernador.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mayor apoyo financiero para todas las actividades operativas de la estrategia, lo que incluye, a su vez, la inversión en el talento humano.</li> </ul>

Municipio	Fortalezas	Oportunidades de Mejora
<b>Marquetalia</b>	<p>-Se ha logrado realizar un diagnóstico de la situación real del municipio con una visión integral para focalizar las acciones.</p> <p>-Voluntad personal y política para la implementación de la estrategia.</p> <p>-Incorporación de las unidades de análisis mensuales para la priorización de las intervenciones con las familias.</p>	<p>-Se requiere un coordinador de la estrategia en el municipio que articule todos los procesos.</p> <p>-Se requiere mayor participación y arraigo comunitario.</p>
<b>Pensilvania</b>	<p>-Se ha logrado realizar un diagnóstico de la situación real del municipio con una visión integral para la focalización de acciones.</p> <p>-Voluntad personal y política para su implementación.</p> <p>-Incorporación de las unidades de análisis mensuales para la priorización de las intervenciones con las familias.</p>	<p>-Mayor número de profesionales y más cualificados para el desarrollo de la estrategia.</p> <p>-Sensibilización institucional y comunitaria con respecto a la estrategia.</p> <p>-Mejorar la estabilidad del personal que trabaja exclusivamente en la estrategia.</p> <p>-Implementación de estrategias de visibilización de la Atención Primaria Social con la comunidad.</p> <p>-Inclusión de la estrategia en el Plan de Gobierno Municipal.</p>
<b>Marulanda</b>	<p>-Se ha visibilizado la importancia de los CAS y se han constituido en centros captadores de atención social y en salud.</p>	<p>-Se requiere más articulación de los actores institucionales con la comunidad, lo cual hace parte de la voluntad política.</p> <p>-Finalizar el proceso de capacitación de los actores participantes en la estrategia.</p> <p>-Promoción y visibilización de la estrategia con la comunidad.</p> <p>-Mayor seguimiento y actualización del sistema de información en el Observatorio Social.</p>

**Tabla 13.** Lecciones en Occidente próspero

Municipio	Fortalezas	Oportunidades de Mejora
<b>Anserma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Integración intersectorial y mayor impacto a familias de alto riesgo.</li> <li>-Participación y empoderamiento de los líderes comunitarios en el desarrollo de su comunidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Integrar otras dependencias de la administración y procurar que se apropien del sentido social de la Atención Primaria Social para lograr afianzar la intersectorialidad.</li> <li>-Mejorar incentivos económicos como motivadores para quienes participen de ella.</li> <li>-Asignación de recursos tecnológicos para la caracterización.</li> <li>-Llegar al 100 % de la caracterización o actualización de las familias del municipio.</li> <li>-Visibilización de la estrategia con la comunidad y procurar un mayor acompañamiento de las Juntas de Acción Comunal.</li> </ul>
<b>Belalcázar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Abordaje intercultural para fortalecer el trabajo con la población indígena.</li> <li>-Participación intersectorial en el desarrollo de la estrategia.</li> <li>-Programa de mejoramiento de vivienda, articulado a la estrategia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Visibilización de la estrategia con la comunidad.</li> <li>-Asignar desde la alcaldía una persona responsable de la Atención Primaria Social con dedicación exclusiva al proyecto.</li> <li>-Mejorar la calidad de los datos registrados en el observatorio.</li> <li>-Asignación de recursos económicos para la estrategia.</li> </ul>



Municipio	Fortalezas	Oportunidades de Mejora
<b>Risaralda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La información registrada en el Observatorio sirve a otros sectores como base para priorizar intervenciones.</li> <li>-La capacitación a la comunidad permite el fomento del autocuidado.</li> <li>-Mejor atención a la población vulnerable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mejorar la asignación de recursos económicos para la estrategia.</li> <li>-Mejorar la articulación entre la alcaldía y el hospital.</li> <li>-Motivar la participación de la comunidad socializando la estrategia y lograr la articulación de los líderes comunitarios al proceso.</li> <li>-Fortalecer el trabajo intersectorial a través de la formalización del trabajo conjunto.</li> <li>-Finalizar la caracterización.</li> <li>-Asignar desde la alcaldía una persona responsable de la Atención Primaria Social con dedicación exclusiva al proyecto.</li> <li>-Mejorar la calidad de los datos registrados en el Observatorio.</li> </ul>
<b>Viterbo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Unidades de análisis con temporalidad mensual.</li> <li>-Articulación intersectorial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mayor compromiso de los actores institucionales.</li> <li>-Motivar la participación de la comunidad a través de su socialización.</li> <li>-Dar continuidad al personal capacitado en la estrategia.</li> </ul>
<b>San José</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Articulación de la estrategia a nivel intersectorial</li> <li>-Conocimiento integral de la situación en la población del municipio.</li> <li>-Inclusión en las actividades a todas las IPS y EPS que hacen parte de las plataformas del observatorio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mayor asignación presupuestal para un desarrollo adecuado.</li> </ul>

**Tabla 14. Lecciones Centro Sur**

Municipio	Fortalezas	Oportunidades de Mejora
<b>Chinchiná</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La información registrada en el Observatorio ha permitido direccionar el desarrollo de las acciones de intervención.</li> <li>-Se ha generado mayor cohesión con la comunidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mejorar la calidad de los datos registrados en el Observatorio y la interoperabilidad para hacer más dinámica la interfaz.</li> <li>-Mayor corresponsabilidad de otras instituciones y sectores con la estrategia.</li> <li>-Programar las intervenciones desde la perspectiva comunitaria.</li> <li>-Motivar la participación de la comunidad socializando la estrategia.</li> <li>-Articulación de los líderes comunitarios al proceso generando empoderamiento comunitario.</li> </ul>
<b>Manizales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sistema de información propio.</li> <li>-Equipo interdisciplinario integrado a la estrategia.</li> <li>-Asignación de recursos para la implementación de la estrategia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Brindar a los profesionales herramientas técnicas para el trabajo en Atención Primaria Social.</li> <li>-Documentar el proceso vivido.</li> </ul>
<b>Neira</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La estrategia se convierte en la ruta para las intervenciones comunitarias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mayor articulación de las diferentes dependencias institucionales en lo concerniente al ingreso de las intervenciones realizadas en el Observatorio Social de Caldas.</li> <li>-Aumentar el presupuesto para la implementación de la estrategia.</li> </ul>

Municipio	Fortalezas	Oportunidades de Mejora
<b>Palestina</b>	<p>-Con la estrategia se ha podido llegar a las zonas más vulnerables del municipio.</p>	<p>-Mayor seguimiento a los datos ingresados al Observatorio Social.            -Brindar mayor y mejor visibilidad a la estrategia.            -Se requiere más voluntad personal y política para dar continuidad a la estrategia.            -Liderazgo de la estrategia por parte de planeación municipal para focalizar los recursos dirigidos a las familias de mayor riesgo.</p>
<b>Villamaría</b>	<p>-Se ha logrado dar continuidad a los procesos comunitarios, lo que ha favorecido la aceptación de la comunidad, pues esta reconoce las bondades de las acciones institucionales.</p> <p>-Con los proyectos enmarcados en el <i>Buen Vivir</i> se ha promovido el empoderamiento de las personas, del autocuidado y del amor propio; además, se han fortalecido las redes de apoyo comunitario.</p> <p>-Se ha dado voz a las personas, quienes han apropiado su función como tomadoras de decisiones.</p> <p>-Programas y proyectos como Huertas comunitarias, Domingos de antaño y Caravanas veredales han logrado un verdadero empoderamiento comunitario.</p>	<p>-Permear con la estrategia a otros sectores para direccionar obras de infraestructura.</p> <p>-Mejorar el funcionamiento del Banco de Ofertas Municipales.</p> <p>-Presentar proyectos a nivel local, nacional y de cooperación internacional para darles continuidad.</p> <p>-Mejorar la articulación del hospital con la administración municipal.</p>

**Tabla 15. Lecciones Magdalena caldense**

Municipio	Fortalezas	Oportunidades de mejora
<b>La Dorada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La estrategia cuenta con un sistema de georreferenciación que permite identificar a las comunidades más vulneradas o afectadas socialmente.</li> <li>-La institución se acerca a la comunidad por medio de las gestoras sociales, lo que favorece el reconocimiento y credibilidad por parte de los usuarios.</li> <li>-Mayor conocimiento sobre las problemáticas sociales del municipio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Desarrollar una aplicación móvil del Observatorio Social y la ficha de caracterización familiar para mejorar el proceso de acompañamiento en términos de oportunidad y accesibilidad.</li> <li>-Asignación de personal exclusivo para la Atención Primaria Social.</li> <li>-Visibilizar la estrategia para que la comunidad se empodere de ella y permita el acceso a sus hogares, de tal manera que se logre llegar al 100 % de la caracterización familiar y se facilite la atención a las familias.</li> <li>-Promover el sentido de pertenencia de las instituciones.</li> </ul>
<b>Norcasia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se cuenta con mayor articulación institucional.</li> <li>-Disminución de la prevalencia de enfermedades endémicas como Leishmaniasis y dengue.</li> <li>-Compromiso de las entidades departamentales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Implementar nuevos Centros de Atención Social en zonas de difícil acceso.</li> <li>-Se requiere reconocimiento por parte de la comunidad para una mejor aceptación de la institución.</li> <li>-Llegar al 100 % de la caracterización, especialmente de la zona rural del municipio.</li> <li>-Asignación de mayor presupuesto para el desarrollo de la estrategia.</li> <li>-Mejor articulación del hospital con la administración municipal.</li> </ul>

Municipio	Fortalezas	Oportunidades de mejora
<b>Samaná</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Participación comunitaria.</li> <li>-Identificación de determinantes sociales de las familias.</li> <li>-Reconocimiento de la población de alto riesgo.</li> <li>-Capacidad de las familias para replicar la información aprendida en los procesos de formación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Incentivar la participación de las EPS en la estrategia.</li> <li>-Realizar una ficha familiar más dinámica y amigable.</li> <li>-Llegar al 100 % de la caracterización.</li> <li>-Proponer nuevos proyectos con impacto comunitario.</li> <li>-Asignar mayor recurso humano y económico a la estrategia.</li> <li>-Mayor participación de otras dependencias de la administración.</li> </ul>
<b>Victoria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Las prácticas culturales se han fortalecido con la estrategia y se ha mejorado la comunicación intrafamiliar.</li> <li>-El Observatorio Social ha logrado articular todos los determinantes que influyen en la salud y se retroalimenta de otras plataformas.</li> <li>-Trabajo articulado entre la DTSC, la administración municipal y el hospital.</li> <li>-Se ha dado mayor cobertura a la población vulnerable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aumentar la oferta institucional a través de nuevos territorios CAS.</li> <li>-Generar un sistema de validación de los datos ingresados en el Observatorio Social.</li> <li>-Incrementar la disponibilidad de recurso humano y económico.</li> <li>-Reconocimiento de la estrategia por parte de la comunidad.</li> <li>-Mejorar la sistematización y desarrollo de actividades para disminuir el riesgo familiar.</li> </ul>

**Tabla 16.** Lecciones Norte

Municipio	Fortalezas	Oportunidades de mejora
<b>Aguadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se lograron mejorar las condiciones de alimentación de los adultos mayores en situación de vulnerabilidad.</li> <li>-Conocer la situación de la población.</li> <li>-El trabajo intersectorial ha fomentado la corresponsabilidad en la solución de los problemas de las familias.</li> <li>-Acompañamiento comunitario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Integrar otras actividades y proyectos a la estrategia con participación de las diferentes secretarías.</li> <li>-Priorizar otros actores que se beneficien de la estrategia.</li> <li>-Generar estrategias que motiven a la comunidad a participar en el desarrollo de la Atención Primaria Social.</li> <li>-Incrementar la asignación presupuestal.</li> <li>-Mejorar la cualificación del personal que ejecuta la estrategia en el municipio.</li> </ul>
<b>Aranzazu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La estrategia es una herramienta útil y práctica para el trabajo interinstitucional.</li> <li>-La atención en salud ha mejorado.</li> <li>-Se ha logrado focalizar las comunidades con mayores necesidades del municipio y priorizar las intervenciones según sus condiciones de vida.</li> <li>-Los procesos de capacitación comunitaria cobran sentido en la medida en que aportan para el fomento del autocuidado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se requiere la inclusión de otras entidades y sectores en el proceso de atención social para fortalecer la estrategia.</li> </ul>

Municipio	Fortalezas	Oportunidades de mejora
<b>Pácora</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se ha logrado el conocimiento de la comunidad, la identificación del riesgo poblacional y la optimización de recursos para la mejora de las condiciones de vida de las familias.</li> <li>-El conocimiento del territorio permite la identificación de la vulnerabilidad e intervención de acuerdo con las particularidades evidenciadas.</li> <li>-Los estilos de vida se han modificado con la estrategia y el fomento del autocuidado es mayor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aumento de recursos económicos para invertir en Atención Primaria Social teniendo en cuenta la inversión también del sector privado.</li> <li>-Mejorar los procesos de planeación e infraestructura.</li> <li>-Definición de periodos de intervención desde los territorios CAS y de corresponsabilidad.</li> <li>-Mejoramiento de la calidad de la información recolectada para garantizar la interoperabilidad con otras bases de datos.</li> <li>-Fortalecer el monitoreo y seguimiento de las intervenciones realizadas y los resultados.</li> <li>-Caracterizar el 100 % de la población.</li> <li>-Identificación de población migrante en función de la caracterización total.</li> <li>-Difusión de la estrategia con la comunidad.</li> </ul>
<b>Salamina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gracias a la estrategia se ha logrado mejorar la concertación de métodos de trabajo con las diferentes entidades involucradas en la implementación.</li> <li>-La población empieza a empoderarse de su condición de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Actualización de la información de la caracterización.</li> <li>-Se requiere mayor compromiso de las instituciones tanto públicas como privadas en relación con la oferta institucional.</li> </ul>

A partir del examen de cada contexto, se presentan algunas recomendaciones generales por categorías de análisis para el fortalecimiento de la Atención Primaria Social a nivel departamental. Al mismo tiempo, se resalta la importancia de su articulación para obtener resultados intersectoriales e interinstitucionales.

**Tabla 17.** Recomendaciones para la Atención Primaria Social en el departamento

<p><b>Talento humano</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilidad de Atención Primaria Social con dedicación exclusiva en los municipios.</li> <li>• Análisis continuo de aciertos y desaciertos.</li> <li>• Posibilidad de articulación, coordinación y colaboración interprofesional.</li> <li>• Integralidad.</li> <li>• Uso efectivo del Observatorio Social.</li> <li>• Toma de decisiones efectivas según las necesidades.</li> <li>• Principio de transversalidad de la estrategia en los diferentes niveles.</li> <li>• Definición de rutas de atención integral.</li> </ul>	<p><b>Gobernanza/contextos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderazgo desde gobernaciones, alcaldías y en particular secretarías de planeación municipal.</li> <li>• Articulación del trabajo en red nacional e internacional desde la DTSC.</li> <li>• Visibilidad.</li> <li>• Fortalecimiento del Observatorio Social desde los municipios y el departamento.</li> <li>• Decisión de políticas a favor de la Atención Primaria Social.</li> <li>• Relevancia del trabajo de las unidades de análisis en los municipios.</li> <li>• Generar estrategias de mediación para la participación de las EPS.</li> </ul>
<p><b>Personas/Comunidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actores centrales.</li> <li>• Visibilización de logros.</li> <li>• Apropiación de la estrategia.</li> <li>• Participación social, activa y permanente.</li> <li>• Comprensión de sus heterogeneidades: edad, género, cultura, trayectorias.</li> </ul>	<p><b>Academia/Referente científico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo colaborativo.</li> <li>• Establecer alianzas.</li> <li>• Formación de talento humano en Atención Primaria Social.</li> <li>• Investigación de la estrategia y herramientas de indagación.</li> <li>• Implementación de proyectos de Teleatención Primaria Social como parte del fortalecimiento de la estrategia.</li> </ul>





## A manera de colofón

La implementación de la Atención Primaria Social fue direccionada y marcada no solo por la historia, la normatividad internacional y nacional, sino también por la institucionalidad, en tanto las primeras favorecieron un cambio en la visión de la intervención en salud y la segundas permitieron que la Atención Primaria, antes liderada por el hospital local, avanzara hasta implementarse desde las alcaldías municipales. Esta estrategia se convierte en una contribución teórica y práctica para el abordaje de las personas, familias y comunidades, a través de la cual se logró dinamizar su componente social y la articulación de todos los actores y sectores desde la mirada de los Determinantes Sociales de la Salud.

Como actor clave y comprometido con el desarrollo de la Atención Primaria Social en el departamento de Caldas, se resalta el Estado, representado en la gobernación, las alcaldías, la Dirección Territorial de Salud de Caldas y potencializado a través de la “mesa intersectorial”. Lo anterior la legitima y le da una mayor apropiación y consistencia. De manera particular, cada municipio la ha dinamizado integralmente, lo que posibilita el desarrollo de procesos de formación y capacitación para avanzar en la comprensión de la mirada y el abordaje de la salud en la perspectiva propuesta por la Atención Primaria Social. El avance diferencial por municipio sugiere una

relación con la voluntad y el posicionamiento en la agenda política, además de una intención de materializar el proyecto en los planes de gobierno.

Los actores que se han integrado al desarrollo de la Atención Primaria Social en el departamento de Caldas trascienden el sector salud para vincular otras áreas como lo cultural, lo social, lo económico y lo ambiental. En algunos municipios existen actores provenientes de diferentes sectores e instituciones, lo que demuestra la relevancia del trabajo articulado para lograr mejores condiciones y calidad de vida en las poblaciones, independiente de su grado de vulnerabilidad. En estos términos, un actor relevante y comprometido es *la comunidad* acompañada de sus líderes, pues su participación y compromiso con el territorio aporta de manera integral al proceso vivido.

El modelo operativo de Atención Primaria Social en el departamento de Caldas ha tenido como eje central de atención los sujetos, familias y comunidades. De aquí se despliegan tres ejes de acción: *la transectorialidad y educación interdisciplinar; el bienestar y salud familiar; y la participación social y comunitaria*. A partir de ellos, y de forma transversal, se realiza un análisis con enfoque diferencial y cultural para las intervenciones basadas en los Determinantes Sociales de la Salud, la educación y la comunicación para la salud.

Como oportunidad de mejora se plantea la necesidad de un mayor financiamiento a nivel municipal y departamental, dada la importancia de la estrategia sobre las dimensiones de la vida humana. En este sentido, se podría contar con un equipo que lidere el proceso en cada municipio. Es también fundamental que la estrategia haga parte de los planes de desarrollo municipales y sea posicionada en la agenda política. Finalmente, es necesario realizar la medición del impacto, pues se convierte en insumo para la toma de decisiones en aspectos concretos.

## Bibliografía

- Agustín Codazzi. (s. f.). *Mapa Territorial*. Recuperado de <https://geoportal.igac.gov.co/contenido/mapas-nacionales>
- Así Vamos en Salud. (2014). *Informe anual Atención Primaria en Salud: avances y retos en Colombia*. Recuperado de [https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/informe\\_anual\\_2014.pdf](https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/informe_anual_2014.pdf)
- Así Vamos en Salud. (2019). *Linea de base índice departamental en salud*. Recuperado de [https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/imce/linea-base-indice-departamental-salud-indes-2019\\_vc\\_11jun.pdf](https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/imce/linea-base-indice-departamental-salud-indes-2019_vc_11jun.pdf)
- Bienestar Familiar. (2019). *Modalidad de acompañamiento familiar y comunitario*. Recuperado de [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/manual\\_opertivo\\_-\\_mi\\_familia.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/manual_opertivo_-_mi_familia.pdf)
- Calderón, C. (2019). Atención primaria de salud: por qué, dónde y cómo. *Hacia Promoc. Salud*, 24(1), 9-10. DOI: 10.17151/hpsal.2019.24.1.1
- Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, C. B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., Paredes-Carbonell, J. J., y Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 93-98. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>
- Congreso de Colombia. (1991). *Constitucion politica de colombia 1991*. Editorial Temmis

- Congreso de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993*. Recuperado de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)
- Congreso de Colombia. (1996). *Ley 253 de 1996*. Recuperado de [https://www.minambiente.gov.co/images/normativa/leyes/1996/ley\\_0253\\_1996.pdf](https://www.minambiente.gov.co/images/normativa/leyes/1996/ley_0253_1996.pdf)
- Congreso de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011*. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)
- Congreso de la República. (2007). *La Ley 1122 del 2007*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
- Congreso de la República. (2017). *Ley estatutaria 1751*. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
- Cortolima. (s. f.). *Organización participación comunitaria*. Recuperado de [https://www.cortolima.gov.co/sites/default/files/images/stories/centro\\_documentos/pom\\_coello/diagnostico/r5.pdf](https://www.cortolima.gov.co/sites/default/files/images/stories/centro_documentos/pom_coello/diagnostico/r5.pdf)
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2019). *Resultados Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>
- Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC). (2015). *ABC de la Atención Primaria Social y en Salud para el departamento de Caldas*. Recuperado de <https://saluddecaldas.gov.co/download/abc-atencion-primaria-social-y-en-salud-para-el-departamento-de-caldas/>
- Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC). (2016a). *Implementación de la estrategia de Atención Primaria Social y en salud para la articulación de las intervenciones inter y transectoriales como contribución al Desarrollo Territorial del Departamento de Caldas*. Recuperado de <https://manizales.gov.co/RecursosAlcaldia/201604211450382502.pdf>
- Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC). (2016b). *Manual página web del observatorio social*. Recuperado de [http://observatorio.saluddecaldas.gov.co/desca/observatorio\\_social.pdf](http://observatorio.saluddecaldas.gov.co/desca/observatorio_social.pdf)

- Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC). (2019). Banco de ofertas intersectoriales. Recuperado de: <https://saluddecaldas.gov.co/banco-de-ofertas-intersectoriales/>
- EPN. (s. f.). *Territorio y transectorialidad*. Recuperado de <http://epn.gov.co/elearning/tratamiento/MODULO9/carrusel/carruselenfoque.htm>
- FAO. (2004). *Guía Metodológica de Sistematización. Programa Especial para la Seguridad Alimentaria PESA en Centroamérica*. Recuperado de: <http://www.fao.org/3/a-at773s.pdf>
- Franco, A. (2012). Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1), 83–94. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2012000100010](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000100010)
- Franco, A. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(3), 414–424. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/120/12041781011.pdf>
- Giovanella, L., Almeida, P. F. de, Vega Romero, R., Oliveira, S., y Tejerina Silva, H. (2015). Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde Em Debate*, 39(105), 300–322. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002002>
- Gobernación de Caldas. (s. f.). *Identificación del Departamento*. Recuperado de <https://caldas.gov.co/>
- Gobernación de Caldas. (2016). *Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019, Construyendo un territorio de oportunidades*. Recuperado de <http://saluddecaldas.gov.co/aps/>
- Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). (1990). *Ley 10 De 1990*. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY\\_0010\\_DE\\_1990.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_0010_DE_1990.pdf)
- Ministerio de salud y protección social (Minsalud). (1996). *Resolución 4288 DE 1996*. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCIÓN\\_4288\\_DE\\_1996.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN_4288_DE_1996.pdf)



- Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). (2019c). *Resolución 2063 de 2017. Ministerio de Salud*. Recuperado de [http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/resolucion\\_2063\\_de\\_2017\\_-\\_politica\\_de\\_participacion\\_social\\_en\\_salud.pdf](http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/resolucion_2063_de_2017_-_politica_de_participacion_social_en_salud.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). (1976). *Decreto 121 de 1976*. Recuperado de <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1026943>
- Naciones Unidas. (1992). *Convención Marco de Naciones Unidas sobre el Cambio Climático*. Recuperado de <https://unfccc.int/resource/docs/convkp/convsp.pdf>
- Naciones Unidas. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Recuperado de <https://doi.org/10.1063/1.1430266>
- Naciones Unidas. (1995). *Informe de La Cuarta Conferencia Mundial Sobre La Mujer*. Recuperado de: [http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing\\_full\\_report\\_S.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing_full_report_S.pdf)
- Naciones Unidas. (2000). *Declaración del Milenio. (Resolución A/RES/55/2)*. Recuperado de <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1978). *Declaración de Alma Ata Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Recuperado de [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1\\_declaracion\\_deALMA\\_ATA.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *El Convenio Marco para el Control del Tabaco*. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0036-36342003000300001>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Reglamento Sanitario Internacional 2005*. Ediciones de la OMS. Recuperado de <https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). *Declaración de Adelaida sobre la Salud en todas las políticas. Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar..* Ediciones de la OMS. Recuperado de [http://www.who.int/social\\_determinants/spanish\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf](http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf)



- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Declaración Política de Río Sobre Determinantes Sociales de La Salud*. Ediciones de la OMS. Recuperado de [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Declaración de Astaná*. Ediciones de la OMS. Recuperado de [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5711:declaracao-de-astana-sobre-atencao-primaria-a-saude-de-alma-ata-rumo-a-cobertura-universal-de-saude-e-os-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=0](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5711:declaracao-de-astana-sobre-atencao-primaria-a-saude-de-alma-ata-rumo-a-cobertura-universal-de-saude-e-os-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=0)
- Organización Panamericana de la Salud. (2018 ). *El legado en Atención Primaria Social que Caldas le entrega al mundo*. Recuperado de [https://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3287:el-legado-en-atencion-primaria-social-que-caldas-le-entrega-al-mundo&Itemid=562](https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=3287:el-legado-en-atencion-primaria-social-que-caldas-le-entrega-al-mundo&Itemid=562)
- Schaefer, F. K. (1986). *Excepcionalismo en Geografía*. Edicions Universitat de Barcelona.
- Universidad Católica de Manizales. (2019). *SUMA Proyección*. Recuperado de <http://www.ucm.edu.co/proyeccion-social/extension-y-proyeccion-social/suma-proyeccion/>

# Anexo

## Metodología

Estudio de la sistematización de experiencias basado en los lineamientos de la FAO, el cual buscó evidenciar resultados de la vivencia en Atención Primaria Social (APSs) en el departamento de Caldas, Colombia. El proceso articula los diferentes actores, sectores y la comunidad, orientándolos hacia el conocimiento de lecciones aprendidas e iniciativas de políticas públicas (FAO, 2004).

La unidad de análisis estuvo conformada por documentos municipales y departamentales, derivados del trabajo en Atención Primaria Social y la información proveniente del Observatorio Social de Caldas<sup>5</sup>, así como de los diferentes actores gubernamentales y comunitarios. Las técnicas utilizadas para la recolección de la información fueron entrevistas a profundidad a informantes clave, grupos focales y revisión documental.

---

<sup>5</sup> Herramienta que permite la interoperabilidad de datos y el uso de instrumentos de información familiar.

## Procedimiento

La investigación se realizó entre agosto y diciembre de 2019 a través de seis (6) fases:

- **Fase 0 - inicio del proceso:** el equipo investigador definió las funciones de cada integrante del equipo, conformado por un asesor experto en la estrategia y seis (6) auxiliares de investigación, seleccionadas según criterios como nivel de formación profesional, experiencia afín al objeto de estudio y residencia habitual en uno de los municipios de la subregión donde debía trabajarse.

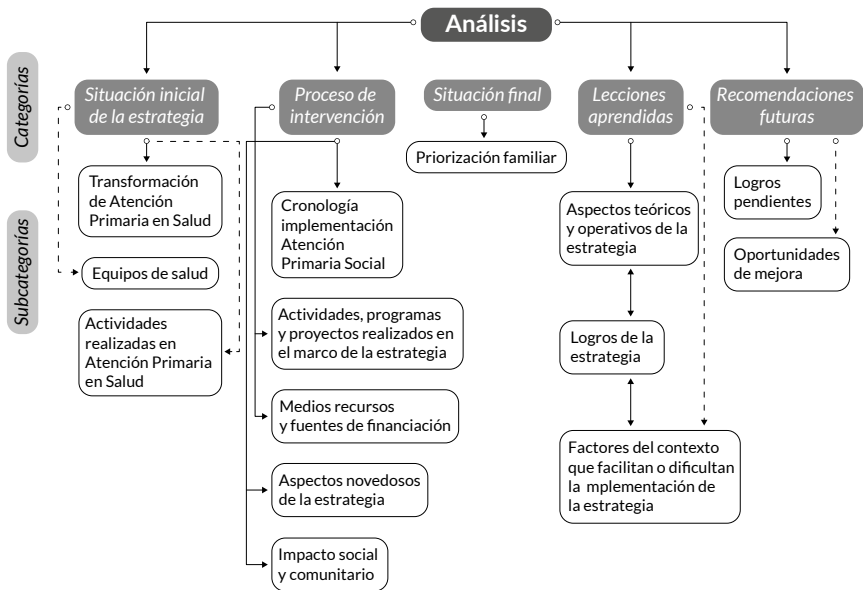
El proceso de capacitación para la recolección de la información por subregiones tuvo una duración de ocho (8) horas, tiempo en el cual se desarrollaron temas relacionados con los aspectos administrativos del proyecto (compromisos, informes, plan de trabajo y tiempos de entrega), fuentes de verificación (consentimiento informado, actas, listados de asistencia, registros fotográficos, grabaciones) y estrategias metodológicas para la recolección de información (grupos focales, entrevistas, revisión documental).

- **Fase 1- recolección de información con actores clave:** esta fase se realizó con actores en relación directa con la experiencia y en algunos casos con actores indirectos de los municipios del departamento. Fue de forma individual y grupal a través de entrevistas a profundidad y grupos focales.
- **Fase 2- situación inicial y sus elementos de contexto:** se partió de la descripción del problema o la oportunidad referida en la experiencia de Atención Primaria Social en Caldas. La información fue obtenida a través de la revisión documental (documentos recolectados en APSs en los entes territoriales visitados) y entrevistas a profundidad.

- **Fase 3- el proceso de intervención y sus elementos de contexto:** se tuvieron en cuenta las actividades que constituyeron el proceso; su secuencia en el tiempo; el rol de cada uno de los actores principales; los métodos o estrategias empleadas; los medios y recursos utilizados para el desarrollo de las diferentes actividades; y los factores del contexto que facilitaron y dificultaron el proceso. Se recolectó la información a través de diarios de campo. Dicha información se complementó con la transcripción de las entrevistas a profundidad.
- **Fase 4- la situación final y sus elementos de contexto:** en esta fase fueron descritos los resultados de la experiencia en el momento de la sistematización. Se consideraron los resultados tangibles e intangibles, los cuales se constituyen en valiosos recursos para el desarrollo futuro de las comunidades locales.
- **Fase 5- las lecciones aprendidas de la sistematización:** estas lecciones permitieron generar nuevos conocimientos, aportes, iniciativas de mejoramiento y contribuir a la toma de decisiones de los agentes del desarrollo local. Aquí se validó y se generó la retroalimentación de los resultados con los actores responsables de la estrategia a nivel departamental. Finalmente, se comunicaron las conclusiones en un encuentro de cierre con los actores principales del proceso (el departamento y los municipios) y se contó con la participación de representantes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

## **Análisis de información**

La información fue procesada y analizada en el programa Atlas-Ti versión 8. Las categorías y subcategorías de investigación pueden verse en la siguiente figura:



**Figura 8.** Categorías y subcategorías de investigación

## **Aspectos éticos**

El estudio cumplió con los planteamientos de la Resolución 008430 de 1993, artículo II. Se consideró como “investigación sin riesgo” debido a que se basó en el análisis de características, las cuales no afectan el comportamiento de los participantes y no incurren en mediciones éticamente reprochables. Se tuvo en cuenta el diligenciamiento del consentimiento informado por parte de los participantes que brindó toda la información acerca de los riesgos y los beneficios de la investigación.

### **Diana Paola Betancurth Loaiza**

Enfermera, especialista en Promoción de la Salud y Administración en Salud; magíster en Enfermería; máster en Atención Primaria; doctora en Salud Pública. Docente; directora de la revista Hacia la Promoción de la Salud; directora de la Especialización en Epidemiología de la Universidad de Caldas. Intereses investigativos: Atención Primaria, Promoción de la Salud.

### **Consuelo Vélez Álvarez**

Enfermera, especialista en Epidemiología, doctora en Salud Pública. Directora del Doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Caldas. Intereses investigativos: Determinantes Sociales de la Salud, Atención Primaria en Salud, Actividad Física, Discapacidad, Políticas Públicas, Salud Pública, Epidemiología, abordajes cualitativos y cuantitativos.

### **Natalia Sánchez Palacio**

Universidad de Caldas. Enfermera, magíster en Salud Pública. Asistente editorial de las revistas Hacia la Promoción de la Salud y Luna Azul. Entrenadora ATLAS. ti. Intereses investigativos: Salud Pública, Atención Primaria en Salud, Promoción de la Salud, Salutogénesis, Gestión del Conocimiento en Salud y la investigación cuantitativa y cualitativa.

### **Claudia Patricia Jaramillo Ángel**

Médica; magíster en Desarrollo Educativo y Social; doctora en Salud Pública. Decana de la Facultad Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas. Intereses investigativos: Administración y Gestión, Proyectos de Intervención e Investigación, Políticas Públicas, Salud Pública, Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.



## FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD

El compromiso asumido con el desarrollo de sistemas de información acorde con la pluralidad de factores, variables y agentes implicados en la Atención Primaria Social constituye asimismo un reto de indudable importancia ante las exigencias de evaluación rigurosa y transparente, integralidad y confidencialidad que deben preservarse ante las políticas y programas de salud. Nos encontramos, por tanto, ante un libro que nos aporta una exposición detallada de la trayectoria de la Atención Primaria Social en el departamento de Caldas y que, a buen seguro, contribuirá al conocimiento no solo de las iniciativas y logros conseguidos a nivel local, sino también de las dificultades y retos vividos y por vivir en la necesaria apuesta por una APS pública, universal y de calidad.

Carlos Calderón  
Doctor en Medicina

ISBN: 978-958-759-314-3



9 789587 593143