



Atención Primaria
SOCIAL
-APS-



POLÍTICA PÚBLICA DE
ATENCIÓN PRIMARIA
SOCIAL
APS

Un pacto por la equidad.

DEPARTAMENTO DE CALDAS
2020 - 2030

**POLÍTICA PÚBLICA DE
ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL
APS**

Un pacto por la equidad.

**DEPARTAMENTO DE CALDAS
2020 - 2030**

**POLÍTICA PÚBLICA DE ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL - APS
DEPARTAMENTO DE CALDAS 2020 - 2030**

© AUTORES

ALBA LUCIDIA ARBOLEDA MEJÍA
Coordinadora departamental
Atención Primaria Social-APS, DTSC

GERMÁN ALBEIRO CASTAÑO DUQUE
Director Centro de Pensamiento en Desarrollo Sostenible
Universidad Nacional de Colombia, Sede Manizales

ANDRÉS FELIPE GÓMEZ SÁNCHEZ
Profesional Centro de Pensamiento en Desarrollo Sostenible
Universidad Nacional de Colombia, Sede Manizales

Primera edición 2019

Diseño e impresión
editorial tizán
Manizales, Colombia

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita de los autores.

Gobierno de Caldas

Guido Echeverri Piedrahita

Gobernador de Caldas

Gerson Bermont Galavis

Director General - Dirección Territorial de Salud de Caldas, DTSC

Juan Felipe Álvarez Castro

Secretario de Integración y Desarrollo Social Departamental

Juan Felipe Jaramillo Salazar

Secretario de Planeación Departamental

Beatriz Hoyos Zuluaga

Subdirectora (e) de Salud Pública, DTSC

Diego Luis Arango Nieto

Ex Subdirector de Salud Pública, DTSC

Alba Lucidia Arboleda Mejía

Coordinadora departamental Atención Primaria Social-APS, DTSC

Héctor Uriel López Buitrago

Profesional especializado, Red de Servicios- DTSC

Isdruval Arengas Castilla

Profesional Especializado Área de la Salud - Coordinador Observatorio Social

Claudia Lucía Giraldo Ramírez

Profesional de Apoyo Observatorio Social

Jaime Pineda Ramírez

Profesional de Apoyo Observatorio Social

Yadira Alzate Mira

Profesional de Apoyo Observatorio Social

Javier Gómez Puerta

Médico Sexólogo-DTSC

Lorena Aristizabal Cardona

Profesional Atención Primaria Social-APS- DTSC

Yuli Tatiana Muñoz Muñoz

Profesional Atención Primaria Social-APS- DTSC

Paola Alexandra Franco Gómez

Profesional Atención Primaria Social-APS- DTSC

Natalia Andrea Álzate Bedoya

Profesional vigilancia salud pública - DTSC

Julieth Osorio Torres

Jefe Oficina asesora de prensa y comunicaciones - DTSC

Jhon Fredy Agudelo Martínez

Profesional Oficina asesor de prensa y comunicaciones-DTSC.

Yenifer Salazar Salazar

Estudiante practica Enfermería-APS-DTSC

Cristian Camilo Otalvaro

Estudiante practica Enfermería-APS-DTSC

Juliana Vasquez Alzate

Estudiante practica Psicología-APS-DTSC

Paula Andrea Bonilla

Estudiante practica Psicología-APS-DTSC

María Alejandra Castaño Betancur

Estudiante practica Psicología-APS-DTSC

Gladys Saiz López

Profesional Unidad de Políticas Públicas, Secretaria de Integración y Desarrollo social Departamental

Cristian Camilo Hernández Moreno

Politólogo Unidad de Políticas Públicas, Secretaria de Integración y Desarrollo social Departamental

Mabel Stella Betancourt Cuellar

Profesional Especializada, Secretaria de planeación departamental

**Universidad Nacional de Colombia
Escuela de Pensamiento UN
Vicerrectoría de Investigación**

Germán Albeiro Castaño Duque

Director Centro de Pensamiento en Desarrollo Sostenible
Universidad Nacional de Colombia, Sede Manizales

Andrés Felipe Gómez Sánchez

Profesional Centro de Pensamiento en Desarrollo Sostenible
Universidad Nacional de Colombia, Sede Manizales

Carlos Mario Ramírez Guapacha

Profesional Centro de Pensamiento en Desarrollo Sostenible
Universidad Nacional de Colombia, Sede Manizales

Daniel Stid Ortiz López

Profesional Centro de Pensamiento en Desarrollo Sostenible
Universidad Nacional de Colombia, Sede Manizales

Grupo Asesor

Mercedes Pineda García

Gerente Hospital Departamental San Cayetano de Marquetalia,
Caldas - ESE.

Carlos Londoño Aristizábal

Médico Salubrista

Patricia Toro Duque

Médica Magister Administración en Salud - Auditora en Salud

ÍNDICE

7	1. Introducción
9	2. Antecedentes
12	2.1. Atención Primaria en Salud
13	2.2. Atención Primaria Social para el departamento de Caldas
15	3. Conceptos orientadores para la Política de Atención Primaria Social-APS
17	3.1. ¿Qué son las Políticas Públicas?
32	3.2. Resumen: Sistematización de la experiencia de Atención Primaria Social APS en el departamento de Caldas, Colombia (2019)
35	4. Marco Normativo
41	5. Diagnóstico
57	6. ¿Por qué se formula la Política Pública de Atención Primaria Social-APS?
61	7. Metodología para la construcción de la Política Pública en Atención Primaria Social - APS
69	8. Lineamientos y estrategias de la Política Pública de Atención Primaria Social - APS para el departamento de Caldas
72	8.1. Objetivos
73	8.2. Pilares, principios y enfoques
75	8.3. Lineamientos de la política pública
79	9. Arquitectura institucional y proceso de implementación de la política pública
81	9.1. Arquitectura territorial institucional
83	9.2. Etapas de implementación
89	10. Seguimiento y evaluación
93	11. Financiamiento
96	Referencias bibliográficas



1. INTRODUCCIÓN

El documento aborda la “Política Pública en Atención Primaria Social-APS del departamento de Caldas-2020-2030” la cual fue elaborada con la participación de diferentes actores que están directamente relacionados con el desarrollo social, económico, ambiental, académico e institucional, bajo la coordinación de la Dirección Territorial de Salud de Caldas-DTSC, La Secretaría de Integración y Desarrollo Social, la Secretaría de Planeación y el Centro de Pensamiento en Desarrollo Sostenible de la Universidad Nacional de Colombia-sede Manizales.

La Política Pública en Atención Primaria Social-APS, será el eje integrador de todos los sectores y políticas de carácter social del departamento, con el fin de contribuir al bienestar e inclusión de la población caldense; trasciende al sector salud, pues se requiere garantizar la transectorialidad e intersectorialidad con un objetivo común y es la intervención del riesgo individual, familiar y comunitario de la población, de acuerdo con los determinantes sociales que están afectando las dimensiones del desarrollo como son: ambiental, social, poblacional y económica; por lo tanto demanda trabajar unificadamente con todos los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y con los demás sectores, en aras de dar cumplimiento a los lineamientos conceptuales y operativos que enmarca la Atención Primaria Social.

Este documento para el lector plantea los elementos claves que estructuran la política en relación con los antecedentes normativos, el proceso de construcción participativa, el concepto de Atención Primaria Social-APS, cursos de vida, entornos, rutas integrales de atención, objetivos del desarrollo sostenible, entre otros. Además, se describe la apuesta de política con sus pilares, enfoques, objetivos, principios, ejes y acciones estratégicas. Finalmente, se incluyen orientaciones relacionadas con la articulación institucional, sectorial y transectorial de la política y orientaciones generales sobre el modelo de seguimiento y evaluación de esta.

La política pública en Atención Primaria Social-APS, está basada en cinco pilares, el primero es el **Autocuidado** donde se toman medidas para el cuidado de sí mismos y de las necesidades físicas, emocionales, mentales, financieras y ambientales; el segundo pilar, se basa en la **Participación individual y comunitaria**, en donde todos los actores sociales tanto públicos como privados en compañía de las familias y la comunidad participan en los procesos de implementación, apropiación y evaluación de la política pública; el tercer pilar de **Articulación intersectorial**, en donde se vela por la cohesión y el trabajo conjunto de los diferentes sectores del orden nacional, territorial, y las organizaciones de la sociedad civil para disminuir la duplicidad de esfuerzos y lograr un aprovechamiento óptimo de los recursos físicos y humanos con los que dispone el departamento; **Bienestar integral de la familia** como cuarto pilar; para el cual se realizarán acciones conjuntas entre todos los sectores que respondan a las necesidades del individuo y de su grupo familiar, para que estos gocen de entornos

socialmente justos, culturalmente aceptables, económicamente viables y ambientalmente sanos, apuntando a una mejor calidad de vida en las generaciones presentes y futuras. Y un quinto pilar denominado **Información para la acción** que soporta a la política de APS desde el sistema de gestión integral riesgo. Este sistema es el encargado de la caracterización permanente de las familias por interoperabilidad de datos y por visitas domiciliarias a los caldenses, lo mismo que del cálculo de riesgos individuales, familiares y comunitarios; además es el generador de las unidades de análisis para focalizar los diferentes programas y las ofertas requeridas para las intervenciones efectivas de nuestras comunidades.

Por ello, esta política pública cuenta con ocho (8) principios que orientarán las acciones y siete (7) enfoques que serán los que apunten a un mejor bienestar de todos los habitantes del departamento de Caldas.



2. ANTECEDENTES



El departamento de Caldas, a nivel nacional ha sido pionero en formulación e implementación de Políticas Públicas de carácter social; es así como por más de una década se han formulado las siguientes políticas:

Política pública primera infancia, infancia, adolescencia y fortalecimiento familiar (Ordenanza 732 de marzo de 2014): ofrece lineamientos para promover la gestión, ejecución y evaluación de acciones institucionales de amplio alcance, orientadas a garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Esto, con el fin de fortalecer la atención a la familia como productora y receptora de problemáticas que condicionan el desarrollo integral de la infancia y la adolescencia en todos los municipios del departamento de Caldas.

Política pública de trabajo decente y digno (Ordenanza 774 de diciembre de 2015): su fin es propender y garantizar que los vínculos laborales al interior de la administración departamental, empresas e instituciones descentralizadas, órganos de control, empresas, instituciones u organizaciones que contraten y manejen recursos públicos del Departamento, aun siendo particulares, se desarrollen con garantía del trabajo digno y decente, cumpliendo las leyes, acuerdos y tratados que existan al respecto.

Política pública de educación ambiental para el departamento de Caldas (Ordenanza 587 de diciembre de 2007): el objeto general es incorporar en el sistema educativo la dimensión ambiental, desde las bases conceptuales integradoras, interdisciplinarias, interinstitucionales e intersectoriales que garanticen procesos de transformación en bien de la calidad de la educación, la consolidación de una cultura ambiental y el mejoramiento de la calidad de vida del Departamento de Caldas.

Política pública para el desarrollo del sector agropecuario y agroindustrial del departamento de Caldas una alternativa para la superación de la pobreza. (Ordenanza 734 de abril de 2014): tiene como fin el promover el desarrollo a través del fortalecimiento de las cadenas productivas priorizadas en el territorio caldense, teniendo en cuenta los eslabones de producción, transformación y comercialización; mediante la integración regional, la promoción del desarrollo sostenible y el trabajo en equipo con los productores (jóvenes, mujeres, población vulnerable, grupos étnicos...), los gremios y la academia.

Política pública social para el envejecimiento y vejez 2018-2028 en el Departamento de Caldas “Envejeciendo activamente en Caldas con autonomía, inclusión y participación” (Decreto 0176 de agosto de 2018): basada en un enfoque de derechos que promueve la construcción de ciudadanía en la vejez y garantiza por parte del Estado las condiciones para el ejercicio de derechos individuales y de grupo para asegurar la promoción, protección, restablecimiento y ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas mayores sin distinción alguna, que permita el desarrollo humano, social, económico, político, cultural y recreativo, promoviendo el envejecimiento activo para que personas mayores del Departamento de Caldas vivan una vejez con dignidad, a partir de la responsabilidad que compete al Estado en su conjunto y de acuerdo con los lineamientos nacionales e internacionales.

Actualización de la Política Pública de Juventud del departamento de Caldas 2018-2028, “Caldas territorio joven” (Decreto 0167 de agosto de 2018): tiene como fin el garantizar el reconocimiento de las juventudes en la sociedad como sujeto de derechos y protagonistas del desarrollo del departamento desde el ejercicio de la diferencia y la autonomía.

Política pública departamental de discapacidad (Decreto 0210 de octubre de 2016): busca garantizar el goce efectivo de derechos de las personas con discapacidad, sus cuidadores y familias fortaleciendo la organización, participación, capacidad de gestión y el conocimiento institucional y comunitario en el departamento de Caldas.

Política pública de Salud Mental del departamento de Caldas: “Un aporte al bienestar y a la inclusión”: pretende contribuir desde la gestión pública del departamento de Caldas, al establecimiento de condiciones individuales, familiares, comunitarias y sociales favorables, para el goce de una salud mental que aporte al bienestar y a la inclusión social.

Política pública de salud sexual y reproductiva (Ordenanza 552 de 2006): pretende aplicar acciones y estrategias, que permitirán mejorar el nivel de Salud Sexual y Reproductiva con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas. Será hilo esencial para tejer las relaciones y actuaciones humanas, con las que se proyectarán histórica y socialmente las futuras generaciones de nuestro departamento en la consecución de una sexualidad sana y gratificante, que les permita mejorar su nivel general de calidad de vida.

Política pública social para la equidad de género “Todas las voces 2018-2028” en el departamento de Caldas (Decreto 0205 del 03 de octubre de 2018): es el conjunto de valores, decisiones y cosmovisiones de las mujeres caldenses que buscan reconocer las condiciones y transformar las situaciones donde existen inequidades que impiden superar la visión masculino - femenino que afectan la calidad de vida tanto de hombres como de mujeres y otros género y orientaciones sexuales.

Para entender el porqué de la política pública en Atención Primaria Social -APS, se debe conocer qué es la Atención Primaria en Salud, para tal fin a continuación se describe este modelo.

2.1. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

La Atención Primaria en Salud es una estrategia que busca, mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos y científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía como “primer elemento de asistencia sanitaria” que se garantiza por ser de alta calidad, costo efectiva y prestación de servicios multidisciplinarios (OMS, 1978). La atención primaria tiene un alcance mayor que el componente asistencial de los servicios curativos tal como lo plantea la OMS en su informe de 2008, e involucra la

territorialización, el fortalecimiento de la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, la gestión intersectorial y la integralidad de los servicios individuales y colectivos con un enfoque de salud familiar y comunitaria.¹

Por otra parte Ley 1438 de 2011 define a la Atención Primaria en Salud (APS) como la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana². De acuerdo con definiciones de la OPS/OMS, cada país adopta una definición de APS con base en sus particularidades.

2.2. ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL Y EN SALUD PARA EL DEPARTAMENTO DE CALDAS.

Se define como “Una estrategia eminentemente social que trasciende al sector salud, pues se requiere garantizar la transectorialidad e intersectorialidad con un objetivo común y es la intervención del riesgo Individual, familiar y comunitario de la población de acuerdo con los determinantes sociales que están afectando las dimensiones del desarrollo, por tanto demanda trabajar unificadamente con todos los agentes del SGSSS y con los demás sectores, en aras de dar cumplimiento a los lineamientos conceptuales y operativos que enmarca el proyecto de APS en bien de la salud de la comunidad del departamento de Caldas”³.



¹WHO-World Health Organization. Atenco primria  saúde: mais necessria que nunca. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008

²Ley 1438 de 2011 capítulo III, artículo 12

³ABC de la Atención Primaria Social y en Salud para el departamento de Caldas, I edición, Página 6. Dirección territorial de Salud de Caldas-DTSC, 2015.

La estrategia de Atención Primaria Social-APS, en Caldas, ha sido reconocida dentro y fuera del departamento, como una alternativa integral que puede contribuir al mejoramiento de los entornos de los habitantes de la región caldense; es así como se plantea que esta estrategia se convierta para el departamento de Caldas en una Política Pública que al ser construida, implementada y evaluada permita un empoderamiento de la población para mejorar su calidad de vida y sus entornos y, que además permita ser integradora de las demás políticas de carácter social con que hoy cuenta el departamento.

En Caldas la Atención Primaria Social tiene dentro de sus objetivos centrales el resolver las desigualdades consideradas injustas y evitables entre grupos sociales y territorios, es decir, combatir las inequidades en los diferentes niveles de la población, teniendo en cuenta que gran parte de las enfermedades presentes en nuestro territorio dependen, de manera fundamental, de los determinantes sociales, cambios demográficos, urbanización creciente con inadecuada planificación, estilos de vida malsanos, inapropiados hábitos alimenticios, entre otros. De esta forma, la implementación de la Política Pública en Atención Primaria Social-APS contribuiría de manera significativa en abordar los problemas territoriales que están relacionados con los determinantes sociales que afectan el bienestar de la población del departamento de Caldas.

La Atención Primaria Social-APS en Caldas surgió de una iniciativa local que trascendió al nivel departamental como la estrategia articuladora de los sectores y proyectos sociales, lo que ha permitido contribuir al fortalecimiento de las entidades territoriales y establecer procesos que logren la mitigación o reducción del riesgo y la promoción de factores protectores en las comunidades.

El fin de la estrategia ha sido la intervención de los riesgos individuales, familiares y comunitarios de la población, de acuerdo a los determinantes sociales que afectan las dimensiones del desarrollo: la ambiental, social, poblacional y económica y así ha logrado contribuir al **BIENESTAR** de la Población de Departamento de Caldas.



3. CONCEPTOS ORIENTADORES PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL APS

4. DIMENSIÓN INSTITUCIONAL



Para entender e implementar en el departamento de Caldas, la Política Pública en Atención Primaria Social-APS, es necesario tener en cuenta algunos conceptos orientadores como los siguientes:

3.1. ¿QUÉ SON LAS POLÍTICAS PÚBLICAS?

Son el resultado de un proceso social, no de un mandato jurídico ni de una decisión administrativa, son, por el contrario, la concreción de unos ideales que se construyen a partir de unas dinámicas sociales que requieren ser interpretadas y llevadas a una toma de decisiones capaces de ser administradas y continuamente revisadas. (Instituto Estudios del Ministerio Publico-IEMP).

Son acciones de gobierno con objetivos de interés público que surgen de decisiones sustentadas en un proceso de diagnóstico y análisis de factibilidad, para la atención efectiva de problemas públicos específicos, en donde participa la ciudadanía en la definición de problemas y soluciones. (Universidad IEXE, Escuela de políticas públicas).

3.1.1. FASES DE LA POLÍTICA PÚBLICA

La existencia de una política pública plantea la presencia de una estructura que ordena la acción del Estado. Así, la decisión de política pública debe verse reflejada en un ordenado conjunto de acciones, agregadas en distintos niveles de complejidad. Adaptando el esquema de Fernández-Ballesteros (1996), una política pública puede componerse de cinco fases: **1) Inclusión (Formación de la agenda), (2) Formulación, (3) Adopción (4) Implementación (5) Seguimiento y Evaluación.**



Figura 1. Fases de la Política Pública
Fuente Elaboración propia

El modelo del ciclo de la política pública es un dispositivo analítico que sugiere que la política es un proceso que se desarrolla por fases (Aguilar, 2003; Dunn, 2008; Molina, 2002; Roth, 2002). Esta concepción permite comprender la política pública mediante sus distintos momentos de formación por medio de fases interdependientes, como se observa en la **Figura 1.**

En el caso de la política en atención Primaria Social – APS, se cumple las fases de las políticas públicas de la siguiente manera:

1

Inclusión: el Gobierno de Caldas incorpora en el plan de desarrollo departamental 2016-2019, la estrategia de Atención Primaria Social-APS, para el departamento de Caldas. Ordenanza 781 de 2016.

Así mismo se plantea que esta estrategia se convierta en una política de carácter departamental.

2

Formulación: se realiza un proceso de participación ciudadana con los actores sociales de la Atención Primaria Social-APS del departamento de Caldas para la Formulación de la Política Pública en APS. Mediante convenio interadministrativo se inicia la formulación en la que participaron la Dirección Territorial de Salud de Caldas-DTSC, Las secretarías departamentales de Planeación, de Integración y Desarrollo Social y el Centro de Pensamiento en Desarrollo Sostenible de la Universidad Nacional de Colombia- Sede Manizales.

3

Adopción: la política pública en APS es adoptada por la Gobernación de Caldas como el ente generador de lineamientos sociales en el territorio.

4

Implementación: La Política Pública en APS, se implementará en todo el territorio caldense articulando a todos los actores (Entidades territoriales, instituciones y entidades del orden nacional, academia, sector privado y sociedad civil). En los planes de Acción de la Política se diseñarán Rutas integrales de Atención para disminuir los diferentes factores de Riesgo.

La mesa departamental intersectorial de Atención Primaria Social (Decreto 0062 de abril de 2017 de la Gobernación de Caldas), los comités municipales de análisis situacional de la estrategia APS y la estrategia de los Centros de Atención Social-CAS serán los ejes articuladores de la política integrando los diferentes instrumentos y espacios de participación y de decisión.

5

Seguimiento y Evaluación: esta basado en la estructuración de indicadores y metas acordes a los propósitos de la política, que puedan ser revisados periódicamente en las instancias de decisión y orientación.

En este caso la mesa departamental intersectorial de Atención Primaria Social, será la responsable de realizar el seguimiento y evaluación de la Política Pública en APS.

Figura 2. Fases de la Política Pública en Atención Primaria Social-APS, para el departamento de Caldas.

Fuente Elaboración propia

3.1.2. ENFOQUES PARA FORMULAR POLÍTICAS PÚBLICAS

Existen diferentes enfoques para la formulación de políticas públicas, pero los dos más conocidos son: el enfoque de arriba hacia abajo o *top down* y el enfoque de abajo hacia arriba o *bottom up*.

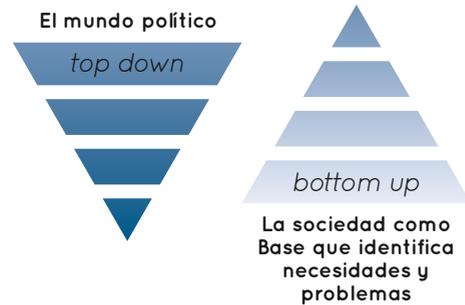


Figura 3. Enfoques de la Política Pública
Fuente: Elaboración propia

Top down (Enfoque de arriba hacia abajo): los ejes centrales son la primacía de la autoridad, la distinción entre el universo político y administrativo y la búsqueda de la eficiencia. La formulación de la política se funda en una administración racional dirigida desde el orden nacional hacia el local. Realiza una construcción de “arriba hacia abajo” en la que no se incorporan aportes sugeridos de procesos sociales y políticos (Subirats, 2008).

Bottom up (Enfoque de abajo hacia arriba): las políticas públicas se implementan a partir de las perspectivas de las organizaciones y actores encargados de ejecutarlas. Para la decisión y ejecución política se identifican las necesidades y las problemáticas y luego se propone la política pública. Tiene en cuenta las perspectivas tanto de los beneficiarios como de los ejecutores de la Política. Este es el enfoque utilizado para la política pública en Atención Primaria Social-APS del departamento de Caldas.

La formulación de la política en APS, tuvo un fuerte componente participativo y comunitario, y un componente institucional que permitieron orientar los lineamientos de ésta, en la que se construyeron pilares, principios, enfoques, objetivos y la parte estratégica se dividió en líneas y actividades estratégicas.

3.1.3. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: SEGÚN LA OMS

“Los Determinantes Sociales son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”.

“Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria”. Siendo la familia la primera Institución socializante de los individuos en donde además de tener una

función reproductiva se debe ejercer una función corresponsable de garantía de derechos fundamentales con sus integrantes frente a los aspectos de formación y en donde se promueve el afecto, la solidaridad, los valores que se instauran en las conductas de los miembros reflejadas en la interacción con el medio externo socializante (escuela, trabajo, sociedad...) es de vital importancia que los diferentes sectores la intervengan desde su realidad particular con una visión integral que dé cumplimiento a las dimensiones del desarrollo y que relacionen y generen procesos de intervención transversales que correspondan a la aplicabilidad de los determinantes sociales de acuerdo a su cultura, ciclo de vida familiar, etnia, religión, género y capacidades biológicas (aspectos físicos, mentales y genéticos), psicológicas (Desde su capacidad mental de raciocinio de la psiquis) y sociales (Desde su relación con el medio que los rodea) de sus integrantes. Se incluyen 8 determinantes para la focalización del riesgo y la intervención intersectorial estos son⁴:



Figura 4. Determinantes Sociales, OMS

⁴Modelo de Atención Socio Familiar-APS, Página 6, Lorena Aristizabal, 2019



1. Vivienda: es un lugar importante para el desarrollo del ser humano. En ella las personas pueden sentirse bien, tranquilas, protegidas, seguras, saludables. La vivienda para cada persona, según sus propias creencias, debe ser cómoda, agradable, segura, bonita, acogedora y armónica. Una vivienda saludable es aquella que brinda seguridad y protección, ofrece intimidad, es confortable y contribuye al bienestar de cada una de las personas que la habitan. Ésta incluye no sólo la casa, sino también la familia misma, el entorno inmediato y la comunidad.



2. Servicios de Atención en Salud: son aquellas prestaciones que brindan una orientación en un sistema de atención dirigido al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas; no solo se contempla desde el diagnóstico y tratamiento de enfermedades sino también desde lo que incluye tener una vida y entorno saludable.

3. Agua y saneamiento: el concepto de Saneamiento es asociado con los procedimientos cuya finalidad es mejorar la calidad ambiental de un territorio, lugar o región; el saneamiento implica reducir la contaminación para proteger la salud ambiental tiene que ver con la garantía del acceso al agua tratada, manejo de basuras, manejo y tratamiento de residuos y gases contaminantes.



4. Desempleo: situación de la persona que está en condiciones de trabajar, pero no tiene empleo o lo ha perdido. "el gobierno debe garantizar la asistencia y las prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo" se considera un determinante importante para garantizar la adquisición a los recursos encaminados a la satisfacción de necesidades de la familia y sus integrantes.

5. Condiciones de vida y de trabajo: se refiere a la calidad de vida laboral afectada por la gestión de factores psicosociales determinados, supone considerar a dicha calidad de vida como la dinámica en una organización del frente a la garantía de derechos de sus empleados. Como determinante social es visto desde la articulación de sectores y actores en su accionar interdisciplinario para la intervención poblacional encontrada en riesgo.



6. Entorno laboral saludable: es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la simple ausencia de la enfermedad. Es aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo en base a los siguientes indicadores:



- ◆ La salud y la seguridad concernientes al espacio físico de trabajo.
- ◆ La salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo incluyendo la organización del mismo y la cultura del ambiente de trabajo.
- ◆ Los recursos de salud personales en el espacio de trabajo, y Las formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y de otros miembros de la comunidad.

7. Educación: está consagrada como un derecho fundamental en Colombia. El artículo 67 de la Constitución Política la define como un servicio público que tiene una función social, que busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica y a los demás bienes y valores de la cultura.

A nivel mundial la educación es vista como una poderosa herramienta de transformación, que facilita el fortalecimiento de la democracia, genera movilidad social, reduce las desigualdades sociales y económicas y es la herramienta más eficaz para la expansión de las capacidades en los individuos.

Según la declaratoria de los derechos humanos en su artículo 26, la educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos (...)

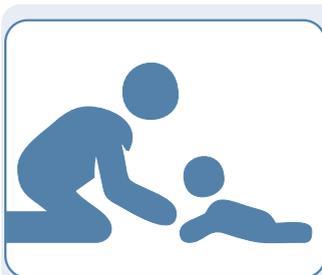


3.1.4. CURSO DE VIDA⁵

Según el MSPS (2014) aborda a las personas en los diferentes momentos del continuo de la vida reconociendo las características y los cambios que, desde la particularidad de cada uno, potencian el desarrollo y la salud de las personas, constituyéndose como lo plantea Parodi, (s/f) en una aproximación transversal para facilitar la medición y monitoreo, sin perder de vista que se trata de un continuo, evitando caer en el error de analizar segmentos aislados.

Para abordar los momentos vitales se tendrá en cuenta que la edad debe ser considerada como un valor social más que cronológico, ya que se constituye en una construcción social e histórica al interactuar con los roles sociales, marcando trayectorias y cursos de vida diferentes para los sujetos, de acuerdo con la cultura, la historia y el contexto social, político y económico de cada persona (Rutas integrales de Atención, Ministerio de Salud, 2018).

Los momentos vitales y su conceptualización acogidos por la Política Pública en Atención Primaria Social-APS, para el departamento de Caldas son: 1) Primera infancia, 2) Infancia, 3) Adolescencia, 4) Juventud, 5) Adulthood y 6) Vejez. Para cada uno de ellos se presenta a continuación, una breve definición que incluye criterios de referencia cronológica y sub agrupaciones, en razón a que el desarrollo de los sujetos no es homogéneo, ni invariable (MSPS, 2014).



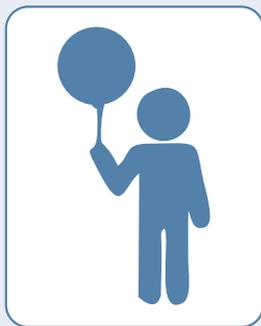
1. Primera infancia:

Hace referencia al momento vital o etapa que comprende el desarrollo de los niños y las niñas desde su gestación hasta los 5 años de vida (Política de Primera Infancia, 2006; Ley 1098 de 2006). Los niños y las niñas desde su nacimiento hasta los 5 años son sujetos de derechos y seres sociales únicos, irreductibles, activos y con subjetividad propia. Esta concepción implica que se consideran seres

humanos dignos, amparados por los derechos propios a su naturaleza y particular momento del ciclo vital (Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, 2013).

Es un momento crucial para el desarrollo pleno del ser humano en todos sus aspectos: biológico, psicológico, cultural y social; además de ser decisivo para la estructuración de la personalidad, la inteligencia y el comportamiento social (Política de Primera Infancia, 2006; Irwin y cols, 2007). En este momento de la vida las niñas y los niños sientan las bases para el desarrollo de sus capacidades, habilidades y potencialidades (Ley 1098 de 2006).

⁵Manual metodológico de la Rutas Integrales de Atención en Salud, Ministerio de Salud y de la Protección Social. MSPS, 2018

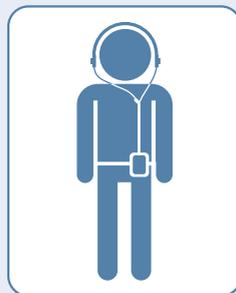


2. Infancia: Desde la esfera biológica corresponde al periodo que cursa entre los 6 y los 11 años de edad, con un crecimiento regular menos acelerado que el de la primera infancia. Algunas de las características de la infancia son: i) Potencialidad para realizar aprendizajes sistemáticos; ii) Amplia percepción progresiva de sus propias competencias; iii) Marcada interacción social fuera de la familia; iv) Disfrute de juegos de reglas y competencia v) Resolución de problemas cotidianos de manera independiente, vi) Aprendizaje fundamentado básicamente en la imitación de modelos de su entorno.

Desde la esfera sociológica Pavez, 2012 considera que “Las niñas y los niños son y deben ser vistos como agentes; es decir, como actores sociales que participan en la construcción y determinación de sus propias vidas, de quienes les rodean y de las sociedades en que viven. Las niñas y los niños no son objetos pasivos de la estructura y los procesos sociales” (p.94).

La infancia debe entenderse como una etapa en el curso de vida con las características mencionadas, cuyo interés superior prevalece sobre el de las personas mayores de 18 años, obligando al Estado, la familia y la comunidad a satisfacer integral y simultáneamente todos sus Derechos Humanos; en este contexto el papel del sector salud frente a la infancia trasciende a los servicios de salud, para ser el garante, desde su competencia, de aportar positivamente en el desarrollo integral a través de estrategias integradoras individuales y colectivas, logradas sobre la base de la participación y la intersectorialidad en los diferentes entornos donde transcurre la vida de las niñas y niños.

3. Adolescencia: Se refiere a hombres y mujeres entre los 12 y 17 años. De acuerdo con Pineda & Aliño (2002), este momento vital se caracteriza por “profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un periodo de adaptación a cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social” 25 (p.16).



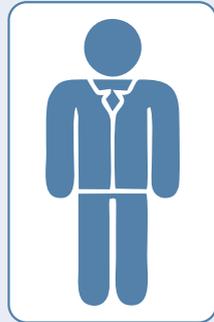
Se constituye en un momento clave en el proceso de socialización del sujeto, desarrollando importantes aprendizajes que le permiten el ajuste en sus interrelaciones personales para distinguirse unos de otros y adaptarse a la estructura social (Dominguez, 2008).



4. Juventud: Desde la esfera biológica hace referencia a hombres y mujeres entre los 18 y 28 años; sin embargo, el modelo integral de atención en salud propone superar su reconocimiento únicamente por la identificación de la capacidad biológica de reproducción y su tránsito hacia la adultez (Reguillo, 2007), reconociendo a la juventud como una construcción de sujetos sociales fundantes en las dinámicas de configuración de acciones políticas y construcción de otras lógicas de poder, dada a través del reconocimiento de su participación (Muñoz & Alvarado, 2011), su

autonomía, su capacidad de agencia; sus enormes recursos de poder, sus perspectivas de desarrollo y de renovación social; que no se limitan por la cronología objetiva, sino que comparten una cronología subjetiva (Martínez, 2010).

5. Adultez: Hace referencia a hombres y mujeres entre 29 y 59 años de edad. Se alude a las personas adultas como sujetos de derechos, que se desarrollan de acuerdo con sus capacidades de agencia y potencialidades, con su propia capacidad de establecer metas de desarrollo y poner en marcha los recursos necesarios para alcanzarlos, configurando sus trayectorias evolutivas personales (Villar, 1998) y con las oportunidades de desarrollo disponibles en sus contextos, que marcan su libertad de elegir la vida que valoran y quieren vivir.



6. Vejez: Hace referencia a hombres y mujeres de sesenta (60) y más años de edad, sujetos de derechos, plenos y activos; poseedores de experiencias, capacidades y habilidades que les permiten participar y tomar decisiones respecto de situaciones que afecten su presente y su futuro, y contribuir en espacios familiares, sociales e intergeneracionales en los sistemas sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales de los que hacen parte.

3.1.5. ENTORNOS

“Los escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, las familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el

contexto que les rodea. Se caracterizan por tener sujetos con roles definidos y una estructura organizativa, que comprende condiciones de base socio demográfica que pueden ser urbanas o rurales” (MSPS, 2015.Estrategia entornos saludables).

La Política Pública de Atención Primaria Social-APS, para el departamento de Caldas en su implementación tendrá en cuenta los diferentes tipos de entorno (hogar, educativo, comunitario, laboral) descritos por la Política de Atención Integral en Salud - PAIS. A continuación, se presentan las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS, 2015):

Entorno hogar: Se comprende como el escenario de refugio, acogida y afecto. Constituye un espacio de residencia permanente y es fundamental para el desarrollo y establecimiento de vínculos y relaciones sociales de base para la vida social, cultural y política de las personas y las familias. Por lo tanto, pueden ser hogares familiares o no familiares.



Entorno educativo: Comprendido como escenarios de vida cotidiana donde la comunidad educativa desarrolla capacidades a través de procesos de enseñanza/aprendizaje contextualizados, que permiten la construcción social y reproducción de la cultura, el pensamiento, la afectividad, los hábitos y estilos de vida; que le brindarán mejores formas de vivir y relacionarse consigo mismo, con los demás y con el ambiente.



Entorno laboral: Comprendido como escenarios donde las personas e individuos se organizan para producir bienes y servicios, en condiciones que promueven y protegen la salud brindando bienestar a los trabajadores, sus familias y comunidades; con la participación activa en la eliminación y mitigación de los factores adversos a su salud. Comprende los escenarios laborales formales, e informales.



Entorno comunitario: Se comprende como los espacios donde se da la dinámica social de las personas y los colectivos dispuestos en grupos de base, redes sociales y comunitarias; así como también, los espacios de relación, encuentro y desplazamiento, como son las infraestructuras, bienes y servicios dispuestos en el espacio público. Se compone de espacios abiertos, caracterizados por el libre acceso (plazas, parques, vías entre otros) y de espacio, ubicados en infraestructura de acceso permitido a los cuales la comunidad atribuye valor político, histórico, cultural y/o sagrado (bibliotecas, ludotecas, casa de cultura, museos, teatros, templos, malocas, estadios, escenarios de participación entre otros).





3.1.6. DESARROLLO SOSTENIBLE

Se describe como el desarrollo social y económico planificado, que, asumiendo la gravedad de la crisis ambiental vigente, replantea la relación de la sociedad con la naturaleza, deteniendo los procesos destructivos del medio ambiente, y priorizando los derechos de la naturaleza y de las generaciones venideras a un planeta saludable, por sobre los intereses económicos inmediatos.

Para el caso de la atención Primaria Social-APS, el desarrollo sustentable coloca en el centro la reflexión del desarrollo social y humano, promoviendo la adopción de políticas que respeten los derechos humanos y produzcan estados elevados de bienestar. De otra manera se debe tener en cuenta que le de visibilidad a los modos de producción y consumo solidarios y sustentables, apoyando la inclusión social y el desarrollo humano, la conservación del medio ambiente, el desarrollo económico y la calidad de vida.



La agenda 2030 (ONU, 2015) define 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que tienen incidencia directa o indirecta con la salud. De estos se han seleccionado los objetivos 3 y 11, cuyos elementos corresponden en toda su integridad con ésta estrategia, sin embargo y de acuerdo a la situación del territorio éste deberá identificar su aporte de acuerdo a su diagnóstico.

Son el resultado de un proceso social, no de un mandato jurídico ni de una decisión administrativa, son, por el contrario, la concreción de unos ideales

que se construyen a partir de unas dinámicas sociales que requieren ser interpretadas y llevadas a una toma de decisiones capaces de ser administradas y continuamente revisadas. (Instituto estudios del Ministerio Público-IEMP).

Son acciones de gobierno con objetivos de interés público que surgen de decisiones sustentadas en un proceso de diagnóstico y análisis de factibilidad, para la atención efectiva de problemas públicos específicos, en donde participa la ciudadanía en la definición de problemas y soluciones. (Universidad IEXE, Escuela de políticas públicas)

ODS 3: Salud y bienestar

Los componentes principales corresponden a: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos; reducir la mortalidad materna, las muertes evitables en las diferentes edades, las enfermedades transmisibles y no transmisibles; prevención y tratamiento del abuso de sustancias adictivas y consumo nocivo de tabaco y licores; reducir los accidentes de tránsito (ciudades del automóvil); cobertura sanitaria universal; reducir la contaminación por productos químicos peligrosos agua, aire y suelo.

3 SALUD Y BIENESTAR**11 CIUDADES Y COMUNIDADES SOSTENIBLES****ODS 11: ciudades y comunidades sostenibles**

A partir de ciudades inclusivas y seguras; acceso a viviendas, servicios básicos, sistemas de transporte seguro, asequibles y accesibles; planificación participativa los asentamientos humanos; reducir el impacto ambiental negativo; acceso universal a zonas verdes, espacios públicos, para personas de diferente edad y condiciones; reducción del impacto de los determinantes sociales: pobreza, hambre, desigualdad de género, otros; agua, medio ambiente, alianzas, cambio climático.

Se desatacan los siguientes elementos como centrales en los ODS: la reducción de la pobreza y desigualdades al año 2030; la construcción de la paz; derechos humanos e igualdad de géneros; protección de los recursos naturales del planeta; crecimiento económico sostenible; prosperidad compartida a partir de las especificidades territoriales.

3.1.7. DERECHOS HUMANOS Y RESTABLECIMIENTO

Las Naciones Unidas los define, que son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de raza, sexo, nacionalidad, origen étnico, lengua, religión o cualquier otra condición. Entre los derechos humanos se incluyen el derecho a la vida y a la libertad; a no estar sometido ni a esclavitud ni a torturas; a la libertad de opinión y de expresión; a la educación y al trabajo, entre otros muchos. Estos derechos corresponden a todas las personas, sin discriminación alguna.

Para la Atención Primaria Social-APS, la garantía de derechos y las libertades fundamentales, está dada en crear oportunidades de convivencia, de solidaridad, de respeto a la vida y de fortalecimiento de vínculos, desarrollando tecnologías sociales que favorezcan la mediación de conflictos frente a situaciones de tensión social, construyendo prácticas solidarias y de la cultura de paz. Por otra parte, la Política Pública en APS, por ser integradora de las demás políticas de carácter social deberá ser un agente articulador en el restablecimiento de Derechos que permita garantizar el ejercicio efectivo de estos en los diferentes cursos de vida de la población caldense, ante la inobservancia, amenaza o vulneración.

3.1.8. FAMILIA

En la Atención Primaria Social-APS, la familia como núcleo principal de la sociedad es el centro de atención y es vista desde una perspectiva pluralista, amplia e incluyente, de acuerdo con su consideración social e histórica y su realidad en el país.

En este sentido, tiene en cuenta las interpretaciones que han hecho las altas cortes de la Carta Política y define sus acciones en particular, en el marco de la Sentencia del 11 de julio de 2013 del Consejo de Estado- Exp. 19001-23-31-000-2001-00757-01 (Consejo de Estado, 2013), en la cual se afirma que la familia es:

“...una estructura social que se constituye a partir de un proceso que genera vínculos de consanguinidad o afinidad entre sus miembros. Por lo tanto, si bien la familia puede surgir como un fenómeno natural producto de la decisión libre de dos personas, lo cierto es que son las manifestaciones de solidaridad, fraternidad, apoyo, cariño y amor, lo que la estructuran y le brindan cohesión a la institución”⁷.



⁷ El concepto de “familia” como institución en el marco de este documento se asume como una estructura de orden social, con permanencia de su identidad a través de cambios y transformaciones en el tiempo y contextos.

3.1.9. RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD-RIAS

Según el Ministerio de Salud y de la Protección Social-MSPS, las RIAS son el conjunto de acciones que integran el manejo del riesgo y de la enfermedad a partir de la evidencia científica en cada grupo de riesgo. Su alcance se concentra en el cuidado y la gestión de la persona, ya sea en su condición de persona sana con riesgo, con la enfermedad o con discapacidad establecida.

Las RIAS son una herramienta compleja que se usa para la toma de decisiones y la organización de los procesos de atención, en un grupo definido de individuos que comparten características similares, riesgos o condiciones de salud durante un período de tiempo; se construyen a partir de la mejor evidencia disponible y su objetivo es mantener la salud o recuperarla a partir de una enfermedad en el caso en que no sea esto posible, abordará la rehabilitación.

Así mismo, cada Ruta Integral de Atención en Salud orienta las intervenciones de los componentes institucionales del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y busca la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo así como de las intervenciones en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación que debe ejecutar el Sistema; también incluye las acciones intersectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla. La RIAS es determinante para la priorización territorial de las intervenciones colectivas y la definición de las redes integrales de prestación de servicios. Estos a su vez, soportan a través de los requerimientos, los resultados esperados y los flujos de información, la base para las acciones de gestión integral de riesgo en salud, tanto en el componente individual como en el colectivo (MSPS, 2017).

Para el caso de la Política Pública en Atención Primaria Social-APS para el departamento de Caldas, se tendrá en cuenta el modelo de las RIAS, con el fin de realizar intervenciones individuales, familiares y comunitarias, partiendo de los diferentes factores de riesgo identificados desde las dimensiones del desarrollo Poblacional, natural, socio cultural, económica e institucional, para tal fin se trabajará desde la intersectorialidad, Transectorialidad e institucionalidad

aprovechando los diferentes espacios de participación y planificación como el Consejo departamental y municipal de Política Social, la mesa departamental intersectorial de Atención Primaria Social; y la utilización de los sistemas de información, como el Observatorio Social de Caldas, que permitan la toma de decisiones y la organización de procesos de atención y planificación.

3.1.10. TRANSECTORIALIDAD

Se define cuando los sectores no solo cooperan entre sí para el logro de un objetivo común, cada uno en el marco de sus competencias, sino cuando se articulan de manera orgánica para atender una situación o un problema que desborda las competencias sectoriales dada su enorme complejidad.

La Política Pública en Atención Primaria Social para el departamento de Caldas, articulará a todos los sectores, logrando una corresponsabilidad social de estos, con el fin de realizar intervenciones conjuntas y con un liderazgo de uno o más sectores que posibiliten la disminución de los riesgos colectivos e individuales.

3.1.11. INTERSECTORIALIDAD

Es definida como la “Intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida” (FLACSO, 2015).

En la Política Pública en Atención Primaria Social para el departamento de Caldas, la coordinación intersectorial se expresará en acciones dirigidas al involucramiento paulatino de diferentes actores en el proceso de toma de decisiones, apuntando a la solución efectiva de problemas, para lo cual se generarán espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planificación conjunta

3.1.12. INTERINSTITUCIONALIDAD

Según la RAE, es la relación entre instituciones, o que está relacionado con ella.

Desde la Política pública en Atención Primaria Social, se trabajará con todas las instituciones con el fin de disminuir los diferentes factores de riesgo, para generar bienestar en la población caldense



3.2. RESUMEN: SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL EN EL DEPARTAMENTO DE CALDAS, COLOMBIA (2019)

Introducción: si bien en Colombia existen experiencias exitosas en Atención Primaria en Salud que muestran la transformación de las condiciones de vida mediante procesos participativos genuinos “con la gente y para la gente”, no siempre se accede a las entrañas de las estrategias en un proceso de información organizado, donde se retome la experiencia desde una visión social como punto de partida para nuevos procesos y se dé a conocer la integración entre la teoría y la praxis. De ahí que la Organización Panamericana de la Salud decidiera apoyar la sistematización de esta experiencia, labor que estuvo a cargo del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas, con la participación de las docentes investigadoras: Consuelo Vélez Álvarez, enfermera, epidemióloga y doctora en salud pública; Diana Paola Betancurth Loaiza, especialista en promoción de la salud, magíster en investigación en Atención Primaria en Salud y en enfermería con énfasis en salud familiar y doctora en salud pública; Claudia Patricia Jaramillo Ángel, médica, especialista en promoción de la salud, magíster en desarrollo educativo y social, y doctora en salud pública y Natalia Sánchez Palacio enfermera, coinvestigadora y coordinadora general.

Objetivo general: se planteó sistematizar la experiencia de Atención Primaria Social en el Departamento de Caldas.

Materiales y Métodos: Estudio de sistematización de experiencia basado en los lineamientos de la FAO, proceso que articula a los diferentes actores, sectores y primordialmente a la comunidad, orientándolos hacia la definición de lecciones aprendidas e iniciativas de políticas públicas (FAO, 2004).

Resultados:

Actores que han participado en la implementación de la estrategia: un actor relevante y comprometido es sin lugar a dudas “la comunidad”, en ella los sujetos y las familias. Cada municipio le ha dado un dinamismo integral a la implementación de la estrategia, trascendiendo el sector salud, para vincular actores de otras áreas como la cultural, social, educativa, económica, ambiental, entre otras.

Situación inicial de la implementación de la estrategia: la estrategia ha sido direccionada y marcada por la historia, la normatividad internacional, nacional y la institucionalidad, en tanto han favorecido un cambio en la visión de la intervención en salud y han permitido que la atención primaria, antes liderada por los hospitales locales, avance hasta implementarse desde las alcaldías municipales, de tal manera que se logre dinamizar el aspecto “social” de la misma y la articulación de todos los actores y sectores desde la mirada de los Determinantes Sociales de la Salud.

Proceso vivido en la implementación de la estrategia: en el modelo operativo de la estrategia, se articulan todos los elementos que han confluído para dar armonía y sostenimiento a esta, cuyo eje central está representado en los actores (sujetos, familia y comunidad). Tres procesos se entrelazan y son transversales para dar el dinamismo y desarrollo desde lo social: la transectorialidad y educación interdisciplinar; la participación social comunitaria y el bienestar y salud familiar.

Lecciones aprendidas del proceso (fortalezas y oportunidades de mejora). Entre lo más destacado se encuentra: Caldas mejor en indicadores en salud del país (Indes, 2019), mejor en gestión del riesgo a nivel nacional (Superintendencia Nacional de Salud) y reconocimiento por la OPS/OMS; se realizó la construcción de la política pública (convenio No. 150.25.4.0366); la legalización e institucionalización de los Centros de Atención Social y las unidades de análisis y además se cuenta con un observatorio social para la consolidación de información y medición de impacto, en continuo mejoramiento. De otro lado, como oportunidad de mejora, se destaca la necesidad de voluntad política para darle continuidad a la estrategia.

La Atención Primaria Social desarrollada en Caldas durante 6 años, demuestra una vez más que una visión centrada en la sociedad, en la que se priorizan entornos que brindan protección y cuidados de salud con especial énfasis en la población vulnerada e históricamente desatendida en servicios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención paliativa, son la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.



Universidad de Caldas
Facultad de Ciencias para la Salud
Instituto de Investigaciones en Salud
Departamento de Salud Pública



4. MARCO NORMATIVO



Desde hace más de 100 años en el Departamento se venía realizando intervención en Salud, inicialmente con acciones solo desde la atención a la enfermedad y posteriormente prevención de la misma, llegando a lo que hoy tenemos. A continuación, se muestra un breve recuento histórico-normativo en donde se evidencia el inicio de lo que hoy consideramos Atención Primaria Social-APS, en el departamento de Caldas.

Antes de **1886** el Servicio de Higiene estaba encomendado a cada uno de los Estados que formaban la Nación (Estados Unidos de Colombia), de manera que no había armonía entre las diversas disposiciones, que eran muy deficientes.

En **1886** se centralizó este servicio, que pasó al Gobierno Nacional. Se creó una corporación llamada Junta Central de Higiene, compuesta por cuatro miembros, tres de ellos médicos y un profesor de ciencias naturales. En cada departamento de la República hubo desde 1886 hasta 1915, una Junta Departamental de Higiene subordinada a la Junta Central primero y luego al Consejo Superior de Sanidad.

El 21 de agosto de **1908**, mediante la Ley 17 la Asamblea Nacional Constituyente Legislativa aprobó para el territorio nacional la convención sanitaria de Washington de 1905 (origen de la OPS).

En **1919** se reorganizó el servicio sustituyendo la Junta Central por la Dirección Nacional de Higiene y se conservaron los Directores Departamentales de Higiene.

Ordenanza N° 43 de 1916, Capítulo XXXIII, Artículo 469: Epidemias en general.

Resolución N° 46 del 28 de junio de 1945: Primera Conferencia de Salubridad y Asistencia en el Departamento de Caldas.

Declaración de ALMA ATA 1978 (6 - 12 de septiembre): VII La atención primaria de salud: 4. entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.

Declaración de ALMA ATA 1978 (6 - 12 de septiembre): VIII Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

Programa de Salud Rural - Servicio de Salud de Caldas: Estrategia de Atención Primaria en Salud Municipios de Samaná y Pensilvania **1985**.
Fundaciones MISEREOR y PAZ EN LA TIERRA (Alemania).

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (17 - 21 de noviembre de 1986): PRERREQUISITOS PARA LA SALUD Las condiciones y requisitos para la salud son: a paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.

Ley 100 de 1993: Se crea en Sistema General de Seguridad social en Salud.

ACUERDO 117 (diciembre 22 de 1998) CNSSS: Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

RESOLUCIÓN 4288 DE 1996 (NOVIEMBRE 20): Por la cual se define el Plan de Atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones. (Artículo 165 de la Ley 100 de 1993).

ARTICULO 3. DEL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA. El PAB es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad.

RESOLUCIÓN 412 de 2000 (febrero 25): Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

LEY 1122 DE 2007 (Enero 9): Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

ARTÍCULO 32 . De la salud Pública. La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país.

LEY 1122 DE 2007 (Enero 9): ARTÍCULO 33 : Plan Nacional de Salud Pública. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo.

LEY 1438 DEL 11 DE ENERO DE 2011: TÍTULO SALUD PÚBLICA, PROMOCIÓN y PREVENCIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. Capítulo I: SALUD PÚBLICA

ARTÍCULO 60. PLAN DECENAL PARA LA SALUD PÚBLICA. El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la **estrategia de atención primaria en salud**, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales.

LEY 1438 DEL 11 DE ENERO DE 2011. Capítulo III: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: ARTÍCULO 12°. DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. Adóptese la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes Plan decenal de Salud Pública (PSSP 2012-2021). A 2021, Colombia basa su modelo de atención en salud en la estrategia de Atención Primaria en Salud.

LEY 1438 DEL 11 DE ENERO DE 2011. ARTICULO 13°. IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. El sistema de Atención Primaria en Salud se regirá por los siguientes principios: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoría y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.

SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS: DEL PLANO LOCAL AL PLANO MUNDIAL: OPS (MARZO 31 DE 2015): La STP se adapta a la perfección a la base de conocimientos y prácticas existentes relacionadas con la Atención Primaria de Salud y las Comunidades Saludables. Sin embargo, el desarrollo de la STP, requiere un cambio radical. Los gobiernos locales deben usar los éxitos locales de la APS para tomar impulso y extender las actividades.

LEY 1751 DEL 16 DE FEBRERO DE 2015:

Artículo 9°. Determinantes sociales de salud: Parágrafo. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

LEY 1751 DEL 16 DE FEBRERO DE 2015:

Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud.

Artículo 13. Redes de servicios.

Artículo 20. De la política pública en salud.

Artículo 25. Destinación e Inembargabilidad de los recursos.

PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO 2016-2018: CALDAS TERRITORIO DE OPORTUNIDADES (Ordenanza Ordenanza 781 de 2016): Se reafirma la Estrategia en Atención Primaria Social-APS, para el departamento de Caldas, la cual hace parte de la Línea estratégica MOVILIDAD SOCIAL.

RESOLUCIÓN 429 DEL 17 DE FEBRERO DE 2016: Artículo 1 De la Política de Atención Integral en Salud-PAIS: ...El objetivo de la PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

RESOLUCIÓN 429 DEL 17 DE FEBRERO DE 2016: Artículo 2. Marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud. El marco estratégico de la PAIS se fundamenta en la atención primaria en salud-APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones.

Artículo 3. Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS: 10 componentes.

Artículo 5.- Marco operacional. El Modelo de Acción Integral Territorial.

RESOLUCIÓN 1441 DEL 21 DE ABRIL DE 2016: Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.

RESOLUCIÓN 3202 DE 25 DE JULIO DE 2016: Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se dictan otras disposiciones.

DECRETO 062 DEL 4 DE ABRIL DE 2017

Por medio del cual se crea la Mesa Departamental Intersectorial de Atención Primaria Social. Unidades de Análisis -Territorios CAS - Centros de Atención Social (CAS) -Unidades de Análisis

RESOLUCIÓN 3280 DEL 2 DE AGOSTO DE 2018:

Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

Carta de Astaná (Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018): Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Ley 1955 de 2019 Plan Nacional de Desarrollo "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad. Programa Salud para Todos, con calidad y eficiencia sostenible para todos.

RESOLUCIÓN 1344 DEL 29 DE MAYO DE 2019. Habilitación de las Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud - RIPSS

Resolución 0002626 septiembre de 2019. Por la cual se modifica la política de atención integral en Salud-PAIS y se adopta el **Modelo de Atención Integral y Territorial-MAITE.**

Figura 5. Trayectoria Marco Normativo

Fuente: Elaboración propia
Información suministrada por el Dr. Héctor Uriel López Buitrago
Profesional especializado DTSC.



5. DIAGNÓSTICO



1. DIMENSION AMBIENTAL

Sintomas

¿Cuál es la problemática de la contaminación ambiental en la zona? ¿Qué acciones se están tomando para solucionarlas? ¿Qué recomendaciones o sugerencias se le puede hacer a la comunidad para mejorar la calidad del ambiente? ¿Qué acciones se le puede hacer a la comunidad para mejorar la calidad del ambiente? ¿Qué acciones se le puede hacer a la comunidad para mejorar la calidad del ambiente?

SECRETARIA

SECRETARIA

SECRETARIA

Un diagnóstico ofrece una comprensión de conjunto (lectura de totalidad) del territorio, y de los procesos de cambio y transformación ocurridos en el pasado reciente sobre la base de identificar y comprender los lazos que unen un problema con otro, los eventos o situaciones que dieron origen a esos problemas, que son comunes a varios de ellos, así como las consecuencias e implicaciones sobre la población.

Dicho lo anterior para la elaboración de este diagnóstico del territorio se tuvo en cuenta diferentes herramientas y espacios como los indicadores del DANE, Información del SISBEN, indicadores de instituciones públicas y privadas, las fichas municipales de Terridata y la información recolectada en las diferentes mesas de concertación con la comunidad urbana y rural representantes de todos los sectores del departamento. El presente diagnóstico se realizó teniendo en cuenta las diferentes dimensiones del desarrollo.

5.1. DIMENSIONES DEL DESARROLLO EN CALDAS

DIMENSIÓN POBLACIONAL



En esta dimensión se reconoce que la población no es homogénea (hay diferencias de género, etnia, edad, condición, situación, geografía) y que existen relaciones e intercambios entre las diferentes generaciones (entre niñas, niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores) y con el entorno local, subregional, regional y nacional.

En la dimensión poblacional se abordan las dinámicas demográficas, es decir, los patrones de reproducción (natalidad, fecundidad), de mortalidad y morbilidad, de movilización, crecimiento, estructura (por edad, etnia y sexo) y distribución de la población en el territorio. Así mismo, se describen el tamaño y las características, urbanas y rurales, y aquellas que se derivan de su condición y/o situación (víctimas, desplazados, discapacidad, personas en proceso de reintegración) (2012, DNP).

Actualmente, el departamento de Caldas cuenta con una población de 923.472 habitantes, equivalentes al 2.1 del total nacional, mostrando una reducción de 4.7 frente al número de habitantes registrados por el DANE en el censo del año 2005.



**POBLACIÓN ÉTNICA
TOTAL 60.930**



**POBLACIÓN
INDÍGENA 4.3 %**



**POBLACIÓN
NEGRA, MULATA O
AFROCOLOMBIANA 2.5 %**

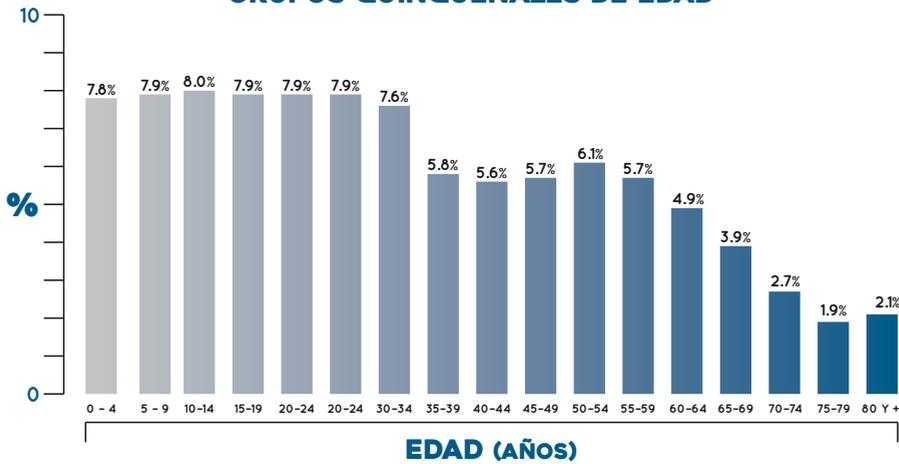
**POBLACIÓN
URBANA 72.4 %**



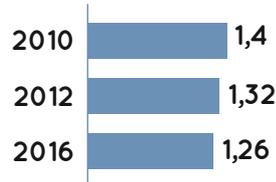
**POBLACIÓN
RURAL 27.6 %**



**PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN TOTAL POR
GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD**



**Tasa global
de fecundidad**



Fuente: Censo poblacional DANE 2018, TERRIDATA

DIMENSIÓN ECONÓMICA

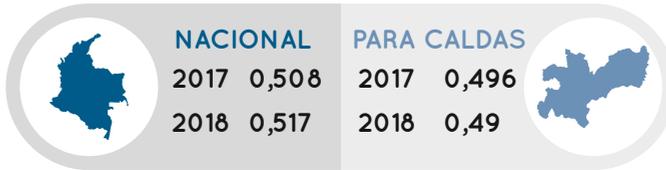


Esta dimensión se entiende como la capacidad de transformación productiva y generación de valor agregado, competitividad, innovación empresarial y emprendimiento; generación y retención de excedentes, atracción de inversionistas, desarrollo económico local y construcción de sistemas productivos; también está relacionada con la economía solidaria e incluyente.

En el departamento de Caldas la producción interna bruta a precios constantes, presentó un crecimiento anual de 3.5%, cabe agregar que esta variación positiva es una de las más altas en el periodo comprendido entre 2010 - 2018, junto a 6.4% en el 2013 y 5.6% en el 2014.



COEFICIENTE DE GINI



Necesidades básicas insatisfechas

NBI NACIONAL 27.7

NBI DEPARTAMENTAL 17.7

MERCADO LABORAL



POBLACIÓN DEPARTAMENTAL EN EDAD DE TRABAJAR
82.1%



POBLACIÓN DEPARTAMENTAL ECONÓMICAMENTE ACTIVA
57.3%



TASA DE OCUPACIÓN DEPARTAMENTAL
51.5%

TASA DE DESOCUPACIÓN DEPARTAMENTAL
10,1%

LA TASA MÁS ALTA DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS



TASA DE DESOCUPACIÓN NACIONAL
9.7%

COMERCIO EXTERIOR

EXPORTACIONES DEPARTAMENTALES 2018
US \$844,7 MILLONES
FOB 55,4% DE LAS EXPORTACIONES DEL EJE CAFETERO



IMPORTACIONES DEPARTAMENTALES 2018
US \$245,1 MILLONES
CIF 37,3% DE LAS IMPORTACIONES DEL EJE CAFETERO

POBREZA MONETARIA Y POBREZA EXTREMA



**1 DE CADA 5 CALDENSES
ES POBRE.
EL ÍNDICE DE POBREZA
MONETARIA
ES DE 22.1%**



**3 CADA 50 CALDENSES VIVE
EN LA POBREZA EXTREMA.
TASA DE POBREZA
EXTREMA 5.7%**

*FUENTE: CENSO POBLACIONAL 2005(NBI) Y 2018,
BOLETÍN ECONÓMICO REGIONAL BANCO DE LA REPÚBLICA,
SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE PLANEACIÓN*

DIMENSIÓN SOCIOCULTURAL



Comprende todos aquellos procesos que involucran a la población en aspectos relacionados con organización y el fortalecimiento de competencias para el desarrollo, la salud, la cultura, la educación, la seguridad social, el deporte y la recreación, la calidad de vida, el conocimiento, la ciencia, la tecnología, la innovación, los valores, el comportamiento y la sociedad, entre otros.

Educación:

El departamento cuenta con 2.839 sedes educativas que comprenden niveles educativos desde preescolar, básica primaria, básica secundaria, básica secundaria, media y ciclos lectivos especiales integrados (CLEI).

**259 SEDES
PERTENECEN
AL SECTOR NO OFICIAL**



**2.580 SEDES
PERTENECEN
AL SECTOR OFICIAL**



**27,9% DE LAS SEDES
ESTÁN UBICADAS EN
LA ZONA URBANA**

**72,1% DE LAS SEDES
ESTÁN UBICADAS EN
LA ZONA RURAL
DEL DEPARTAMENTO**



PLANTA DOCENTE:
CALDAS CUENTA CON 8.199 DOCENTES

5.476
MUJERES



2.726
HOMBRES



51% DE LA POBLACIÓN
CALDENSE CUENTA CON MENOS
DE 9 AÑOS DE EDUCACIÓN



27% DE LA POBLACIÓN
ESCOLARIZADA SE ENCUENTRA
EN REZAGO ESCOLAR

DE 100 NIÑOS QUE INICIAN
EL GRADO PREESCOLAR 42 LLEGAN
A GRADO ONCE JÓVENES

EDUCACIÓN SUPERIOR

En Caldas durante 2018 había un total de 51.034 matriculados tanto en programas de pregrado como de posgrado.



40,7% EN EL
SECTOR PRIVADO

59,3% EN EL
SECTOR OFICIAL



Para 2016 la tasa de deserción escolar en educación superior era de 5,7 , inferior en 3,3 puntos porcentuales con respecto a la tasa de deserción nacional según el Ministerio de Educación.



INFANCIA



Existen 612 unidades de servicios de modalidad familiar que atienden a 16.697 niños entre los 0 y 2 años, madres gestantes y lactantes.

En 19 municipios del departamento de Caldas hay 294 hogares comunitarios con 4.165 beneficiarios.

134 niños y niñas menores de 5 años con características y necesidades especiales, que reciben atención en los diferentes servicios de primera infancia.

DEPORTE



Aproximadamente 183.000 caldense se encuentran en programas de recreación, de hábitos y estilo de vida saludable.

Más de 11.000 deportistas fueron inscritos en ligas.



SALUD



EL 4,5% DE LA POBLACIÓN CALDENSE NO SE ENCUENTRA AFILIADA AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

EL 95,3% DE LA POBLACIÓN CALDENSE SE ENCUENTRA AFILIADA AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN MENORES DE 5 AÑOS 11.7.

TASA DE MORTALIDAD 5.9 POR CADA 1000 HABITANTES.

EN CALDAS POR CADA 100.000 HABITANTES FALLECEN 6 PERSONAS A CAUSA DE VIH/SIDA (2017).

EN CALDAS HAY APROXIMADAMENTE 30.647 PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD.

EVENTOS EN SALUD PRIMERA INFANCIA



Para el 2017 se presentaron 112 muertes en menores de 5 años, 44,66% debidas a afecciones originadas en el periodo perinatal.

En el 2018 el 32.5% de todas las atenciones a menores de 5 años se encuentran en el grupo de condiciones trasmisibles y nutricionales.

La tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años es de 2,56.

En el año 2018 el 43.6% de las atenciones en menores de 5 años fueron por enfermedades no transmisibles, entre las más comunes estuvieron enfermedades orales, enfermedades de la piel, enfermedades respiratorias y condiciones neuropsiquiátricas.

En el 2017 la tasa de mortalidad por I.R.A. en menores de 5 años es de 5.13

En el 2018 se presentaron 295 casos sospechosos de violencia sexual y no sexual atendidos y/o identificados en instituciones del sistema de salud.

En el 2018 se presentaron 738 atenciones por deficiencias nutricionales en la infancia.

En el 2017 se presentaron 6 muertes por causas externas que representan una tasa de 7,69 casos por cada 100.000 menores de 5 años.

EVENTOS EN LA SALUD INFANCIA

En el 2018 el 27,85% de las atenciones realizadas en la infancia por enfermedades no transmisibles se centraron en las condiciones orales.

En el 2018, 345 casos sospechosos de violencia sexuales y no sexuales atendidos y/o identificado en instituciones del sistema de salud.



En el 2018 el 19,85% de las atenciones realizadas en la infancia por enfermedades no transmisibles se centraron en las condiciones neuropsiquiátricas.

En el 2017 el 37 de las muertes en la infancia fueron causadas por neoplasias. El 18,75% de las muertes en la infancia se deben a causas externas.

En el 2018 el 6,34% de todas las atenciones en la infancia se deben a lesiones.

EVENTOS EN LA SALUD ADOLESCENTE

En el 2017 el 10.52% de las muertes en adolescentes fueron por neoplasias.

En el 2017 el 68.4% de las muertes en adolescentes fueron por causas externas.

En el 2018 se presentaron 5.375 atenciones en los servicios de salud por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas.

En el 2018 se presentaron 527 casos sospechosos de violencia sexual y no sexual atendidos y/o identificados en instituciones del sistema de salud.

Para el 6,23% de las adolescentes que tuvieron hijos nacidos vivos en el año 2017 este era un embarazo subsecuente.

En el 2017 se presentaron 40,58 nacimientos por cada 100.000 mujeres de 15 a 19 años.

En el 2017 se presentaron 1.66 nacimientos por cada 1000 mujeres de 10 a 14 años.



EVENTOS EN LA SALUD DE LA JUVENTUD

Para el 2018 el 15.96% de las atenciones por enfermedades no transmisibles se deben a condiciones neuropsiquiátricas.

En el 2017, el 73% de las muertes de la juventud se deben a causas externas

En el 2018 se presentaron 5.669 atenciones por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas.

Durante el 2017 por cada 100.000 habitantes jóvenes se presentaron 3,3 muertes por VIH.

En el 2018 se presentaron 5.678 atenciones por condiciones maternas.

En el 2018 se ingresaron 128 de VIH al sistema de vigilancia epidemiológica.

En el 2018, se presentaron 753 casos sospechosos de violencia sexuales atendidos y/o identificados en instituciones del sistema de salud.



EVENTOS EN LA SALUD EN ADULTOS

En el 2017 por cada 100.000 habitantes entre los 29 y los 59 años se presentaron 57.88 muertes del sistema circulatorio.

En el 2017 por cada 100.000 habitantes entre 29 y 59 años se presentaron 73,58 muertes por neoplasias.

El 10.28% de las atenciones por enfermedades no transmisibles se deben a condiciones neuropsiquiátricas.

Por cada 100.000 habitantes entre 29 y 59 años se presentaron 6,4 muertes por diabetes mellitus.

Por cada 100.000 habitantes entre los 29 y los 59 años se presentaron 53.32 muertes por causas externas.



EVENTOS EN LA SALUD DEL ADULTO MAYOR

En el 2017 por cada 100.000 habitantes se presentaron 309,12 muertes por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.

Durante el 2017 por cada 100.000 habitantes mayores de 60 años se presentaron 1241 muertes por enfermedades del sistema circulatorio.

Por cada 100.000 habitantes mayores de 60 años en el 2017 se presentaron 103,4 muertes por diabetes mellitus.

En el 2018 el 5,22% de las atenciones por enfermedades no transmisibles se deben a condiciones neuropsiquiátricas.

En el 2018 se presentaron 86 casos sospechosos de violencia no sexuales atendidos y/o identificados en instituciones del sistema de salud.

Para el 2019 el 7,2% de la población adulta mayor se encuentra en condición de discapacidad.



CONDICIONES DE VIDA

(OBSERVATORIO SOCIAL DE CALDAS, 2019. CONSOLIDADO CARACTERIZACIÓN FAMILIAR DEPARTAMENTO DE CALDAS)

37.718 familias no hacen una recolección adecuada de sus desechos.

El agua que consumen **43.009** familias aún no ha recibido tratamiento para el consumo humano.

En **25.699** familias las basuras y/o desechos son quemados en un lugar alejado de la vivienda.

En **31.129** familias hay presencia de animales y mascotas que están relacionadas con la transmisión de enfermedades y en 24.048 familias hay presencia de roedores.

21.059 familias cocinan sus alimentos en fogón de leña.

18.398 familias viven situaciones internas y/o del entorno que afectan de manera negativa la calidad de vida y el bienestar de la población y los entornos donde habitan.

En la vivienda de **12.811** familias no hay suficiente iluminación natural.

16.341 familias viven en condiciones inadecuadas de higiene.

Los integrantes de **12.314** familias no reúnen condiciones adecuadas de buena higiene.

En **6.787** familias no existe un sistema de canalización de aguas negras y servidas, están a campo abierto.

La fuente de abastecimiento de agua de **5.771** familias es el río o caño.

El artefacto sanitario de **7.528** familias no posee tanque o no tiene vaciamiento directo de agua.

8.173 familias presentan riesgo de inundaciones y deslizamientos, rellenos, pasos de vehículos pesados o de tránsito rápido.

13.137 familias presentan una inadecuada ventilación en la vivienda, carecen de suficientes puertas y ventanas.

En **6.129** familias existe un hueco para la disposición final de las basuras.

5.873 familias hacen tratamiento primario de las aguas negras y servidas provenientes de viviendas que no poseen alcantarillado.

En **5.355** familias hay presencia de grietas y perforaciones en el techo, etc.

5.317 familias no poseen agua potable, tienen presencia de roedores y artrópodos, basureros a campo abierto y almacenamiento y manipulación de alimentos en malas condiciones.



En **4.711** familias poseen riesgo de contaminación ambiental por plaguicidas, gases tóxicos, humos, vertimiento de desechos industriales.

3.643 familias disponen los desechos o basuras a campo abierto.

5.350 familias cocinan con carbón, leña o aserrín y no tienen chimenea para la extracción del humo.

En **3.160** familias duermen tres personas en un cuarto pequeño con escasa ventilación e iluminación.

3.216 familias vierten aguas negras y servidas directamente desde la vivienda a una quebrada o río.

2.092 familias viven en viviendas que carecen de ventanas, claraboyas, celosías que permitan la iluminación natural hay apariencia de oscuridad, es necesario utilizar luz artificial.

2.080 familias viven en viviendas que carecen de ventilación por carencia de ventanas y puertas, no circula el aire.

En **2.020** familias existen integrantes con mala higiene personal

302 familias tienen presencia de larvas, pupas o zancudos en la su vivienda o en su entorno.

En **818** familias poseen viviendas con pisos de madera burda, madera en mal estado, tabla o tablón.

1.137 familias poseen viviendas con paredes de bahareque.

En **2.020** familias existen integrantes con mala higiene personal.

En **2.808** familias falta orden y aseo y general.

667 familias disponen sus desechos o basuras al campo abierto.

535 familias utilizan como fuente de agua la extraída por medio de perforación en la tierra.

562 familias deben regular el estado del sistema de tratamiento para la disposición final de las aguas negras y servidas que usa un tanque subterráneo.

269 familias no tienen existencia de artefacto sanitario, usan un hueco en la tierra.

239 familias cocinan sus alimentos en fogón de gasolina.

468 familias no cuentan con energía eléctrica.

48 familias tienen vivienda sin paredes.

170 familias no cuentan con cocina.

En **22.115** familias almacenan las basuras en recipientes sin tapa.

179 familias no cuentan con un espacio exclusivo para la cocina.

130 familias poseen vivienda con piso en tierra o arena.

158 familias cocinan sus alimentos en fogón de carbón.

116 familias no tienen acueducto y recolectan el agua de la lluvia.

119 familias no cuentan con suministro de agua continua.

99 familias no poseen suministro de agua los 7 días de la semana.

115 familias tienen en estado malo el pozo séptico.

36 familias cocinan sus alimentos en fogón cuya materia prima es el aserrín de madera.

112 familias tienen vivienda con paredes en guadua, caña, esterilla u otro vegetal.

Las paredes de la vivienda de **15** familias están hechas en materiales como zinc, tela, cartón, lata, desechos y plásticos.

La iluminación de **47** familias es una vela.

SALUD MENTAL

En el 2013 se registraron 21.159 consultas relacionadas con trastornos mentales.



18%

ANSIEDAD

15%

TRANSTORNO AFECTIVO BIPOLAR

9%

TRANSTORNO DEPRESIVO RECURRENTE

Fuente: Dane, Gobernación de Caldas, Ministerio de Educación Nacional, Terridata, Política pública de salud mental del departamento de caldas 2017, Secretaría departamental de planeación, Dirección territorial de salud de Caldas (Identificación de las prioridades en salud para la política pública de APS).

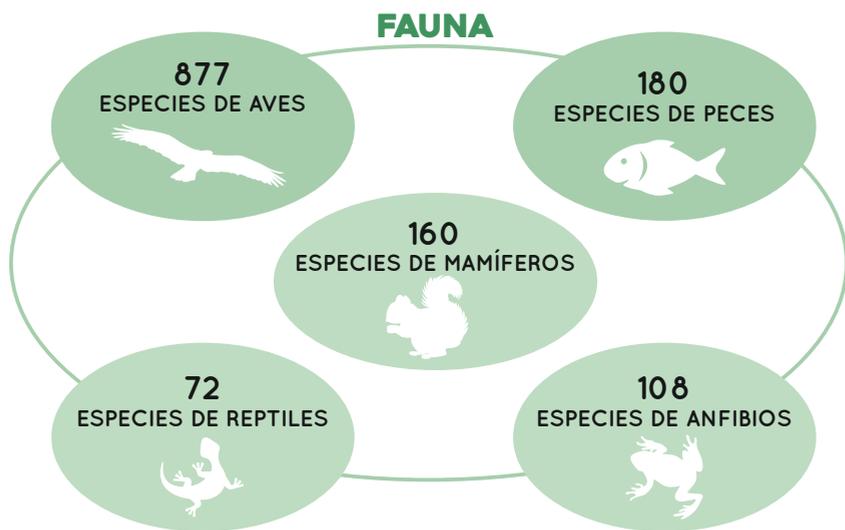
DIMENSIÓN AMBIENTAL



Esta dimensión se refiere al reconocimiento de los ecosistemas del territorio y a su proceso de transformación permanente, ocasionando, entre otros, por el desarrollo de las actividades humanas de producción, extracción, asentamiento y consumo. En este sentido, esta dimensión indaga si es sostenible la forma en que se satisfacen las necesidades del presente y aboga por garantizar que las futuras generaciones puedan satisfacer las suyas.

Esta dimensión contempla la gestión del riesgo de desastres, que es necesaria por la vulnerabilidad de las personas y sus medios de vida frente a fenómenos de origen natural.

El departamento de Caldas cuenta con 2 Áreas Naturales Protegidas de carácter nacional: el Parque Nacional Natural Los Nevados y el Parque Nacional Selva de Florencia, y posee 12 Áreas Naturales Protegidas de carácter regional, entre las que se encuentran 10 Reservas Forestales y 2 Distritos de Conservación.

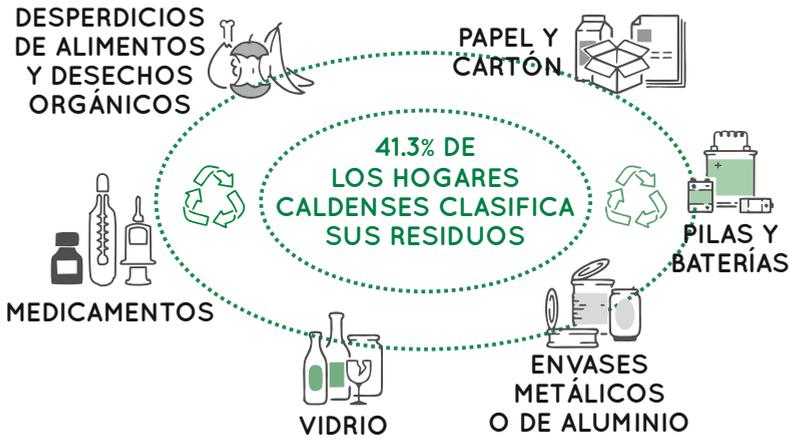


LA FLORA NACIONAL CUENTA CON APROXIMADAMENTE 5.000 ESPECIES REGISTRADAS DE LAS CUALES EL DEPARTAMENTO DE CALDAS REPRESENTA EL 30%.



EL DEPARTAMENTO POSEE 9 CUENCAS HIDROGRÁFICAS UBICADAS EN LAS VERTIENTES DEL RÍO MAGDALENA Y EL RÍO CAUCA.

CLASIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS



BUENAS PRÁCTICAS EN LOS HOGARES PARA REDUCIR EL CONSUMO DE AGUA Y ENERGÍA



94.7%
APAGA LAS LUCES CUANDO NO SON NECESARIAS



22.4%
RECOLECTA AGUA DE LLUVIA



32.5%
REUTILIZA EL AGUA



82.6%
DESCONECTA LOS APARATOS ELECTRÓNICOS



62.6%
PLANCHA LA MAYOR CANTIDAD DE ROPA EN CADA OCASIÓN O NO PLANCHA



90.1%
USA BOMBILLAS DE BAJO CONSUMO

VULNERABILIDAD Y RIESGO POR DESASTRES

En cerca del 80% del departamento de Caldas existen condiciones geomorfológicas y morfométricas, favorables a la ocurrencia de procesos de inestabilidad, fenómenos que normalmente se generan inclinaciones mayores a 30° (típicas de la zona).

Las zonas más susceptibles a ocurrencia de incendios forestales son el Parque Natural de los Nevados, su zona amortiguadora y algunos relictos boscosos de ecosistemas alto andinos y de páramo.

Cuatro municipios (La Dorada, Supía, Palestina, Viterbo) y un centro poblado (La Felisa) tienen riesgo de inundación por su ubicación sobre llanuras.

Caldas es altamente susceptible a la ocurrencia de sismos.

Caldas posee una amenaza volcánica ocasionada por el complejo Ruiz - Tolima.



Fuente: encuesta de calidad de vida Dane, Corpocaldas.



6. ¿POR QUÉ SE FORMULA LA POLÍTICA PÚBLICA EN ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL - APS?



A la fecha el departamento de Caldas, cuenta con varios instrumentos y espacios que posibilitan la prestación y atención de diferentes servicios sociales ofrecidos por las entidades territoriales, instituciones de carácter nacional y local, la academia, organizaciones sin ánimo de lucro, entre otros; todos estos actores buscan trabajar de manera conjunta en la disminución de factores de riesgo que permitan una mejor calidad de vida de la población, pese a los esfuerzos existe una desarticulación institucional y sectorial, que conlleva a que muchas de las acciones realizadas no logren impactos deseados.

Es así como la Política Pública en Atención Primaria Social, se convertirá tanto en la estrategia integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del Estado y los recursos disponibles en la sociedad, como en el instrumento de gestión y de cohesión en torno a propósitos comunes de acuerdo con una visión compartida de desarrollo sostenible. Todo ello con el fin no sólo de garantizar la atención integral para los individuos, las familias y la comunidad, sino también para fomentar la participación comunitaria, la transectorialidad y las acciones corresponsables, para, finalmente, ejecutar intervenciones en pro de mejorar el bienestar de los caldenses a partir de la optimización de recursos frente a la inversión en cada territorio y la distribución más equitativa de las oportunidades.



7. METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL - APS

ARIA SOCIAL
Programa en parte
CUIDATECUIDATE

AS
NCIÓN SO




GOBIERNO DE CALDAS
Caldas Territorio
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO



9:00 am
9:30 am
9:45 am
10:00 am
10:00 am
10:10 am
10:30 am
12:10 pm
12:40 pm
12:55 pm
1:00 pm



Para la construcción de la política pública el equipo formulador, trabajó a través de fases secuenciales que permitieran un ejercicio colectivo en donde participaron todos los actores de la Atención Primaria Social del departamento, siguiendo la siguiente ruta:

1. Alistamiento: Planificación estratégica con las diferentes entidades responsables de la formulación de la política (DTSC-APS, Secretarías departamentales de Planeación y Desarrollo Social, y el Centro de pensamiento en Desarrollo Sostenible de la Universidad Nacional de Colombia).

2. Identificación de Actores: Mapeo social donde se identificaron todos los actores que tienen que ver con APS en el departamento.

3. Diagnostico situacional: Definición de las fuentes de información y las técnicas de recolección.

3a. Registros analíticos: Recolección de información secundaria, cifras oficiales, documentos normativos y legales de la temática, identificación de conceptos y teorías pertinentes a la APS.

3b. Talleres participativos: Convocatoria a todos los actores sociales con el fin de que de manera participativa orientaran al equipo formulador con los lineamientos de la Política.

4. Construcción de lineamientos y Estrategias: Análisis de los datos recolectados a partir de las fuentes primarias en los talleres subregionales y los registros analíticos (Diagnóstico), los cuales fueron insumos para los lineamientos.

Figura 6. Fases para la construcción de la política.

El enfoque metodológico que se utilizó fue la Planeación Participativa, haciendo uso de la técnica del Metaplan, para tal fin se realizaron en total 8 mesas de trabajo, 6 en las subregiones del departamento de Caldas, con el propósito de analizar con diferentes actores de la comunidad las principales problemáticas o necesidades sentidas (Factores de riesgo) que se identifican en las diferentes dimensiones del desarrollo (Natural, socio cultural,

económica e institucional) y que pueden incidir en el bienestar de la comunidad, además se identificaron los síntomas generados y las propuestas ciudadanas para darle solución a los factores de riesgo; se realizaron 2 mesas de trabajo con representantes de instituciones y entidades relacionadas con la estrategia de Atención Primaria Social-APS, con el propósito de validar la información recolectada en los talleres subregionales.

Factores de riesgo: corresponden a los procesos dinámicos generadores de los problemas.

Síntomas: obedecen a las consecuencias.

Propuestas ciudadanas: Acciones que disminuyen los riesgos.

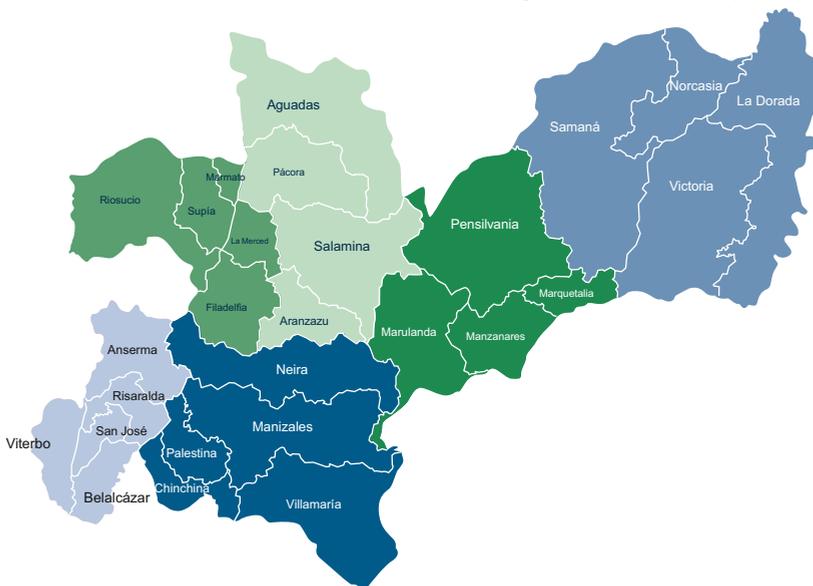
Figura 7. Ruta de trabajo en APS con la ciudadanía.

Toda la información recolectada en las subregiones fue analizada por el grupo formulador de la política y sirvió como insumo para la construcción de los lineamientos, lo que permitió proponer los ejes, las líneas y las actividades estratégicas.

A continuación, se presentan los principales factores de riesgo que la comunidad identifica en cada una de las dimensiones del Desarrollo, por cada subregión del departamento.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA.

- Subregión Norte**
(Aguadas, Aránzazu, Salamina y Pácora): **94 participantes**
- Subregión Occidente Bajo**
(Anserma, Belalcázar, Risaralda, San José y Viterbo): **73 participantes**
- Subregión Alto Occidente**
(Filadelfia, La Merced, Marmato, Riosucio y Supía): **91 participantes**
- Subregión Magdalena Caldense**
(La Dorada, Norcasia, Samaná, Victoria): **71 participantes**
- Subregión Alto Oriente**
(Manzanares, Marquetalia, Marulanda, Pensilvania): **88 participantes**
- Subregión Centro Sur**
(Chinchiná, Manizales, Neira, Palestina y Villamaría): **106 participantes**



SUBREGIÓN NORTE

(AGUADAS, ARÁNZAZU, SALAMINA Y PÁCORÁ)



Dimensión Natural o Ambiental	Dimensión Económica y Productiva	Dimensión Socio Cultural	Dimensión Institucional
Deforestación de áreas naturales protegidas, asociadas a la expansión de la frontera agrícola.	Pocas oportunidades laborales por falta de fuentes de empleo.	Falta de fomento a estilos de vida saludables.	Poco acceso a la información gubernamental para la toma de decisiones.
Bajo control de animales Callejeros.	Sistemas productivos débiles.	Malos hábitos alimenticios.	Clientelismo de los diferentes políticos colombianos.
Inadecuada gestión preventiva de riesgos de desastres		Machismo	Desconocimiento de los derechos y deberes de la sociedad en general.
Cocinas en leña.		Poca capacidad para resolver problemas.	Falta de educación política.
Baja cultura ambiental de la ciudadanía.		Consumo elevado de SPA en población joven.	Falencia en la aplicación de estrategias para el óptimo desarrollo de las políticas públicas; para garantizar creación y fortalecimiento de ejercicios de participación y disfrute de derechos de la población.



SUBREGIÓN OCCIDENTE BAJO

(ANSERMA, BELALCÁZAR, RISARALDA, SAN JOSÉ Y VITERBO)

Dimensión Natural o Ambiental	Dimensión Económica y Productiva	Dimensión Socio Cultural	Dimensión Institucional
Baja cultura ambiental.	Falta de fuentes de empleo.	No intersectorialidad.	Desarticulación de entidades.
Cocinas de leña.	Poco valor agregado en el sector primario y débiles sectores empresariales e industriales.	Falta de espacios deportivos y culturales, no hay motivación para el deporte.	Corrupción por desviación de recursos.
Deforestación.		Bajo grado de escolaridad.	Diagnósticos errados o antiguos sobre las poblaciones locales.
No agua potable en zonas rurales.		Vulnerabilidad de la población víctima.	Desarticulación institucional.
No disposición de residuos sólidos en zonas rurales.		Discriminación racial y étnica (Venezolanos e Indígenas)	



SUBREGIÓN ALTO OCCIDENTE (FILADELFIA, LA MERCED, MARMATO, RIOSUCIO Y SUPÍA)

Dimensión Natural o Ambiental	Dimensión Económica y Productiva	Dimensión Socio Cultural	Dimensión Institucional
Deforestación.	Falta de formación académica de la población adulta.	Los diferentes sectores e instituciones no trabajan de manera articulada.	Poca generación de valor social (deporte, cultura) por parte de las instituciones.
Baja calidad del agua y del saneamiento (Potabilización y vertimientos) en zonas rurales.	Poco valor agregado de las materias primas que se producen en la región.	Bajo grado de escolaridad.	Desconocimiento de los derechos y deberes de la sociedad en general.
Minería extractiva contaminante.	Pocas oportunidades laborales por falta de fuentes de empleo.	Pocos espacios deportivos y culturales en los territorios.	No hay continuidad en los diferentes procesos sociales.
Poca cultura ambiental.		Desarticulación familiar.	Desarticulación institucional.
Baja cobertura de servicios públicos en zonas rurales.		Hábitos alimenticios poco saludables.	

SUBREGIÓN MAGDALENA CALDENSE (LA DORADA, NORCASIA, SAMANÁ, VICTORIA)



Dimensión Natural o Ambiental	Dimensión Económica y Productiva	Dimensión Socio Cultural	Dimensión Institucional
Poca cultura ambiental.	Falta de educación y cualificación.	Escasos recursos para la formación socio-cultural desde el punto de vista Artístico.	Falta de cualificación de servidores públicos.
Agua no potable y no saneamiento básico en zonas rurales.	Falta de oferta de empleo por la poca existencia de empresas y comercios fuertes.	Escasos recursos para la formación socio-cultural desde el punto de vista Artístico.	No hay continuidad en los diferentes procesos sociales.
Deforestación.	Sector agrícola y pecuario muy poco productivos.	Carencia de Corresponsabilidad familiar frente a la crianza y formación de los hijos en los procesos de Socialización primaria.	Tramitología extrema.
Ausencia institucional de las autoridades ambientales.		Atención en Salud Deshumanizada.	Poca voluntad institucional, desconocimiento de los procesos.
Desarticulación de actores en la conservación y protección de las fuentes hídricas.		Violencia intrafamiliar.	Desarticulación institucional.



SUBREGIÓN ALTO ORIENTE (MANZANARES, MARQUETALIA, MARULANDA, PENSILVANIA)

Dimensión Natural o Ambiental	Dimensión Económica y Productiva	Dimensión Socio Cultural	Dimensión Institucional
Deforestación.	Poca agremiación en la producción, distribución y comercialización de los sectores productivos.	Carencia de Corresponsabilidad familiar frente a la crianza y formación de los hijos en los procesos de Socialización.	Desconocimiento de los derechos y deberes de la sociedad en general.
Desarticulación de actores en la conservación y protección de las fuentes hídricas.	Poco conocimiento de los diferentes sectores productivos.	Escasa articulación intersectorial.	Poco uso de los mecanismos de participación ciudadana.
Bajas capacidades educativas y de concientización ambiental.	Falta de valor agregado en los diferentes sectores productivos.	Violencia intrafamiliar.	Falta de cualificación de servidores públicos.
Disposición inadecuada residuos en zonas rurales.		Consumo elevado de SPA en población joven.	Desarticulación institucional.
Ausencia institucional de las autoridades ambientales.		Barreras en el acceso a la educación.	

SUBREGIÓN CENTRO SUR (CHINCHINÁ, MANIZALES, NEIRA, PALESTINA Y VILLAMARÍA)



Dimensión Natural o Ambiental	Dimensión Económica y Productiva	Dimensión Socio Cultural	Dimensión Institucional
Poca Cultura Ambiental.	Falta de valor agregado en la producción primaria.	Barreras en la atención en salud.	La sociedad en general no hace uso de los mecanismos de participación.
Limitada gestión integral del agua y el saneamiento.	Baja agremiación en los diferentes renglones económicos de la región.	Barreras en el acceso a la educación.	Tramitología extrema.
Desarticulación e inoperancia de políticas.	Pocas fuentes de empleo.	Consumo elevado de SPA en población joven.	Déficit en el sistema de atención en las entidades prestadoras de salud y el acceso a los medicamentos.
Deforestación.		Aumento de la Violencia intrafamiliar.	Desvío de recursos y mala administración de los recursos económicos.
Baja responsabilidad ambiental empresarial e industrial.		Migración de venezolanos.	No hay continuidad en los diferentes procesos sociales.



**8. LINEAMIENTOS Y ESTRATEGIAS DE LA
POLÍTICA PÚBLICA DE ATENCIÓN PRIMARIA
SOCIAL-APS, PARA EL DEPARTAMENTO DE
CALDAS 2020-2030**



IE JUAN C. STOMIO OSORIO
DE TA CERVA

Sistema de performance
El primer
el segundo
de tercero
de cuarto

COCOS
Siempre hacemos
valer nuestros derechos!

Para entender e implementar en el departamento de Caldas, la Política Pública en Atención Primaria Social-APS, es necesario tener en cuenta algunos conceptos orientadores como los siguientes:

La política en APS será articuladora de todos los sectores y políticas sociales del departamento de Caldas.

Articulación

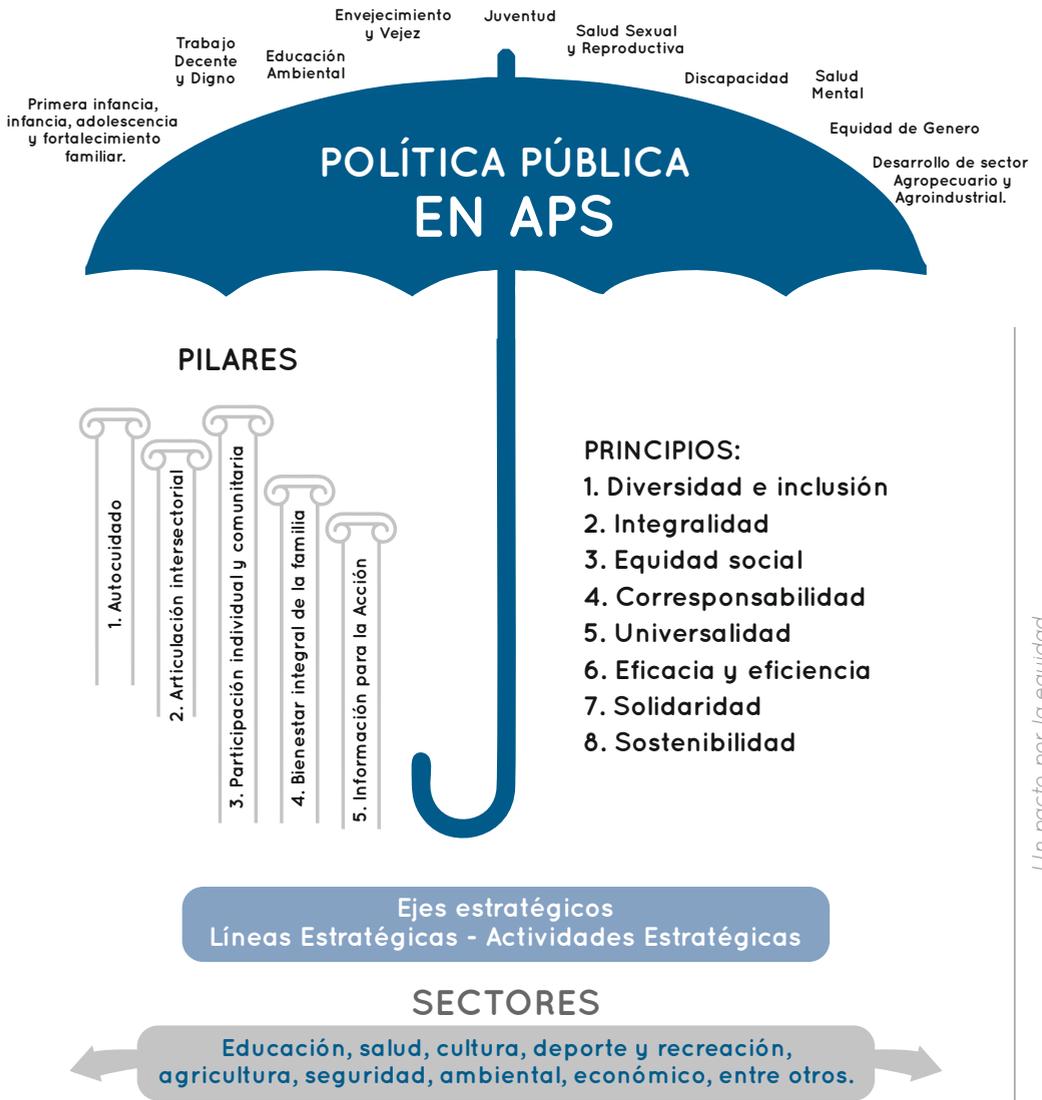


Figura 8. Política pública en APS como eje articulador
Fuente: Elaboración propia



VISION



En el periodo 2020 - 2030, la Política Pública en Atención Primaria Social será el eje articulador de los sectores y políticas sociales, las necesidades de la población, la respuesta del Estado y los recursos disponibles en el territorio, convirtiéndose así en un elemento esencial para la distribución equitativa de las oportunidades y beneficios en el departamento de Caldas. La Política Pública de Atención Primaria Social será el modelo de gestión y de cohesión en torno a propósitos comunes, con la finalidad de promover el autocuidado, la participación comunitaria, la transectorialidad y la atención integral para ejecutar intervenciones orientadas al bienestar de los caldenses.

8.1. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Generar desde la Atención Primaria Social-APS la articulación efectiva de sectores, políticas, programas, estrategias y acciones para el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades del departamento de Caldas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Articular actores sociales e instituciones del departamento en torno a la implementación de la Política en Atención Primaria Social-APS.
2. Armonizar la Política Pública de Atención Primaria Social para el departamento de Caldas con los planes de desarrollo departamental, municipales y con las políticas sectoriales e intersectoriales.
3. Aumentar la capacidad tecnológica y operativa del observatorio social del departamento de Caldas como instrumento para la toma de decisiones.
4. Realizar seguimiento permanente a las estrategias y a las metas propuestas en la implementación de la Política en Atención Primaria Social para el departamento de Caldas
5. Promover espacios de concertación para el direccionamiento de la oferta intersectorial teniendo en cuenta la priorización de los riesgos y la focalización en los territorios
6. Divulgar los avances y logros en la implementación de la política pública en atención Primaria Social a los diferentes actores y comunidad.

La política pública en Atención Primaria Social-APS contempla:

- ✓ Tres componentes integrados e interdependientes: la acción intersectorial / transectorial, la participación individual, familiar y comunitaria, y la prestación de los servicios sociales.
- ✓ Se ajusta al contexto político, económico y social del departamento, teniendo en cuenta el trabajo desde el enfoque territorial.
- ✓ Está centrada en los individuos, las familias y las comunidades.
- ✓ Se encuentra orientada a establecer condiciones de materialización del goce efectivo del derecho a la salud y la reducción de inequidades, mediante la atención integral desde una perspectiva de determinantes sociales, económicos y ambientales.
- ✓ No es solo una provisión sectorial de servicios, sino la acción coordinada del Estado, del departamento, las instituciones y de la sociedad para el mejoramiento del bienestar de la población y la creación de un ambiente sano y saludable.
- ✓ Hace énfasis en promoción de la salud y de otros servicios que brindan otros entes de carácter regional y local.

8.2. PILARES, PRINCIPIOS Y ENFOQUES

8.2.1. PILARES

- 1. Autocuidado:** significa que, en el departamento de Caldas, se realizarán acciones dirigidas a generar procesos de sensibilización para que las personas cuiden de sí mismas y de sus necesidades físicas, emocionales, mentales, financieras, ambientales y espirituales. Comienza con el reconocimiento de que cada individuo como responsable de su propio bienestar y que se extiende más allá del contexto individual, pasando al familiar y al comunitario.
- 2. Participación individual y comunitaria:** en el departamento de Caldas todos los actores sociales, públicos y privados en compañía de las familias participarán en los procesos de formulación, implementación y evaluación de esta política, que promueve el desarrollo humano integral.
- 3. Articulación intersectorial:** la política pública implementará estrategias para la articulación de los diferentes sectores del orden nacional, territorial, y las organizaciones de sociedad civil, para facilitar en los territorios la apropiación de la atención primaria social, integrando los esfuerzos dirigidos a la intervención de los determinantes de salud externos al sector salud. Para tal fin habrá una articulación estrecha entre los sectores y políticas sociales, la academia, entidades públicas y privadas y todas aquellas que se encuentren relacionadas con los determinantes sociales que afectan el bienestar de la población.

4. Bienestar integral de la familia: se realizarán acciones conjuntas entre todos los sectores que respondan a las necesidades del individuo y de su grupo familiar, para que estos gocen de entornos socialmente justos, culturalmente aceptables, económicamente viables y ambientalmente sanos, apuntando a una mejor calidad de vida en las generaciones presentes y futuras.

5. Información para la acción que soporta a la política de APS desde el sistema de gestión integral riesgo. Este sistema es el encargado de la caracterización permanente de las familias por interoperabilidad de datos y por visitas domiciliarias a los caldenses, lo mismo que del cálculo de riesgos individuales, familiares y comunitarios; además es el generador de las unidades de análisis para focalizar los diferentes programas y las ofertas requeridas para las intervenciones efectivas de nuestras comunidades.

8.2.2. PRINCIPIOS

Los principios son la base sobre las cuales se fundamentan las acciones y las relaciones de la Política Pública en Atención Primaria Social-APS, para el departamento de Caldas, estos parten de un enfoque holístico de las dimensiones del desarrollo, ya que no podemos actuar aisladamente para que se logren impactos que generen bienestar en la población caldense, lo cual requiere de un trabajo colaborativo entre todos los actores sociales del departamento.

La Política Pública en Atención Primaria Social-APS para el departamento de Caldas, se basará en los principios generales que rigen la atención primaria en salud, entre otros, definida en el marco de la Ley 1438-2011, siendo estos:

- 1. Diversidad e inclusión:** La Atención Primaria Social-APS reconoce y desarrolla el componente identitario y de derechos culturales de las familias y sus integrantes, además reconoce los derechos de la población vulnerable.
- 2. Integralidad:** Las política de Atención Primaria Social-APS, responde a una perspectiva integral que interrelacione los distintos ámbitos del ser humano en todos los cursos de vida.
- 3. Equidad social:** El individuo, las familias y la comunidad, merecen un trato justo y proporcional sin distinción de su edad, género, cultura, pertenencia étnica, creencias o condición social, psíquica, o física. Implica un tratamiento igualitario entre las generaciones.
- 4. Corresponsabilidad:** En la Atención Primaria Social-APS, los sectores, público, privado y la sociedad comparten y concertan responsabilidades para desarrollar acciones articuladas que protejan al individuo y a las familias, para que se potencie su desarrollo integral.
- 5. Universalidad:** La Atención Primaria Social-APS, reconoce que todos, sin excepción, tenemos iguales derechos. No hay personas que tengan más

o menos derechos que otros, una consecuencia política de la universalidad es que el estado debe garantizar los derechos a todos, independientemente de su nivel de ingreso, sus creencias, su lugar de residencia, su sexo, su edad u otras diferencias. Otra consecuencia es que debe garantizar a todos cada derecho con el mismo mecanismo, pues no hay justificación para que el servicio que garantiza el derecho sea de primera para unos y de segunda para otros.

- 6. Eficacia y eficiencia:** En la Política Pública en Atención Primaria Social-APS, los programas y actuaciones dirigidos al individuo, la familia y la comunidad, estarán dotados de los recursos suficientes para alcanzar los objetivos previstos, dándoles un uso adecuado a su finalidad y gestionándolos con responsabilidad.
- 7. Solidaridad:** La Política Pública en Atención Primaria Social-APS, realizara acciones encaminadas a que los integrantes de las familias, la sociedad y el Estado se den apoyo mutuo para garantizar el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de sus responsabilidades.
- 8. Sostenibilidad:** La Política Pública en Atención Primaria Social-APS, tendrá la capacidad de permanecer en el tiempo generando impactos a corto, mediano y largo plazo.

8.2.3. ENFOQUES

La Política en Atención Primaria Social-APS para el departamento de Caldas, tendrá los siguientes enfoques:

- 1. Individual, familiar y comunitario**
- 2. Territorial**
- 3. Cursos de vida**
- 4. Focalización**
- 5. Garantía de derechos**
- 6. Gestión del riesgo**
- 7. Diferencial**

8.3. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA.

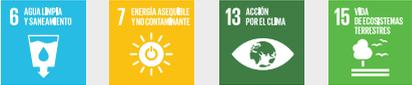
Como ejes del desarrollo de la Política Pública en Atención Primaria Social-APS, se tendrán en cuenta las dimensiones del Desarrollo, las cuales corresponden a los diferentes ámbitos donde ocurren y tienen lugar las distintas manifestaciones, actividades y existencia de los seres humanos, y de su vida en sociedad.

Permiten comprender la complejidad de la realidad de los territorios desde sus interrelaciones e interacciones, que constituyen un conjunto indisoluble.

A continuación, se presentan las líneas estratégicas de la política con sus respectivas acciones estratégicas desde cada uno de los ejes propuestos.

EJE 1: CUIDADO DEL AMBIENTE NATURAL

Objetivo: Articular a todas las entidades e instituciones del orden nacional, departamental y local entorno a la protección del entorno natural del departamento de Caldas, apropiando una cultura ambiental en la ciudadanía.

Líneas estratégicas	Actividades estratégicas
<p>1. Articulación ambiental en APS</p>	<p>1.1. Articulación con las autoridades ambientales para la gobernanza ambiental territorial. Acciones articuladas para la apropiación social del patrimonio natural a través del despliegue de procesos de educación, participación activa y comunicación para la sostenibilidad.</p> <p>1.2. Articulación y coordinación con la autoridad ambiental para la identificación de Riesgos ambientales y cambio climático.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participar en la implementación del Plan de Gestión Ambiental Regional-PGAR. • Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres. • Acciones articuladas con las entidades territoriales y cuerpos de voluntarios para la gestión integral de riesgos en emergencia y desastres. <p>1.3. Promoción de sectores ambientalmente sostenibles. Promover desde la APS el mejoramiento del desempeño ambiental sectorial, a través de la incorporación e implementación de prácticas y medidas sostenibles.</p> <p>1.4. Atención integral de enfermedades transmitidas por vectores y enfermedades zoonóticas.</p> <p>1.5. Promoción de la tenencia responsable de mascotas</p>
<p>ACCIONES TRANSVERSALES: PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y MITIGACIÓN</p> 	<p>OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE - ODS</p> 

EJE 2: CUIDADO DEL AMBIENTE ECONÓMICO Y PRODUCTIVO

Objetivo: Promover en el departamento actividades económicas y productivas socialmente justas, económicamente viables y ambientalmente responsables que promuevan la inclusión laboral y el emprendimiento.

Líneas estratégicas	Actividades estratégicas
<p>2.1. Individuos, familias y comunidades empoderadas</p>	<p>2.1.1 Articulación institucional para la promoción y oferta de emprendimientos locales para individuos, familias y comunidades vulnerables.</p> <p>2.1.2 Generación de estrategias de inclusión productiva para los individuos vulnerables con condiciones de igualdad y equidad.</p> <p>2.1.3 Vinculación de la academia y centros de formación en la generación de valor agregado a los sectores productivos que vinculen población vulnerable.</p>
<p>2.2. Ampliación de capacidades y competencias</p>	<p>2.2.1 Promoción de la Protección laboral de los individuos, familias y comunidades.</p> <p>Promover la responsabilidad de las empresas y entidades sobre la efectividad del sistema de seguridad social (salud, pensión laborales) para el individuo que esté vinculado laboralmente.</p> <p>2.2.2 Protección de la salud en el trabajo y fomento de la cultura preventiva a los trabajadores informales de la economía.</p> <p>2.2.3 Articulación con los actores en APS para la cualificación laboral de los individuos en riesgo de vulnerabilidad económica.</p>
<p>ACCIONES TRANSVERSALES: PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y MITIGACIÓN</p> 	<p>OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE - ODS</p> 

EJE 3: CUIDADO DEL AMBIENTE SOCIO CULTURAL

Objetivo: Promover en la ciudadanía caldense prácticas y hábitos que promuevan un mejor bienestar que impacte de manera positiva los determinantes sociales.

Líneas estratégicas	Actividades estratégicas
<p>3.1. Bienestar: Individuo, familia y comunidad</p>	<p>Promoción Individuo: Identificación factores de riesgo en la dimensión sociocultural.</p> <p>3.1.1 Articulación institucional para la promoción de estilos de vida saludable en individuos, familias y comunidades</p> <p>3.1.2 Favorecer la difusión, el ajuste y activación de las diferentes rutas de la atención y protección reoactiva</p>
<p>3.2. Participación y ejercicio de ciudadanía</p>	<p>3.2.2 Promover el empoderamiento, la participación social, la intersectorialidad y la movilización social en los individuos, las familias y las comunidades para la implementación de acciones que mejoren las condiciones de vida.</p> <p>3.2.3 Reconstruir el tejido social en las comunidades con base en los principios de equidad, justicia global, desarrollo sostenible, cohesión social y derechos sociales y de ciudadanía, para lograr una transformación de la determinación social.</p>
<p>3.3. Coordinación interinstitucional</p>	<p>3.3.1 Establecer lineamientos que permitan fortalecer la coordinación interinstitucional entre los distintos actores, encaminada al mejoramiento de las condiciones de vida en los territorios como una herramienta indispensable de política pública de APS.</p> <p>3.3.2 Unificar instrumentos técnicos y operativos que faciliten el desarrollo conjunto de acciones relacionadas con la Política Pública de "Atención Primaria Social" conforme las competencias de cada agente institucional interviniente y mediante ejercicios de planificación conjunta tanto en lo local como Territorial.</p> <p>3.3.3 Unificación de criterios técnicos para el fortalecimiento de los sistemas de información que permitan una focalización efectiva y pronta de los factores de riesgo y las familias y comunidades a intervenir.</p>
<p>ACCIONES TRANSVERSALES: PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y MITIGACIÓN</p> 	<p>OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE - ODS</p> 

EJE 4: CUIDADO DEL AMBIENTE INSTITUCIONAL Y GUBERNAMENTAL

Objetivo: Aunar esfuerzos con el fin de articular a todos los diferentes sectores, entidades e instituciones en torno a la apropiación de la Política de Atención Primaria Social en el departamento de Caldas.

Líneas estratégicas	Actividades estratégicas
<p>4.1. Promoción comunitaria de la Atención Primaria Social</p>	<p>4.1.1 Formación para la generación de conocimiento y apropiación de la política.</p> <p>4.1.2 Estrategias de seguimiento de la gestión pública. Acciones de control social y otras estrategias de participación y veeduría.</p> <p>4.1.3 Fortalecimiento de los Centros de Atención Social-CAS para la promoción de la APS.</p> <p>4.1.4 Creación de nuevos Centros de Atención Primaria Social-CAS para la oferta institucional.</p>
<p>4.2. Gestión intersectorial de la Atención Primaria Social-APS.</p>	<p>4.2.1 Acercamiento con las autoridades departamentales y municipales, para que la política sea incluida en los Planes de Desarrollo y planes de acción tanto a nivel departamental como municipal.</p> <p>4.2.2 Articulación y coordinación nacional y territorial para gestión de la política. Instancias de gestión (Consejos, mesas, comités con capacidad técnica y de decisión).</p> <p>4.2.3 Gestión de la política de APS, basada en la evidencia. Desarrollo de programas.</p>
<p>4.3. Gestión del conocimiento, seguimiento y evaluación de la Atención Primaria Social-APS.</p>	<p>4.3.1 Elaboración de rutas integrales de atención que permitan la articulación en la fase operativa y procedimental.</p> <p>4.3.2 Seguimiento y evaluación al cumplimiento de los objetivos de la política. Elaboración de indicadores y uso de sistemas de información.</p> <p>4.3.3 Fortalecimiento del Observatorio Social a través de la inyección de capital humano, físico y financiero.</p> <p>4.3.4 Desarrollo de capacidades institucionales para la gestión de la política. Formación y asistencia técnica al recurso humano encargado de la gestión de la política.</p>

ACCIONES TRANSVERSALES:
**PROMOCIÓN,
 PREVENCIÓN,
 ATENCIÓN Y
 MITIGACIÓN**



**OBJETIVOS DE DESARROLLO
 SOSTENIBLE - ODS**

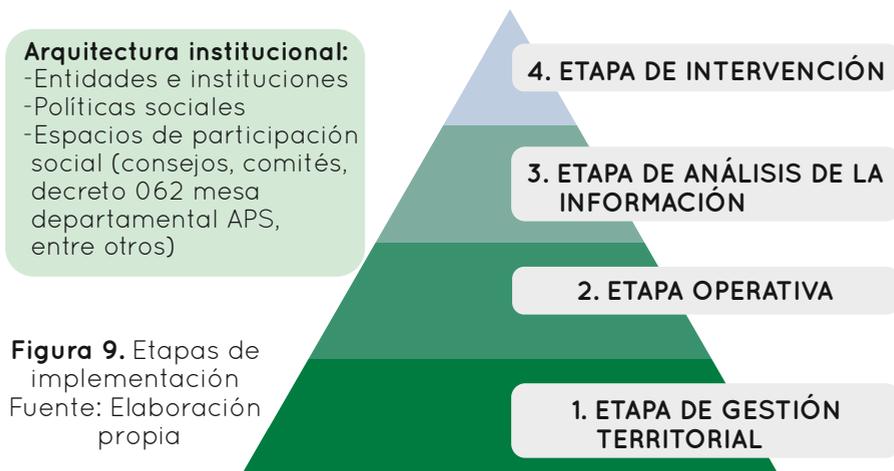




9. ARQUITECTURA INSTITUCIONAL Y PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA



Esta sección del documento muestra las responsabilidades institucionales y sectoriales para que se implemente en el territorio la política pública en Atención primaria Social-APS, de acuerdo a sus funciones y competencias, para tal fin se propone la consolidación de la arquitectura territorial institucional, seguido de la gestión territorial de la política y por último la disminución de los factores de Riesgo (**intervención institucional y sectorial**).



9.1. ARQUITECTURA TERRITORIAL INSTITUCIONAL

Política en Atención Primaria Social-APS, se estructura sobre los diferentes sectores y políticas sociales y en los diferentes espacios de participación social con que cuenta el departamento de Caldas, para tal fin se plantea gestionar la política en el marco de la autonomía y descentralización territorial, a través de los instrumentos de planeación social vigentes como:

- **Consejos Departamentales y Municipales de Política Social:**

De acuerdo con lo establecido en las normas vigentes⁷, estas instancias realizan el seguimiento a la ejecución de los programas territoriales de carácter social. En ellas se toman las decisiones que se requieren para garantizar su cumplimiento en armonía con los Planes de Desarrollo de la entidad territorial. Son las instancias de decisión y orientación territorial.

- **Mesas departamentales y municipales de infancia, adolescencia y familia.**

Estas instancias señaladas en el Decreto 936 de 2013, actúan como escenarios de operación de carácter permanente, las cuales sesionan según las necesidades determinadas por el plan de acción del Sistema Nacional de Bienestar Familiar en cada jurisdicción. Están encargadas de coordinar la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas, en consonancia con los planes departamentales y municipales de desarrollo.

⁷Las normas vigentes que orientan las actuaciones de Consejos Departamentales, Distritales y Municipales de Política Social son: Decreto 1137 de 1999, Ley 1098 de 2006, Decreto 936 de 2013.

- **Consejo territorial de salud ambiental (COTSA)**

Busca la articulación intersectorial con el propósito de impactar positivamente los determinantes sociales, ambientales y sanitarios con el fin de mejorar la calidad de vida y bienestar de la población caldense.

- **Mesa departamental intersectorial de Atención Primaria Social (Decreto departamental 0062 de abril de 2017).**

Esta instancia tiene como propósito priorizar, concertar, focalizar y articular los procesos de planificación e intervención de la Gobernación de Caldas, teniendo como norte el Plan Departamental de Desarrollo vigente. Por otra parte, tiene el fin de articular el sistema de Información llamado Observatorio Social, que se convierte en la herramienta fundamental de la mesa, para la tomada de decisiones en términos de focalización de los recursos y atención integral prioritaria a la población más necesitada y vulnerable del departamento de Caldas.

- **Unidades municipales de análisis situacional de la estrategia APS.**

Tiene como fin fortalecer mediante un análisis técnico de la información en tiempo real la capacidad de respuestas útiles en la toma de decisiones, intersectoriales multidisciplinarias y comunitarias ante los riesgos identificados que afectan el bienestar de los individuos, familias y colectivos mediante el ejercicio de recolección priorización y análisis de la información para la construcción de propuestas concertadas y así intervenir los determinantes sociales que estén afectando la población. Construyendo sinergias con las entidades competentes, actores sociales equipos territoriales, comunidades organizadas, entre otros, con el propósito de sumar esfuerzos que faciliten la mitigación de los riesgos en el marco de la estrategia APS.

En tal sentido, también aportan al desarrollo técnico de la Política las mesas o comités departamentales y municipales de salud mental, sexualidades diversas, discapacidad, justicia transicional, comité de erradicación del trabajo infantil, comité territorial de salud ambiental, comité departamental de trata de personas, mesa departamental de concertación indígena y mesa departamental de comunidades afrocolombianas, entre otros escenarios relacionados con la política pública.

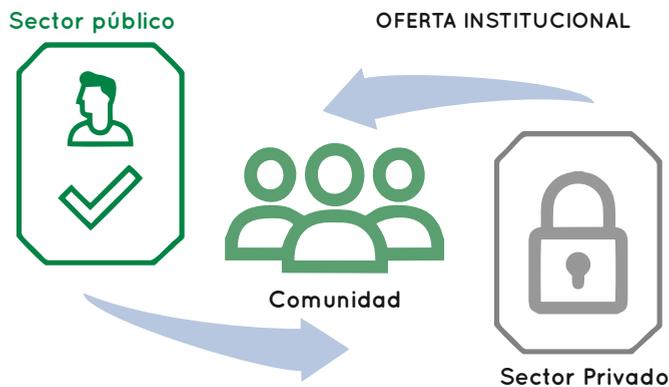
- **Observatorio Social de la Salud de la Dirección Territorial de la Salud en Caldas (Resolución 1726 de 2013 de la DTSC).**

Es una instancia de asesoría, consulta y coordinación de la gestión del conocimiento en salud en el departamento de Caldas, a partir de un seguimiento, evaluación e investigación de los procesos de salud, los factores determinantes de la salud, de riesgo, la situación de la salud, las desigualdades e inequidades en salud, la difusión y comunicación de los resultados de las evaluaciones en salud para la toma de decisiones en el departamento de Caldas.

- **Banco de ofertas**

El banco de ofertas para la política en APS, es la manera de acercar a las comunidades al sector público y privado, con el fin de mitigar los riesgos identificados, brindando la oferta institucional; para tal fin se hace necesario realizar un inventario de actores institucionales mediante la realización de reuniones de concertación para la construcción y sistematización de todas las ofertas y dispositivos comunitarios para APS del departamento, de los municipios y del sector privado para efectuar la intervención con enfoque de riesgo determinado a través de la unidad de análisis de información desarrollada por el Observatorio Social, teniendo en cuenta que existe una trama de actores transectoriales con programas e intereses diversos e incluso antagónicos⁶.

El banco de ofertas deberá dinamizarse en los consejos de política social, tanto departamentales como municipales.



9.2. ETAPAS DE IMPLEMENTACIÓN

ETAPA 1. GESTIÓN TERRITORIAL DE LA POLÍTICA

La mesa intersectorial de Atención Primaria Social, será la encargada de realizar las gestiones para implementar en la Gobernación de Caldas y en cada uno de los 27 municipios del departamento, la política pública de Atención Primaria Social con el fin de armonizarla en el plan de desarrollo departamental y en cada uno de los planes de desarrollo municipales; para tal fin se gestiona con los representantes legales de las entidades territoriales la inclusión a través de estos instrumentos con la firma del *“Pacto para la implementación, dinamización y operativización de la Política Pública Atención Primaria Social-APS en el departamento de caldas con el compromiso de las EAPB-ESE- administraciones municipales y la Dirección Territorial de Salud de Caldas, por la salud y la calidad de vida de la población caldense”*

⁶ABC de la Atención Primaria Social y en Salud para el departamento de Caldas, I edición. Dirección territorial de Salud de Caldas-DTSC, 2015

Para la gestión territorial de la Política en APS, se harán las siguientes acciones⁹:

Acercamiento con las ESE e IPS, para sensibilizarlos frente a su papel protagónico en la gestión del cambio en la salud del departamento mediante la realización de acciones en el marco de la Atención Primaria Social-APS.

Acercamientos y encuentros con los diferentes integrantes del **Comité de Política Social y personeros** como integrantes de la cadena de atención social de las comunidades, para sensibilizarlos en la realización de interacciones y sinergias entre los diferentes agentes que integran el sector salud y otros sectores e instituciones para una adecuada construcción y organización de redes con miras a buscar una mayor eficiencia en la gestión y mayor eficacia en los resultados, para ser gestores del bienestar de la población del departamento.

Realización de abogacía y gestiones con las **directivas de las EPS**, como administradoras de los riesgos de su población afiliada, para conformar y gestionar las redes de prestadores de servicios de salud y sean gestores protagónicos en las intervenciones de los riesgos individuales, familiares y colectivos, garantizando la accesibilidad a la red de atención básica y redes especializadas.

Articulación permanente con la academia: Por su papel formador del talento humano en todos los campos del desarrollo social; es fundamental para realizar acercamientos de sensibilización, pretendiendo romper paradigmas, para que se generen cambios en el actual modelo de formación y gestión, pues no debe mirarse sólo la formación desde lo curativo, sino trascender a la articulación entre sectores, instituciones, profesiones, tecnologías, comunidades organizadas. Conformando y fortaleciendo el talento humano, capacitándolos, generando aperturas y espacios académicos no sólo como instituciones formadoras de profesionales del área de la salud sino como instituciones que fortalecen el conocimiento y el sentido social de los mismos.

Si se tienen en cuenta los lineamientos de APS renovada, se requiere contar no solo con profesionales del área de la salud, sino también con otras disciplinas sociales que son transversales, para que se incluyan en el ejercicio práctico de las actividades de campo, el trabajo con las familias; teniendo en cuenta los riesgos identificados para proyectar acciones colectivas integrales, íntegras, continuas, oportunas y suficientes desde intervenciones interdisciplinarias. Por estas razones la academia tiene un papel protagónico en el reto de la implementación de Atención Primaria Social en el departamento.

Acercamientos y encuentros con la comunidad: dentro de la gran sombrilla de representantes sociales, los actores principales y la razón de ser de APS son los representantes de comunidades de cada territorio. Para que su participación sea activa, es importante realizar encuentros y reuniones de motivación y de sensibilización, para que como gestores de su propio

⁹Tomado del ABC de la Atención Primaria Social y en Salud para el Departamento de Caldas, Página 7. Dirección Territorial de Salud de Caldas. Manizales, 2015

desarrollo, busquen el fortalecimiento de los espacios de participación social y comunitaria; dado que los individuos son actores claves para el apoyo a los procesos de planificación, estimulación y seguimiento a las intervenciones, pues la construcción de redes comunitarias, son fundamentales para que velen por el bienestar de su población y así poder sostener las condiciones mínimas de bienestar de la comunidad.

ETAPA 2. OPERATIVA **(INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL Y SECTORIAL)**

Como punto de partida y para que se pueda hacer Atención Primaria Social, debe existir la articulación y el compromiso intersectorial e institucional, el cual se debe lograr con los acercamientos realizados a las diferentes entidades territoriales, Empresas Sociales del Estado, instituciones prestadoras de servicios de salud, academia, EAPB, la comunidad y todos los sectores e instituciones tanto públicas como privadas que estén relacionadas con las dimensiones del desarrollo.

Posterior a esto se debe partir de tener un diagnóstico de los riesgos individuales, familiares y colectivos dentro de un entorno geoespacial. Para ello se hace una adaptación de la ficha familiar **(Anexo)**. Esta etapa de operativización comprende dos fases:

FASE 1 DEFINIR EL RECURSO HUMANO PARA EL PROCESO Y MEDIOS DE DIFUSIÓN.

Determinar número de personas las cuales deberán estar debidamente capacitadas en el diligenciamiento de la ficha familiar según la cartilla de la DTSC; concertar con la administración municipal y con los demás sectores el apoyo con recurso humano que se asignará a cada uno de las Centros de Atención Social- establecidos; establecer las zonas en las cuales se desarrollará el trabajo de campo; realizar movilización social, con el propósito de que los líderes comunitarios ejecuten jornadas de motivación y sensibilización en sus comunidades; fomentar la participación efectiva de las diferentes instancias de participación social conformadas, así como de los usuarios de la IPS, ESE y EAPB en el desarrollo de la estrategia de APS en la entidad territorial; hacer uso de estrategias de información, educación y comunicación -IEC- por diferentes medios y las demás que se requieran en cumplimiento del proceso.

FASE 2 TRABAJO DE CAMPO O DE CONSTRUCCIÓN COLECTIVA DEL MODELO DE INTERVENCIONES:

- Caracterización del 100 de las familias mediante la aplicación de la ficha familiar para identificar los riesgos de acuerdo a los determinantes sociales en el marco de las dimensiones del desarrollo, se identificarán las variables, que requieren intervención desde la sinergia transectorial e intersectorial en busca de impactar de manera positiva el bienestar de las familias y las comunidades.

- Las fichas familiares diligenciadas deberán ser subidas al aplicativo web del observatorio social, al cual tendrán acceso diferentes usuarios mediante permisos otorgados según sus competencias. La disposición de la información es en tiempo real.
- Se deberá hacer seguimiento de la calidad de los datos registrados en las fichas familiares diligenciadas y en aplicativo Web.



Figura 9. Proceso de ficha familiar
Fuente: Elaboración propia

ETAPA 3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para analizar, consolidar y socializar la información registrada en las fichas familiares, es importante contar con herramientas tecnológicas que permitan mantener la información actualizada y en tiempo real. Por tal razón la DTSC contrata la parametrización del módulo llamado FICHA SOCIAL, dentro del Sistema de Información Gerencial (SIG) de la entidad, con el propósito de que los diferentes actores responsables de la caracterización, sistematización y actualización de familias en cada territorio pudieran acceder a través de la WEB. Con el fin de cargar la información y poder contar con la caracterización de las familias según la ponderación del riesgo, de conformidad con los parámetros establecidos para tal fin.

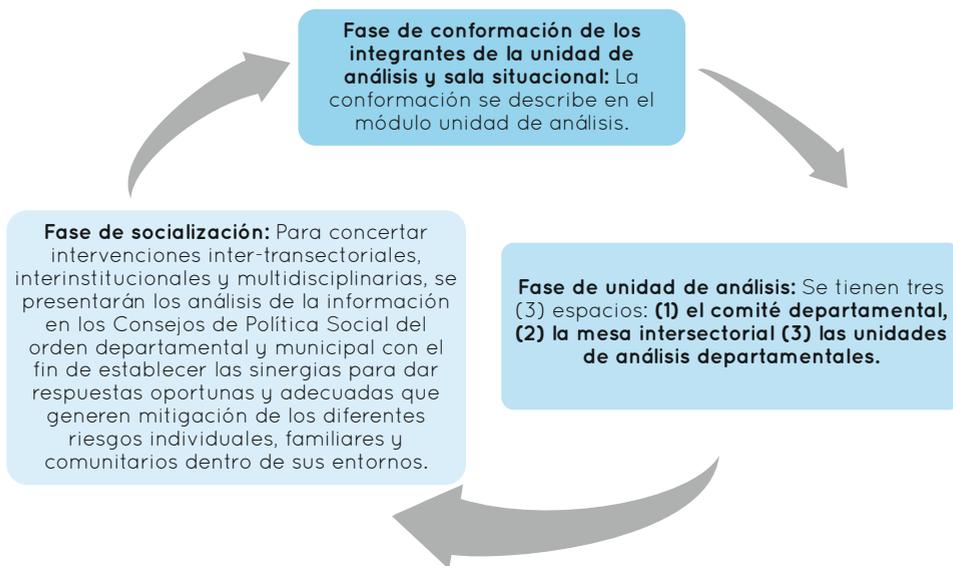


Figura 11. Fases de Análisis de la información
Fuente: Elaboración propia

Las unidades de análisis en los municipios estarán conformadas de la siguiente manera según la estructura organizacional de la entidad territorial:

Alcaldes municipales, Secretarías de Despacho Municipal, Gerente del hospital municipal o departamental, Coordinador de APS municipal, Coordinador de APS del hospital municipal o departamental, Profesional de Vigilancia Epidemiológica, Comisaría de Familia, Red Unidos, más familias en acción, representantes de las EPS, Policía, ICBF, víctimas, y todos aquellos actores que estén relacionados con la Política Pública de Atención Primaria Social APS.

ETAPA 4 INTERVENCIÓN

En la Política Pública en Atención Primaria Social-APS, las intervenciones se focalizarán de acuerdo a los riesgos encontrados, priorizándolos según lo defina la unidad de análisis respectiva, con base en el análisis de la información recolectada o suministrada por los sectores participantes (bases de datos); dichos insumos, permiten obtener la priorización de la problemática departamental y local, la gravedad, la frecuencia, la tendencia, la valoración social y la vulnerabilidad según las diferentes etapas del ciclo vital. De esta manera, la planeación de las intervenciones incluirá a todos los sectores que están relacionados con los determinantes sociales que afectan de manera directa o indirecta la calidad de vida de la población.

Para darle cumplimiento a esta etapa se deberán construir los instrumentos de implementación de la Política Pública, los cuales deben contener la fase procedimental con sus rutas integrales intersectoriales,

elaboración del plan de acción intersectorial, fortalecer de manera permanente el sistema de alertas del observatorio social, así como sus herramientas (ficha familiar, banco de ofertas, instrumento para la evaluación y seguimiento de la estrategia APS - INSAPS-). Los centros de atención social - CAS- serán el escenario fundamental para el direccionamiento de la oferta intersectorial de acuerdo a la priorización realizada en cada territorio según los riesgos identificados.



a) Qué son los Centros de Atención Social (CAS)

Para la política pública, los Centros de Atención Social (CAS) son comprendidos como una estructura funcional que permite el desarrollo de las actividades propias de la Atención Primaria Social, con enfoque individual, familiar y comunitario, siendo así un escenario adecuado para que los distintos sectores se articulen y focalicen la oferta institucional con el fin de impactar los determinantes sociales que afectan de manera negativa la población.

b) Cómo operan los CAS

Los CAS serán coordinados y administrados por la administración municipal en alianza con los diferentes entes departamentales y las organizaciones comunitarias de base, y podrán liderar la operación de estos centros de manera permanente, como un paso hacia el empoderamiento de las comunidades en el desarrollo de la estrategia de intervención transectorial y multidisciplinaria, prestando toda la oferta institucional de las entidades e instituciones con el fin de mitigar los riesgos y de integrar la comunidad en torno a servicios sociales.



10. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN



La evaluación de las políticas públicas se entiende como un procedimiento analítico encargado de proveer información sobre el desempeño de la política, sirviendo de base para la planificación de la intervención pública a lo largo del tiempo, al proporcionar una valoración sistemática y objetiva de su diseño, gestión y resultados (anticipados y no anticipados) alcanzados, con respecto a su deseabilidad, utilidad o valor social (Dunn, 2008).

El seguimiento y evaluación de las estrategias para realizar Atención Primaria Social en Caldas, así como el fortalecimiento de sus capacidades, estarán basados en la estructuración de indicadores y metas acordes a los propósitos de la política, que puedan ser revisados periódicamente en las instancias de decisión y orientación (**Consejos departamentales y municipales de Política Social y la Mesa Departamental Intersectorial de Atención Primaria Social**). Esta información es la base para desarrollar los procesos de rendición pública de cuentas, en los cuales es fundamental la comunicación e interacción constante con la ciudadanía. Para tal fin en el Plan de Acción de la política se formularán los indicadores de las metas propuestas.

Adicionalmente, el seguimiento y la evaluación de la política pública en APS permitirá al equipo responsable, el autoevaluarse y adoptar medidas para cumplir con sus compromisos oportunamente e informar a la ciudadanía sobre su cumplimiento. Para poder llevar a cabo el seguimiento y evaluación se requiere, como condición básica, que la política pública esté bien formulada en términos de coherencia, pertinencia, consistencia y claridad de sus objetivos, estrategias, programas, metas e indicadores, de tal manera, que se puedan constatar los avances alcanzados respecto a la situación inicial y la situación futura de la Atención Social en el territorio.

En primera medida se hace el seguimiento a los indicadores que miden los cambios y resultados que se esperan observar, una vez se cumplan los objetivos generales y específicos de la política pública, a continuación, se propone la siguiente tabla como modelo de seguimiento.

Nombre del Indicador	Línea Base (año cero)	Meta a una primera fecha determinada	Meta a una segunda fecha determinada (Al final de la política)

Tabla 1. Ejemplo de tabla de indicadores de resultado
Fuente: Elaboración propia.

Para que se pueda realizar seguimiento a la política pública formulada es de vital importancia realizar un cronograma de seguimiento al cumplimiento de las acciones o estrategias planteadas en el documento de política, para tal fin desde el equipo responsable de la formulación y de la implementación se realizará un cronograma de seguimiento en el que se especifiquen las fechas y los responsables.



11. FINANCIAMIENTO



La Gobernación de Caldas y La Dirección Territorial de Salud de Caldas, garantizarán la asignación anual de los recursos necesarios para el cumplimiento de la política pública en Atención Primaria Social-APS y la ejecución del Plan de Acción. El Gobernador y el Director de la Dirección Territorial de Salud-DTSC suscribirán contratos y/o convenios que se requieran, para realizar operaciones presupuestales y expedir los actos administrativos que sean necesarios para dar cumplimiento a lo dispuesto en el documento de Política pública en APS.

Por otra parte, la Dirección Territorial de Salud de Caldas-DTSC, pondrá a disposición para la implementación de la política, todos los recursos humanos y financieros aprobados en el presupuesto anual de la entidad como lo son: operación de la unidad de APS y el Observatorio Social de Caldas.

Nota: Se consideran como fuentes de financiación, los recursos del sector público y aquellos recursos provenientes del sector privado y de la cooperación internacional, entre otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABC de la Atención Primaria Social y en Salud para el departamento de Caldas, I edición. Dirección territorial de Salud de Caldas-DTSC, 2015.

Aguilar, L. (2003). Estudio Introductorio. En L. F. Aguilar (Ed.), Problemas políticos y Agenda de Gobierno. México: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.

Decreto 1137 de 1999, Ley 1098 de 2006, Decreto 936 de 2013.

Dunn, w. (2008). Public Policy Analysis: An introduction. New Jersey: Prentice Hall.

Elder, C. & Cobb, R. (2003). Formación de la Agenda: El caso de la política de los ancianos.

Fernández-Ballesteros, R. (1996). Evaluación de Programas: Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud. Madrid: Editorial Síntesis.

Gobierno de Caldas. Ordenanza 734 de 2013, Política Pública para el desarrollo del sector agropecuario y agroindustrial del departamento de Caldas: "Una alternativa para la superación de la pobreza 2014 – 2035".

Hill, M. & Hupe, P. (2009). Implementing Public Policy: An Introduction to the Study of Operational Governance, (Second ed.). London: Sage Publications.

Instituto de Estudios del Ministerio Público-IEMP (2008) El ciclo de la política pública. Bogotá: Procuraduría General de la Nación.

Instituto de Estudios del Ministerio Público-IEMP, 2013. Introducción a las políticas públicas: Conceptos y herramientas desde la relación entre el estado y ciudadanía.

Ley 1438 de 2011 capítulo III, artículo 12

Manual metodológico de la Rutas Integrales de Atención en Salud, Ministerio de Salud y de la protección Social. MSPS, 2018

Quintero, G. et al. (2011). Metodología para la actuación preventiva de la Procuraduría General de la Nación en las diferentes etapas del ciclo de las políticas públicas. Bogotá: Procuraduría General de la Nación.

Roth, A.N. (2004). Políticas Públicas. Bogotá: Ediciones Aurora.

WHO-World Health Organization. Atençaõ primária à saúde: mais necessária que nunca. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008

Wilson, J.Q (1973). Political Organizations. Beverly Hills: Cal.

Esta cartilla se terminó de
imprimir en el mes de diciembre
de 2019 en

editorial tizán
Manizales

Esta cartilla presenta de manera práctica los resultados de la construcción colectiva de la “Política Pública de Atención Primaria Social para el departamento de Caldas 2020 – 2030, un pacto por la equidad”.

