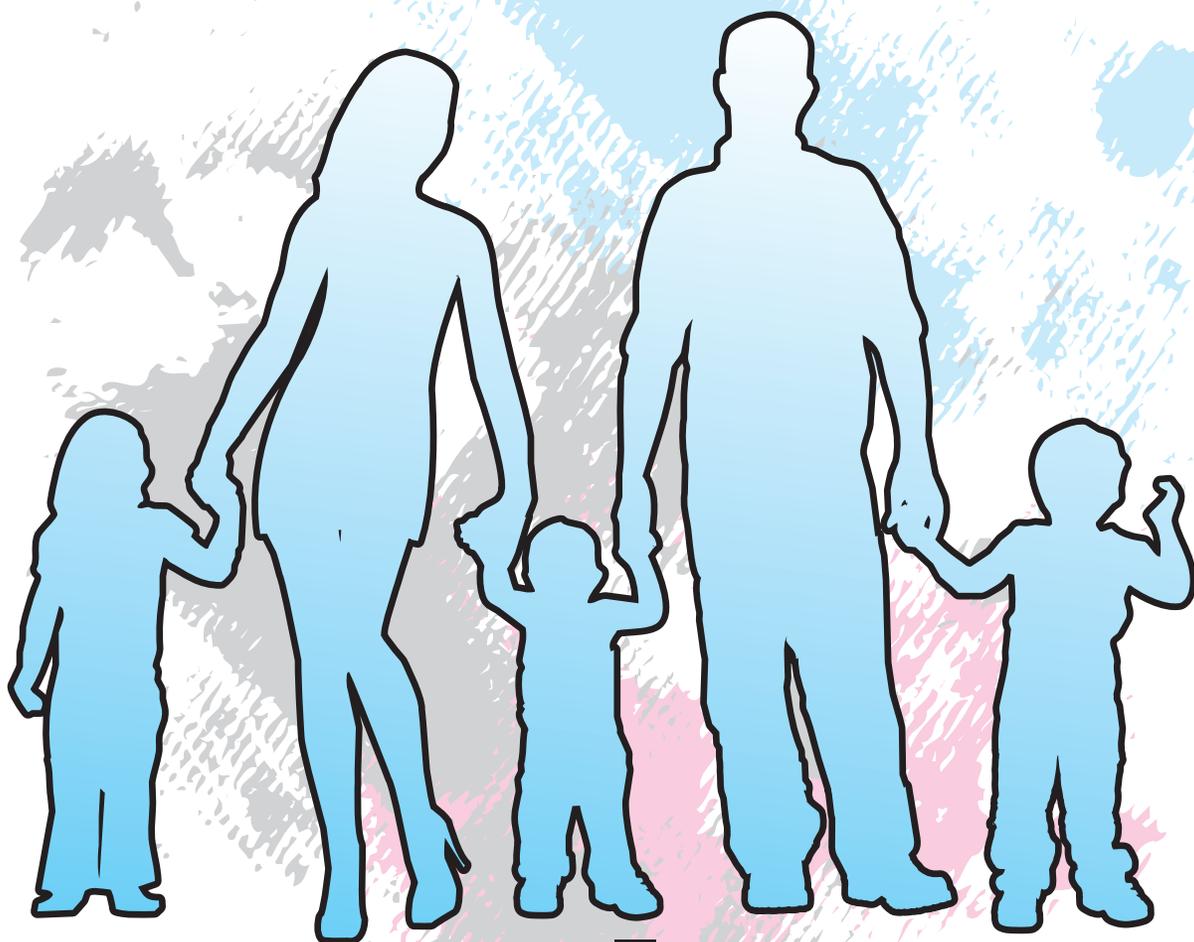


ABC DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL Y EN SALUD PARA EL DEPARTAMENTO DE CALDAS

Implementación de la atención primaria social y en salud,
como estrategia para el desarrollo territorial del departamento de Caldas.



I Edición



Gobernación de
CALDAS
EN LA RUTA DE LA PROSPERIDAD

DIRECCIÓN TERRITORIAL
Salud de Caldas
Organizadamente - Serdadore



JULIÁN GUTIÉRREZ BOTERO
Gobernador de Caldas

GUSTAVO ADOLFO CASTAÑEDA MEZA
Secretario Privado

MARÍA ARACELLY LÓPEZ GIL
Secretaria de Educación

JORGE ANDRÉS GÓMEZ ESCUDERO
Secretario de Gobierno

MARTÍN AUGUSTO DURAN CÉSPEDES
Secretario de Integración y Desarrollo Social

FERNANDO GIRALDO HERNÁNDEZ
Secretario del Deporte

JOSÉ BERNARDO GONZÁLEZ BETANCURTH
Secretario de Cultura

GERSON BERMONT GALAVIS
Director General Dirección Territorial Salud
de Caldas

GERMÁN LÓPEZ JIMÉNEZ
Subdirector Administrativo



JUAN GUILLERMO CORREA GARCÍA
Subdirector Jurídico

NORBERTO LUIS SEPÚLVEDA ANDRADE
Subdirector Prestación de Servicios y
Aseguramiento

DIANA PATRICIA GRISALES GONZÁLEZ
Subdirectora Salud Pública

EI ABC DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL Y EN SALUD PARA EL DEPARTAMENTO DE CALDAS

Implementación de la atención primaria social como estrategia para el desarrollo territorial del departamento de Caldas.

ELABORADA POR:



MERCEDES PINEDA GARCÍA

Profesional universitaria subdirección de salud pública

CARLOS LONDOÑO ARISTIZABAL

Coordinador estrategia APS

LUIS FERNANDO RENDÓN VILLEGAS

Asesor dirección general - subdirección de salud pública

Manizales, 2015

ABC DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL Y EN SALUD PARA EL DEPARTAMENTO DE CALDAS

REFERENCIAS

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014
Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5521 de 2014
Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438 de 2011
Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1683 de 2013
Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 3047 de 2013

Organización Panamericana de la Salud. OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud: el Desafío de los Hospitales. Número 1 de 2011.

Esta publicación fue posible gracias al apoyo de



Diseño y portada:

EDITORIAL UNIVERSO / 890 34 53 / editorialuniverso@hotmail.com

Impreso en Colombia

Manizales. Caldas, julio de 2015

Se autoriza la reproducción total o parcial siempre y cuando se conserve la integridad del texto y se cite la fuente.

PRESENTACIÓN:

El estado colombiano con la aprobación de la Ley 100 de 1993, dio un sustantivo cambio en el modelo de salud, al pasar de un modelo centralizado y estatal, con un gran componente de P y P basado en la APS, a un modelo de aseguramiento con gran participación mayoritaria del sector privado. Este salto, posibilitó el incremento rápido e incontrovertible de las coberturas de aseguramiento en el país, pero también, con un descenso vertiginoso en el componente preventivo de la salud de los colombianos.

En los últimos dos quinquenios (2005-2019 y 2010-2014), el gobierno central acepto, que el modelo economicista y de aseguramiento basado en las coberturas, era insuficiente para garantizar una salud integral a la población, por ser eminentemente asistencialista, olvidando de contera la regla de oro de que “es mejor prevenir que curar”. Por ello y atinadamente, dio unos tímidos pasos para incorpora en el modelo la APS con la Ley 1122 de 2007, reforzando su decisión con la Ley 1438 de 2011, donde claramente define que una de las estrategias más importantes en el modelo, debe ser la Atención Primaria en Salud APS.

El problema ha radicado en que el Ministerio de Salud y Protección Social, no ha reglamentado las leyes precitadas en el tema específico de APS, dejando la iniciativa para el desarrollo de su estructuración e implementación, a las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios). De ahí, que en la actualidad existen en el país, un sinnúmero de experiencias pilotos, que le apuestan a la construcción de una APS que llene las expectativas de una verdadera estrategia de salud integral para las poblaciones.

La actual administración departamental de Caldas, en cabeza de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, se ha dado a la tarea de elaborar una estrategia remozada, incluyente, inter y transectorial, de una nueva APS que hemos denominado Atención Primaria Social y en Salud, que dé respuestas a los grandes retos que nos impone el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Para ello se han realizado grandes alianzas estratégicas con diferentes actores tales como: el ICBF, el DPS, administraciones municipales, EPS e IPS, empresa privada, la academia, administración departamental, organizaciones sociales y comunitarias, entre otros.

En razón de lo expuesto presentamos a nuestros aliados y a la comunidad caldense, la primera cartilla del “ABC de la Atención Primaria Socia y en Salud para el departamento de Caldas”, con el ánimo de divulgar nuestra visión y proyección de esta importantísima estrategia, de la cual estamos convencidos revolucionará nuestra actuar futuro en el sector salud, con la participación efectiva y comprometida de los otros sectores que hacen parte de las dimensiones del desarrollo de nuestro querido territorio caldense.

GERSON BERMONT GALAVIS
Director General DTSC

¿QUE SE ENTIENDE POR ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL Y EN SALUD (APS)?

APS, es 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 a los determinantes sociales que están afectando las dimensiones del desarrollo como son la ambiental, social, poblacional y económica; 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 Atención Primaria Social, en bien de la salud de la comunidad del departamento de Caldas.

Para la intervención de los riesgos de las diferentes familias se debe tener un diagnóstico el cual parte de la caracterización de cada familia según las variables de la ficha familiar, siendo esta un instrumento dinámico toda vez que se actualiza permanentemente en la medida que se van interviniendo los riesgos de los individuos, las familias y las comunidades, buscando generar transformaciones de paradigmas en la comunidad, mediante la educación, concertación de planes caseros, seguimientos al cumplimiento de los mismos, planeando gradualmente el cambio de comportamientos de riesgo y mejorando su AUTOCUIDADO.

¿QUIÉNES PARTICIPAN DE LA ESTRATEGIA DE APS?

Por ser una estrategia eminentemente social, por definición, todos los actores sociales y por ende los comunitarios. Actualmente hacen parte de la estrategia las siguientes instituciones: La DTSC, quien la lidera; la Gobernación de Caldas con todas sus secretarías de despacho, administraciones municipales, el ICBF, el DPS, el Sistema Universitario de Manizales - SUMA, sector privado, EPS, ESE, IPS privadas, Policía Nacional, asociaciones comunitarias, ONG, organizaciones sociales y las comunidades beneficiarias de la estrategia.

¿CÓMO SE DARÍA INICIO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA APS EN EL DEPARTAMENTO DE CALDAS?

Como todo proceso de implementación de un proyecto, este debe realizarse por momentos o por etapas, los cuales se van ajustando a las necesidades territoriales del orden departamental y municipal. A continuación se citan y se desarrollan las cinco etapas que se han venido desplegando en el departamento:

1. ETAPA IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL:

Para lograr superar las inequidades y garantizar el BIENESTAR de la población del departamento de Caldas, se ha determinado que debe fortalecerse la implementación de un modelo de prestación de servicios públicos sociales bajo el marco de la estrategia de Atención Primaria Social -APS-, según los preceptos de la Ley 1438 de 2011. Buscando principalmente brindar una solución a una problemática social con énfasis en salud, acorde a lo que plantea el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021). Se determina que será mediante un enfoque social que involucre al sector salud como líder natural del proceso. Con esta estrategia se pacta la participación de todos los sectores sociales tales como: Educación, desarrollo social, cultura, gobierno, deporte, vivienda, ICBF, DPS, ONG, fuerzas militares, agentes del sector salud, comunidades y actores sociales en general, pues con estas sinergias se pretende garantizar transectorialidad, intersectorialidad e interinstitucionalidad con un propósito común: la gestión del riesgo tanto individual, familiar como colectivo, teniendo como eje central a la familia. Por ello en Caldas se ha denominado Atención Primaria Social buscando impactar de manera positiva a los determinantes sociales que generan desequilibrios en las poblaciones y sus entornos.

2. ETAPA DE ABOGACÍA Y GESTIONES:

- **Acercamiento con las autoridades departamentales y municipales**, para que el proyecto tenga asiento en los Planes de Desarrollo y el Plan Decenal de Salud Pública. Para tal fin se gestiona con los representantes legales de las Entidades Territoriales la firma del “**PACTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN-DINAMIZACIÓN Y**

OPERATIVIZACIÓN DE LA ESTRATEGÍA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL 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”.

- **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 estrategia de 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.
- **Acercamientos y encuentros con la academia (Universidades)**: Por su papel formador del talento humano en todos los campos del desarrollo social. 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.

Tendiendo puentes de comunicación con las comunidades visitadas, para conocer de primera mano su problemática social.

Si se tienen en cuenta los lineamientos de APS renovada, se requiere contar no sólo 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 tales razones la academia tiene también su 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 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.

3. ETAPA DE OPERATIVIZACIÓN:

Luego de lograr el compromiso del gobierno departamental, de las administraciones municipales, y de las gerencias de las ESE del departamento, así como de un tímido compromiso de algunas EAPB, 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. Esta etapa de operativización comprende dos fases:

3.1. Fase preparatoria para iniciar trabajo de campo o construcción de escenarios:

- Definir el líder del proceso.

- Determinar número de personas del área de la salud (auxiliar de enfermería o promotora de salud) y capacitarlas en el diligenciamiento de la ficha familiar según la cartilla de la DTSC.
- Concertar con los demás sectores el apoyo con personal que se asignará a cada uno de las Células de Acción Social -CAS- establecidas.
- Establecer las zonas en las cuales se desarrollará el trabajo de campo -zona rural o urbana-.
- Realizar movilización social, con el propósito de que los líderes comunitarios ejecuten jornadas de motivación y sensibilización en sus comunidades para que tengan información disponible el día en el cual se efectuará el diligenciamiento de la ficha familiar en las zonas respectivas según programación.
- 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, con el propósito de comunicar a la población sobre la importancia que tiene su colaboración en la información que suministre para el diligenciamiento de la ficha familiar.
- Concertar con la administración municipal su participación en el proceso teniendo en cuenta que pueden apoyar asignando digitadores, transporte para cuando los encuestadores deban trasladarse a zonas muy lejanas, apoyo logístico en general, y si cuenta con personal del área de la salud para el proceso de levantamiento de información.
- Contar con mapas para hacer la distribución de los sectores, barrios con sus respectivas manzanas en la zona urbana; veredas con sus respectivos sectores en zona rural.
- Luego de definir claramente el área a trabajar se hará la distribución de los sectores identificándolos en el mapa respectivo. Para maximizar el tiempo y con una proyección del mismo, se propone tener en cuenta el número de fichas a diligenciar por persona durante la jornada laboral, así:

- **Zona urbana** se diligencian aproximadamente 10 a 12 fichas por persona/día.
 - **Zona rural concentrada** se diligencian aproximadamente entre 6 a 8 fichas por persona/día.
 - **Zona rural dispersa** se diligencian aproximadamente entre 4 a 6 fichas por persona/día.
- Elaborar cronograma para realizar el trabajo de campo para levantamiento de las fichas familiares.

3.2. Fase 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 en el marco de las dimensiones de: salud mental, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y condiciones no transmisibles, seguridad alimentaria y nutricional, fortalecimiento de la promoción de hábitos y estilos de vida saludable, programa ampliado de inmunización, control de enfermedades crónicas transmisibles y salud ambiental. Se identifican las variables, que si bien no son parte del sector salud también requieren intervención, desde la sinergia transectorial e intersectorial. Por ello también se incluyen variables en educación, clasificación socioeconómica de una familia a través de la encuesta Sisben, deporte y cultura para el manejo del tiempo libre, medio ambiente, vivienda, servicios públicos, vías y algunas otras de las áreas sociales para su intervención multidisciplinaria de conformidad con los factores de riesgo encontrados.
- Las fichas diligenciadas diariamente deben ser subidas al aplicativo web, al cual tendrán acceso diferentes usuarios mediante permisos otorgados según sus competencias. La disposición de la información es en tiempo real.

Ver fig. 1 

► fig. 1



Elaborado por: Mercedes Pineda García. Enfermera Especializada en Admón. de Servicios de Salud. Verificadora

- Identificar dentro del mapa de ruta, la asignación de los sectores a encuestar y las familias que no se encontraron, para reprogramar nueva visita.
- Hacer seguimiento de la calidad de los datos registrados en las fichas familiares diligenciadas y subir al aplicativo las que se encuentran sin errores.

4. ETAPA DE 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.

4.1. Fase de conformación de los integrantes de la unidad de análisis y sala situacional:

La conformación se describe en el módulo unidad de análisis.

► fig. 2



UNIDAD DE ANÁLISIS O SALA SITUACIONAL

4.2. Fase de unidad de análisis:

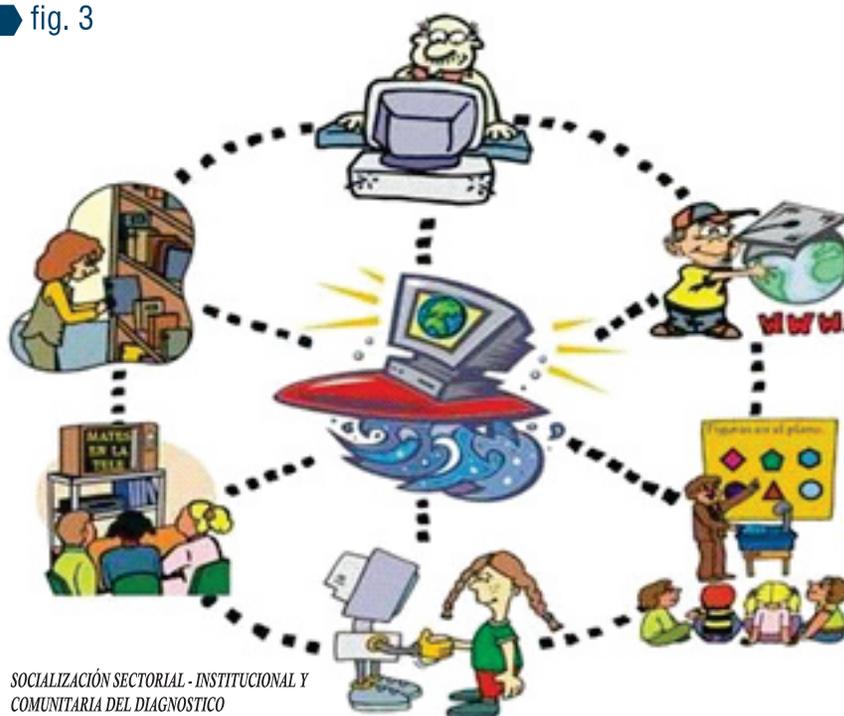
Se tienen tres (03) espacios: el nivel departamental (se debe realizar por sectores, tales como educación, ICBF etc.) el nivel municipal y el de la DTSC, cuya finalidad es la de analizar datos, establecer comparaciones, valoración de frecuencias y elaboración de alternativas por grupo según los riesgos identificados.

4.3. Fase de socialización:

Para concertar intervenciones inter-transectoriales, interinstitucionales y multidisciplinarias, se presentarán los análisis de la información en los Consejos de Política Social del orden departamental y municipal con el fin de establecer las sinergias para dar respuestas oportunas y adecuadas que generen mitigación de los diferentes riesgos individuales, familiares y comunitarios dentro de sus entornos.

Ver fig. 3 ►

► fig. 3



5. ETAPA DE INTERVENCIÓN:

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.

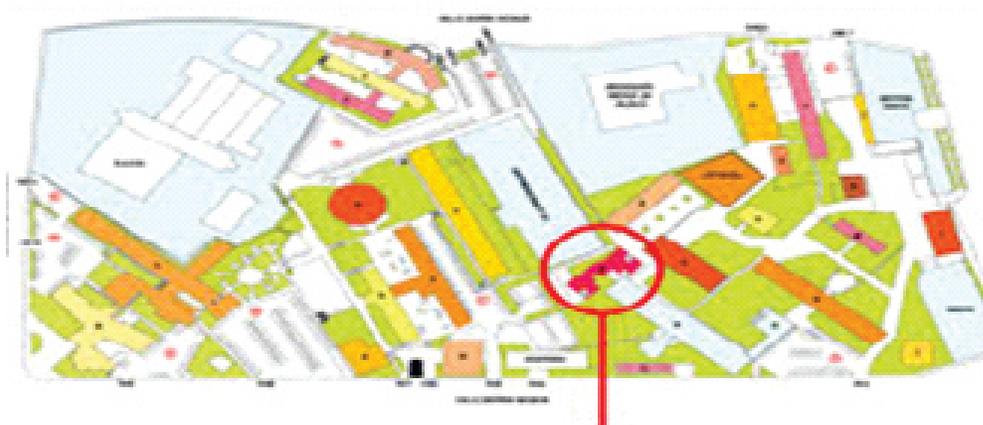
Así las cosas, las intervenciones no solo se planearán desde el contexto del sector salud sino de otros sectores asociados que afectan de manera directa o indirecta la calidad de vida de la población, tales como: hacinamiento, ausentismo escolar, riesgos ambientales, barreras de acceso a los servicios de salud afectando entre otros, la morbilidad y la mortalidad materno infantil por diferentes causas, como las barreras geográficas que perturban por ejemplo la disposición de alimentos.

En virtud a que el departamento de Caldas, se comprometió a desarrollar un modelo de Atención Primaria Social, y teniendo en cuenta que existen puestos y centros de salud que se encuentran subutilizados o abandonados, se tomó la decisión de adecuarlos como Centros de Atención Social –CAS-, los cuales por estar ubicados en zonas estratégicas cercanas a las comunidades, asegurarían el acceso oportuno de las mismas para garantizarles la atención social integral, integrada y continuada, planeando gradualmente el cambio de comportamientos de riesgo y mejorando su autocuidado como proceso fundamental en APS.

¿QUE SE ENTIENDE POR CENTROS DE ATENCIÓN SOCIAL (CAS)?

Los Centros de Atención Social (CAS), son una propuesta innovadora del departamento de Caldas para acercar a las comunidades con las ofertas requeridas. Pero para lograr este objetivo es importante que el MSPS y las entidades territoriales como entes rectores del sector salud desde el nivel nacional, departamental y municipal se integran y ayudaran a las ESE para legalizar los terrenos donde se encuentran construidos los puestos de salud.

GRÁFICA REPRESENTATIVA DE CONFORMACIÓN DE UN TERRITORIO CAS



Los CAS deben entenderse como una estructura funcional que permite el desarrollo de la mayor parte de las actividades propias de la Atención Primaria Social, con enfoque familiar y comunitario así como la de otros sectores y entidades que lo requieran, siendo una opción organizativa adecuada para que los distintos profesionales que integran los equipos de intervención puedan realizar sus funciones.



CENTRO DE ATENCIÓN SOCIAL -CAS- TAPIAS DEL MUNICIPIO DE NEIRA, CALDAS

¿QUE ACTIVIDADES PUEDEN DESARROLLARSE EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN SOCIAL (CAS)?

- Docencia e investigación teniendo en cuenta la multidisciplinariedad profesional y técnica.
- Recreación y deporte.
- Eventos culturales.
- Actividades del DPS.
- CDI del ICBF.
- Conferencias estudiantiles.
- Servicio social del estudiantado.

- Atenciones en salud (acciones extramurales).
- Acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Rehabilitación.
- Capacitación a profesionales de la salud, equipos básicos y comunidad.
- Atención a la comunidad desde las diferentes áreas y programas de la administración.
- Apoyo a programas orientados a la comunidad.

¿QUE INSTITUCIÓN SERÁ LA RESPONSABLE DE ADMINISTRAR Y COORDINAR LOS CAS?

Los **CAS** serán coordinados y administrados por la administración municipal en alianza con 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**.

¿EN EL TRABAJO DE CAMPO, CUÁLES SON LOS AGENTES OPERATIVOS CLAVES?

En virtud a que la estrategia APS es transectorial, interinstitucional e intersectorial, y teniendo claro que los riesgos son variopintos -ambientales, sociales, entre otros-, los actores son multidisciplinarios, por lo tanto deben establecerse sinergias con:

- a) Actores sectoriales: EAPB, ESE/IPS tanto públicas como privadas.

- b) Actores transectoriales: secretarías del orden departamental y municipal, instituciones descentralizadas, ONG, agencias nacionales, universidades, Policía Nacional, Iglesia, entre otras.
- c) Actores interinstitucionales: Empresa privada, ICBF, DNP, DANE, personerías, entre otros.
- d) Actores comunitarios: Juntas de Acción Comunal, Juntas Administradoras Locales, veedurías ciudadanas, asociaciones de usuarios de las EAPB y de las ESE/IPS, líderes comunitarios.

En el trabajo de campo como tal se tendrá en cuenta:

- a) Diligenciamiento de la ficha familiar
- b) Intervención Equipo Básico de Atención Primaria Social
- c) Intervención agente de salud
- d) Intervención actores transectoriales

Teniendo en cuenta que con el diligenciamiento de la ficha familiar se obtiene la caracterización y por consiguiente se identifican las familias de riesgo alto, medio y bajo, se debe hacer una planeación de las visitas a realizar teniendo en cuenta los tipos de intervenciones requeridas por tanto se debe organizar:

1. Estructura (lo que hay): física y humana
2. Proceso (lo que se hace o se manda hacer)
3. Resultado (lo que se pretende conseguir)

En la estructura física hemos hablado de los puestos de salud adecuados como espacios denominados Centros de Atención Social (CAS), los cuales cubren las zonas básicas de un territorio de influencia y pueden comprender en las zonas rurales una o varias veredas y en las cabeceras municipales agrupar barrios, así se puede garantizar las intervenciones intersectoriales, intrasectoriales e interinstitucionales cercanas a la residencia de los usuarios. La remodelación o reparaciones que requiera el CAS para su adecuado funcionamiento estarán a cargo de las entidades participantes según convenios interadministrativos o convenios de cooperación con entidades privadas; siempre encabezadas por la administración municipal.

En cuanto al talento humano, es necesario organizar y conformar los equipos básicos de atención, no sólo con profesionales y técnicos del sector salud, sino también de otros sectores. Por tanto se hace necesario conformar equipos

interdisciplinarios, cuyo talento humano esté capacitado para el desarrollo funcional y organizativo del quehacer. Además sería la puerta de entrada para que la población tenga acceso a los diferentes servicios sociales requeridos en cada territorio en el marco de la estrategia de Atención Primaria Social, los cuales se han denominado equipos básicos de atención primaria social (**EBAPS**).

¿EN EL TRABAJO DE CAMPO, CUÁLES SON LOS AGENTES OPERATIVOS CLAVES?

Teniendo en cuenta los enfoques familiares y comunitarios de la Atención Primaria Social para el departamento de Caldas, la conformación de estos equipos en el sector salud estarían integrados por, médico, enfermera, trabajador social, psicólogo, nutricionista, auxiliar de salud pública, higienista oral y técnico de saneamiento ambiental; y desde los otros actores por, delegados de las áreas de educación, vivienda, desarrollo social, seguridad y convivencia, entre otros. La conformación definitiva es variable y flexible según las necesidades de la comunidad del área de influencia del CAS respectivo. El EBAPS estará precedido por la intervención de los agentes en salud pública, quienes en la unidad de análisis compartirán las necesidades y problemáticas de las comunidades con los diferentes actores y sectores.

El EBAPS se conforma por cada municipio, tendrá una programación semanal de rotación por cuadrantes o con relación a la ubicación de los CAS, pero, no sustituye la acción de los centros, puestos e instituciones de salud, dado que las acciones se conciben desde la intersectorialidad y la transectorialidad.

La intervención de las familias en cada municipio inicia con el agente en salud quien remite al EBAPS, los hallazgos significativos del trabajo de campo. Un cuadrante en el área urbana equivalente a 560 familias en promedio. En la zona rural cada agente en salud pública tendrá asignado un territorio conformado por 180 familias. Cuando se tenga el compromiso de los otros sectores, se redistribuirán los grupos familiares según las áreas definidas.

El trabajo de campo en el área urbana se iniciará con la primera manzana enumerada en el mapa de su área de cobertura y se continuará en forma ascendente hasta completar el cuadrante, en el área rural al agente se le asignará el punto de inicio en la vereda con mayor concentración de viviendas y hacia los cuatro puntos cardinales a una hora de distancia de camino. El promedio de aplicación de ficha familiar diario en área urbana es de 16 familias y en área rural 8.

¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL EQUIPO BÁSICO DE APS (EBAPS)?

Según lo establecido en la Ley 1438 de 2011, se relacionan las funciones generales del EBAPS, las cuales se complementan de acuerdo a la propuesta general del departamento.

- Actualizar la información en los registros de la ficha familiar que servirá de base para realizar el diagnóstico familiar.
- Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios según variables demográficas y enfoque diferencial.
- Informar sobre los servicios de salud a que tienen derecho los usuarios en el POS, de acuerdo a la contratación y red de servicios de las EPS.
- Educación e información sobre derechos y deberes de los sectores sociales.
- Identificar las familias sin seguridad social y promover la afiliación al sistema, para que puedan acceder a los servicios de salud.
- Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública. De igual manera se remitirán los usuarios para las acciones de detección temprana y protección específica. Así mismo se informará y se remitirán a los otros sectores, los usuarios correspondientes, tales como inasistentes escolares, indocumentados, servicios públicos, potenciales beneficiarios del ICBF y del DPS, entre otros.
- Facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.

- Una vez identificadas las familias de riesgo de las unidades de cobertura (barrios y veredas) se elaborarán los mapas, identificando las familias, factores protectores, factores de riesgo, entre otros.
- Georreferenciación de los principales eventos condicionantes del estado de bienestar de las comunidades, para su intervención.
- Diagnóstico comunitario, con la identificación de redes y actores sociales de la comunidad.
- Articulación de actores con la red primaria de atención bajo el modelo CAS.
- Participación en los procesos de análisis del diagnóstico de salud de la población a intervenir y el resultado de las intervenciones realizadas.
- Favorecer acciones de prevención de la enfermedad mental y promoción de la salud mental desde lo individual, familiar y grupal fortaleciendo la capacidad de respuesta institucional en el componente de salud mental y favoreciendo una atención oportuna por el sistema de salud a fin de reducir la morbilidad y la mortalidad de la enfermedad mental.

¿CUÁLES SON LOS PASOS QUE DEBE TENER EN CUENTA EL EQUIPO BÁSICO DE APS (EBAPS) PARA PROGRAMAR LAS INTERVENCIONES SEGÚN LOS RIESGOS IDENTIFICADOS?

- Reconocimiento de áreas de cobertura urbana y rural.
- Realizar diagnóstico de la comunidad.
- Georreferenciación del territorio identificando aspectos relevantes para la intervención focalizada y el resultado de la intervención.
- Programación del equipo por semanas en el área de cobertura según la concentración de la población y familias de riesgo detectadas.
- Atención de familias según remisión del agente social.
- Remisiones de familias a los centros, puestos de salud, IPS o EPS, otros sectores sociales (educación, ICBF, registraduría, DPS, etc.) para darle continuidad al manejo inicial.

- Remisión de la comunidad a los Centros de Atención Social (CAS) para procurar las ofertas institucionales de conformidad con los riesgos identificados en la ficha familiar.
 - Identificación de líderes comunitarios y articulación con las redes comunitarias e institucionales del municipio.
 - Detectar, evaluar, notificar e intervenir los riesgos sociales, comunitarios y ambientales de manera transectorial.
 - Evaluación de la adherencia a los tratamientos y procesos de intervención individual, familiar y comunitaria.
 - Conformación, capacitación y operativización de la red de atención comunitaria y la red de agentes comunitarios en salud.
 - Efectuar remisiones oportunas no sólo desde los EBAPS, sino también de las demás entidades participantes según cronograma establecido y riesgos identificados.
 - Identificación de las familias según clasificación del riesgo (esta clasificación es realizada por el software diseñado para el programa).
 - Programación de seguimiento a familias de riesgo según reportes generados por el software.
 - Las familias clasificadas de riesgo alto serán visitadas mensualmente, las de riesgo medio cada dos meses y las de riesgo bajo cada 6 meses.
 - Plan de intervención para cada familia según clasificación de riesgo.
 - Durante las visitas de seguimiento, concertarán plan de mejoramiento según riesgos, buscando orientar a las familias y a los individuos para poner en práctica el plan casero de control de los factores de riesgo que alteran el bienestar y salud de las comunidades.
- Detectar riesgos sociales, comunitarios y ambientales y notificarlos al EBAPS.

¿CÓMO SE PUEDEN ALCANZAR LOS RESULTADOS ESPERADOS EN LAS FAMILIAS CARACTERIZADAS?

Para lograr los resultados esperados se deben planear las intervenciones y los seguimientos teniendo en cuenta la clasificación de los riesgos identificados:

- Intervención Equipo Básico de Atención Primaria Social
 - Intervención agentes de salud
 - Intervención actores transectoriales
-
- Familias de riesgo alto: Una visita mensual
 - Familias de riesgo medio: Una visita trimestral
 - Familias de riesgo bajo: Una visita anual.

¿QUE ES UN BANCO DE OFERTAS?

Teniendo en cuenta que cada sector e institución cuenta con un abanico de servicios para ofrecer a la comunidad en consonancia con las necesidades y riesgos detectados en la caracterización de la población, 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 antagónicos.

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



CUIDATE - CUIDAME