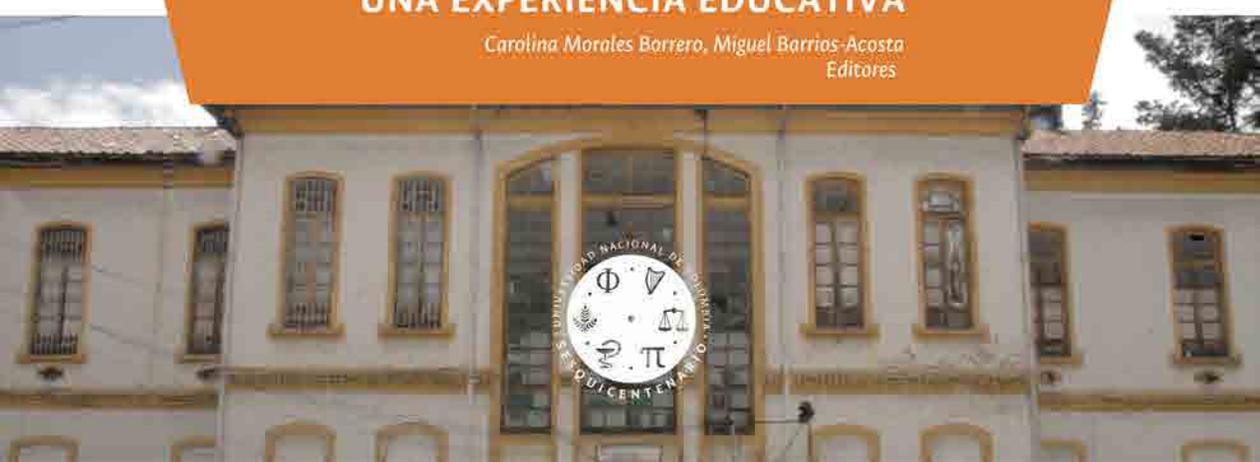




RENOVANDO LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: UNA EXPERIENCIA EDUCATIVA

Carolina Morales Borrero, Miguel Barrios-Acosta
Editores



RENOVANDO LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: UNA EXPERIENCIA EDUCATIVA

*Centro Editorial
Facultad de Medicina
Sede Bogotá*

«»

« Salud Pública y Nutrición Humana »

RENOVANDO LA ATENCIÓN
PRIMARIA EN SALUD: UNA
EXPERIENCIA EDUCATIVA

Miguel Barrios-Acosta
Carolina Morales Borrero
Editores

Bogotá, 2017

«»



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Catalogación en la publicación Universidad Nacional de Colombia

Renovando la atención primaria en salud : una experiencia educativa / Miguel Barrios-Acosta, Carolina Morales Borrero, editores. -- Primera edición. -- Bogotá : Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina, Facultad de Odontología, 2017.

1 recurso en línea (81 páginas) : ilustraciones a color, diagramas, fotografías. -- (Salud pública y nutrición humana)

Incluye referencias bibliográficas
ISBN 978-958-783-234-1 (e-pub).

1. Atención primaria de salud 2. Participación de la comunidad 3. Educación en salud 4. Promoción de la salud 5. Salud pública 8. Bogotá (Colombia) Barrios-Acosta, Miguel, 1962-, editor II. Morales Borrero, Carolina III. Serie

CDD-23 613.071 / 2017

Renovando la atención primaria en salud: una experiencia educativa

© Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá

Facultad de Medicina

Facultad de Odontología

© Miguel Barrios-Acosta, editor, 2017

© Carolina Morales Borrero, editora, 2017

© Varios autores, 2017

Primera edición, 2017

ISBN: 978-958-783-234-1 (digital)

Facultad de Medicina

Decano

Vicedecano de Investigación y Extensión

Vicedecano Académico

Coordinadora Centro Editorial

Ariel Iván Ruiz Parra

Fernando Pío de la Hoz Restrepo

Juan Manuel Arteaga Díaz

Angela Manuela Balcázar Muñoz

Facultad de Odontología

Decano

Vicedecano de Investigación y Extensión

Dairo Javier Marin Zuluaga

José Manuel Gonzalez Carreño

Preparación editorial

Centro Editorial Facultad de Medicina

upublic_fmbog@unal.edu.co

Diseño de carátula y diagramación

Said Cantor Gutiérrez

Corrección de estilo

Paula Daniela Ruiz Zamora

Corrección ortotipográfica

Javier Carrillo Zamora

Colección

Salud Pública y Nutrición Humana

Hecho en Bogotá, D. C., Colombia, 2017

Todas las imágenes de esta obra son propiedad de los autores salvo cuando se indique lo contrario. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Los conceptos emitidos son responsabilidad de los autores y no comprometen el criterio del Centro Editorial ni de las facultades de Medicina y Odontología de la Universidad Nacional de Colombia.

AUTORES

Miguel Barrios-Acosta

*Médico cirujano - Universidad de Cartagena
Especialista en Pediatría - Universidad del Rosario
Doctor en Salud Pública - Universidad Nacional de Colombia
Profesor titular - Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional de Colombia*

Carolina Morales Borrero

*Odontóloga - Universidad Nacional de Colombia
Magíster en Administración en Salud - Pontificia Universidad Javeriana
Doctora en Salud Pública - Universidad Nacional de Colombia
Profesora titular - Departamento de Salud Colectiva, Facultad de Odontología,
Universidad Nacional de Colombia*

Nicolás Alfonso Parra Valero

Estudiante de Medicina - Universidad Nacional de Colombia

Leidy Milena Castillo Velasco

Fonoaudióloga - Universidad Nacional de Colombia

CONTENIDO

Siglas y abreviaturas	11
Introducción	13
Capítulo 1. Contexto y experiencia	15
Capítulo 2. Enfoques y perspectivas de la atención primaria en salud	21
Atención primaria en salud renovada	21
Atención primaria en salud selectiva	23
Atención primaria en salud renovada en la región	23
Capítulo 3. Participación comunitaria en la salud	27
Procesos del aprendizaje insertos en la experiencia educativa	29
Planeación colectiva del diplomado	32
Convocatoria del diplomado	35
Implementación por sesiones	37
Capítulo 4. Conclusiones y recomendaciones	73
Referencias	77

SIGLAS Y ABREVIATURAS

Sigla	Definición
Apis	Atención primaria integral en salud
APS	Atención primaria en salud
APS-R	Atención primaria en salud renovada
BM	Banco Mundial
Caps	Centro de atención primaria en salud
CSDH	Centro de salud y desarrollo humano
EPS	Entidad promotora de salud
HSJD	Hospital San Juan de Dios
IAP	Investigación acción participativa
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCS	Participación comunitaria en salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RCSC	Red Colombiana de Salud Colectiva
SDS	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SPA	Sustancias psicoactivas

INTRODUCCIÓN

La atención primaria en salud renovada (APS-R) es un enfoque y una estrategia metodológica desarrollada y aplicada en la salud pública para disminuir las inequidades en salud, mejorar el acceso a los servicios sanitarios, permitir la participación comunitaria en salud y empoderar a las instituciones y a las comunidades de manera que puedan exigir, garantizar y restituir el derecho a la salud. Este enfoque se originó en la conferencia de Alma-Ata realizada en 1978 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su versión *renovada* busca corregir la acepción selectiva que se aplicó en muchas zonas del mundo, incluyendo América (OMS, 1978).

La participación comunitaria en salud y la articulación integral entre los servicios sanitarios y las redes de servicios comunitarias e institucionales —que incluyen a actores locales, técnicos, profesionales y gubernamentales— conforman el tejido social que dinamiza la APS-R. La capacitación y formación de los actores que dinamizan esta metodología en sus preceptos básicos son imprescindibles para el posicionamiento y el desarrollo de este enfoque de la salud pública. En este enfoque, la salud emerge como un derecho de las poblaciones y se desliga de su acepción utilitarista y económica.

Esta obra sistematiza la experiencia educativa del Diplomado en Líderes en Atención Primaria en Salud Renovada planteado con base en el enfoque del constructivismo pedagógico. El diplomado facilitó el encuentro, la construcción conceptual–metodológica y la práctica en APS-R por parte de actores, líderes comunitarios, profesionales, académicos y técnicos del sector de la salud. La posible puesta en marcha del Centro de Atención Primaria en Salud del Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Bogotá fue la coyuntura que brindó la posibilidad y el espacio para reflexionar y soñar con alcanzar la equidad en salud de los bogotanos.

El presente texto comienza por exponer los fundamentos que guiaron el proceso educativo. Luego, presenta el proceso metodológico y los principales resultados de las sesiones temáticas desarrolladas. Al final, incluye algunas reflexiones y conclusiones de los autores.

CAPÍTULO 1

CONTEXTO Y EXPERIENCIA

Esta obra recopila una experiencia pedagógica en APS-R construida desde el reconocimiento de los saberes y derechos de las comunidades y con la participación activa de diferentes actores sociales presentes en los microterritorios circunvecinos del Centro de Atención Primaria del Hospital San Juan de Dios (HSJD) en Bogotá. La experiencia inició con acuerdos y compromisos comunes que permitieron avanzar en la construcción, apropiación y aplicación de conocimientos a partir de la formación del talento humano. Esta formación se desarrolló en forma de diplomado con base en las perspectivas críticas en salud que interpelan a las actuales políticas y acciones que impiden el desarrollo de la APS-R. El Diplomado Líderes en Atención Primaria en Salud Integral buscó fomentar una conciencia crítica en las comunidades y promover el ejercicio del derecho a la salud en los escenarios de la vida comunitaria.

El diplomado surgió en la Universidad Nacional de Colombia a partir de la propuesta *Educación y participación comunitaria en salud: proyecto de apoyo al Centro de Atención Primaria del Hospital San Juan de Dios*, ganadora de la III Convocatoria Proyección Social Universitaria – 2012 de la Facultad de Medicina (figura 1.1). Se formuló con dos componentes: conceptual (líderes en atención primaria en salud renovada integral) y práctico (en los microterritorios), ambos orientados a identificar el valor del espacio social para el desarrollo de acciones interinstitucionales con la participación de líderes comunitarios en los microterritorios. Se desarrolló entre la Universidad

Nacional de Colombia y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS), con el fin de cualificar el trabajo comunitario mediante la cooperación entre los líderes sociales y actores institucionales y transformar las problemáticas de salud de las comunidades en proyectos de buen vivir y de cambio.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE MEDICINA
DECANATURA

RESOLUCION 0295
(Acta N° 95 de Febrero 21 de 2013)

Por la cual se declaran los ganadores de la III Convocatoria Proyección Social Universitaria – 2012, de la Facultad de Medicina

EL DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA
En uso de sus atribuciones legales y estatutarias y

CONSIDERANDO QUE:

Que el Decreto 1210 de 1993 por el cual se reestructuró el régimen orgánico de la Universidad Nacional de Colombia especifica que, la Universidad además de desarrollar programas docentes, investigativos y de extensión, que corresponden a su naturaleza, deberá adelantar por su cuenta o en colaboración con otras entidades, programas de extensión y de apoyo a los procesos de organización de las comunidades, con el fin de vincular las actividades académicas al estudio y solución de problemas sociales y económicos de la Nación.

Que el Acuerdo 036 de 2009 del CSU establece que Extensión Solidaria, comprende los programas y proyectos científicos, tecnológicos, artísticos y culturales de alto impacto social, que se desarrollan y financian total o parcialmente con recursos de la Universidad. Por medio de esta modalidad se integran los distintos campos del conocimiento y se estrechan vínculos con diversos sectores de la sociedad en busca de la inclusión social de comunidades vulnerables.

Que el Consejo de Facultad, en su sesión del 21 de febrero de 2013, acta 05, avaló la lista de proyectos recomendada por el Comité de Extensión Ad-hoc (Comité Evaluador) y aprobó la creación de los proyectos y su presupuesto en el sistema quipi.

Que considerando que la convocatoria estableció la financiación de diez millones de pesos (\$10.000.000) para cada uno de los proyectos seleccionados, se escogieron cuatro (4) proyectos.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE BOGOTÁ, FACULTAD DE MEDICINA, DECANATURA, 202
RESOLUCIÓN No. 0295 del 22 de febrero de 2013

RESUELVE

ARTICULO 1. Declarar como ganadores de la III Convocatoria Proyección Social Universitaria – 2012, de la Facultad de Medicina los siguientes cuatro (4) proyectos.

No	Titulo de la propuesta	Dependencia	Director(a)
1	EDUCACION Y PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD: PROYECTO DE APOYO AL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	MIGUEL EDUARDO BARRIOS ACOSTA
2	EXPLORACION DE PRACTICAS Y EFECTOS EN EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD, EL CONSUMO DE PSICOACTIVOS Y LA ESCOLARIDAD, CON ENFOQUE DE ATENCION PROMARIA EN SALUD DE ADOLESCENTES DEL BARRIO CALVO SUR EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	NUBIA PATRICIA FARIAS
3	PROGRAMA EDUCATIVO: CUIDANDO LA SALUD Y LA ALIMENTACION COLECTIVA DESDE LA VENTA DE ALIMENTOS EN VIA PUBLICA	DEPARTAMENTO DE NUTRICION	JHON JAIRO BEJARANO RONCANGIO
4	CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE PACIENTES SOBRE LA DISPOSICION DE MEDICAMENTOS NO CONSUMIDOS, UNA APROXIMACION A LA ECOFARMACOVIGILANCIA	DEPARTAMENTO DE CIENCIAS FISIOLOGICAS	JOSE GILBERTO ORCIZO DIAZ

ARTICULO 2. Los gastos correspondientes a los apoyos de los proyectos ganadores se ocasionan la presente resolución, causan erogación al presupuesto de la Decanatura de la Facultad de Medicina por valor de cuarenta millones de pesos milite (\$40.000.000).

ARTICULO 3. La Dirección de Extensión y la Unidad Administrativa de la Facultad de Medicina, realizarán las actividades de seguimiento al avance técnico y financiero de los proyectos mencionados en la presente Resolución.

ARTICULO 4. El listado de los proyectos ganadores se publicará en la página Web de la Facultad de Medicina. Adicionalmente, se informará a los responsables para adelantar los trámites correspondientes de acuerdo con los términos de la convocatoria.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Bogotá, D.C., a los veintidos (22) días del mes de febrero del año dos mil trece (2013)


RAUL E. SASTRE CIFUENTES
 Decano

Figura 1.1. Resolución 0295 de 2013. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Fuente: Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2013.

El panorama de la salud en Colombia, especialmente en Bogotá, demanda iniciativas colectivas con capacidad pedagógica que permitan comprender las realidades y necesidades en salud de los diferentes territorios sociales. Solo así se pueden producir impactos favorables en la calidad de vida, el buen vivir y los derechos fundamentales de las comunidades. Lo anterior implica reconocer que la atención en salud no debe enfocarse solo en tratar enfermedades en instituciones hospitalarias, sino también debe atender las necesidades colectivas e individuales con una perspectiva de determinación social e inequidad en salud (figura 1.2).

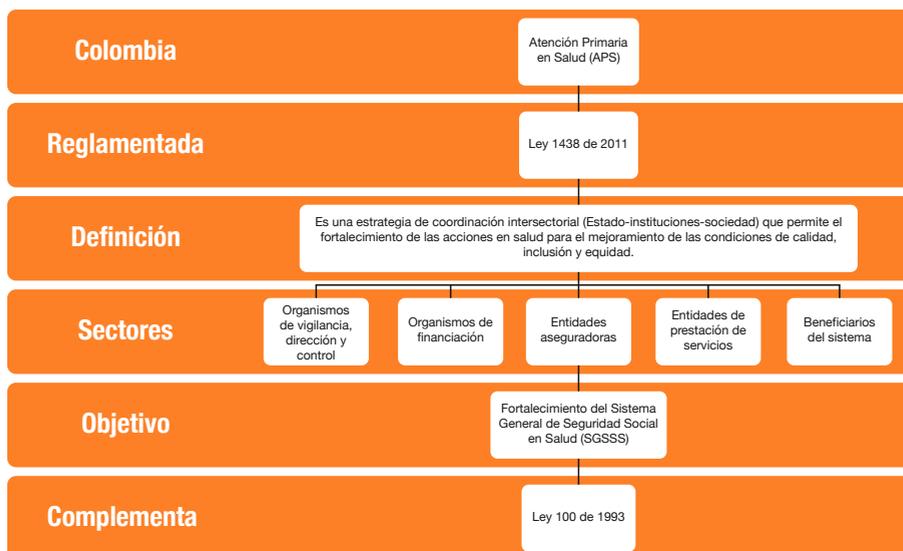


Figura 1.2. Modelo explicativo APS-R en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.

La crisis que afecta a la salud no solo se gesta y manifiesta en la prestación de los servicios, también es el producto de la invisibilización de múltiples dinámicas sociales, económicas y políticas, las cuales en vez de buscar el desarrollo digno y justo de las sociedades, ocasionan y reproducen los problemas que obligan a los ciudadanos a enfocar sus esfuerzos en la supervivencia. De este modo, no existen políticas, acciones colectivas ni movilizaciones sociales para que los ciudadanos desarrollen sus potencialidades y puedan tener bienestar, ser plenos y hacer de su territorio un lugar del buen vivir.

La educación en APS y las pedagogías de la salud brindan herramientas para mejorar la vida individual y colectiva, desarrollando en las personas capacidades cognitivas, emocionales, espirituales, sociales y políticas que les permiten participar en la apropiación del territorio para la gestión de la salud. Sin embargo, con frecuencia las experiencias educativas se limitan a desarrollar herramientas puntuales e individualizadas sin proyección y no se enfocan en generar proyectos que apuesten por el cambio o la emancipación. Por esto, la Universidad Nacional de Colombia juega un papel determinante en la formación de profesionales de la salud que no solo aprendan a diagnosticar y tratar las disfunciones corporales del ser humano, sino a participar y actuar en procesos de salud, enfermedad, atención, muerte en las comunidades e, incluso, en el desarrollo de sociedades más equitativas e incluyentes. De ahí que la formación y el trabajo de los profesionales de la salud con las comunidades requieran una reestructuración dirigida a mejorar el bienestar colectivo e in-

tegral de las mismas mediante un sistema de salud y educación universales, públicos y estatales que respondan al cambio requerido.

El *Plan Territorial de Salud. Bogotá Distrito Capital 2012–2016* de la SDS de Bogotá fue diseñado para transformar el modelo de atención en salud de la ciudad por un modelo enfocado en la APS-R, la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud y la inclusión social, factores determinantes en el desarrollo de la población (SDS, 2012). A partir de este plan se crearon los centros de salud y desarrollo humano (CSDH) con nodos en distintos lugares de la ciudad como el antiguo Hospital San Juan de Dios (HSJD), cuyo Centro de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) será uno de los centros de excelencia del proyecto *Parque científico, tecnológico y de innovación de Bogotá* que se proyecta como un referente de la red de APS del Distrito (Fergusson *et al.*, 2013).

La historia del HSJD genera controversia, ya que existen diferentes posturas, oficiales y no oficiales, sobre el origen y el desarrollo de este centro hospitalario. Sus instalaciones datan de 1926 y la institución fue creada oficialmente en 1564 por el arzobispo de Bogotá Fray Juan de los Barrios y Toledo. El HSJD funcionó inicialmente como el convento–hospital San Pedro en un terreno donado para este fin. En 1635, se delegó su administración a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. En 1723, dado que los hospitales eran considerados peligrosos, el HSJD se trasladó a las afueras de la ciudad y se construyó un nuevo edificio llamado Hospital Jesús, María y José. En 1735, adoptó finalmente el nombre de Hospital San Juan de Dios. En 1865, se fundó una escuela privada de medicina y se unió al HSJD por medio de un contrato. Este modelo educativo fue la base para la creación de la Universidad Nacional de Colombia y su posterior relación con el HSJD. En 1906, el Estado adquirió los terrenos llamados Tres Esquinas o Molinos de la Hortúa, donde se construiría en un futuro el nuevo HSJD (Fajardo, 1994). El 29 de septiembre de 2001, durante el gobierno de Andrés Pastrana Arango, los problemas estructurales de la política en salud, la administración del HSJD y su déficit financiero condicionaron el cierre de la institución (Fergusson *et al.*, 2013).

En diciembre de 2012, el convenio interadministrativo de cooperación entre el Hospital Rafael Uribe Uribe – Empresa Social del Estado y el Fondo Financiero Distrital de Salud, con el apoyo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, permitió realizar la apertura de un centro de atención primaria en salud (CAPS) renovada con enfoque familiar y comunitario en el área que correspondía a los linderos del HSJD. El Centro de Atención Primaria Hospital San Juan de Dios (CAP-HSJD) ha adoptado la APS-R como su eje de orientación. Este aún es un enfoque sin acogida en Colombia, pese a ser una de las estrategias más efectivas para consolidar el desarrollo integral de la salud de las comunidades.

En la APS-R se destaca la participación activa y organizada de la comunidad para defender sus derechos y resolver sus problemas sanitarios mediante

acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención asistencial en los diversos niveles de complejidad. Esto se logra a través de mecanismos de referencia y contrarreferencia que no impliquen solo acciones de primer nivel de atención, como se cree erróneamente. Con todo, la participación de las comunidades ubicadas en el territorio del HSJD es difícil. Esto se debe a la historia de conflictos sociales ligados al cierre del hospital, a la Ley 100 de 1993 y al uso de dicho territorio para el beneficio privado y la acumulación de capital que causaron la injusta exclusión de estas comunidades (figura 1.3).



Figura 1.3. Registro fotográfico de la jornada de recuperación del CAP-HSJD.

Estos hechos resultaron ser problemáticos para los procesos de acercamiento y participación comunitaria durante la ejecución del diplomado. Pues, durante el proceso, algunas organizaciones de base comunitaria manifestaron en distintas reuniones formales e informales su desconfianza y recelo para participar en el proyecto. Los antecedentes de incumplimiento, manipulación y maltrato hacia la comunidad y sus líderes han impedido la plena participación comunitaria en salud para la consolidación de este CAP. En este marco, se desarrolló el Diplomado Líderes en Atención Primaria en Salud Integral, que se concibió como una estrategia para producir conocimiento y facilitar la acción colectiva institucional y comunitaria en la APS-R con el fin de consolidar el CAP-HSJD.

Esta obra presenta una experiencia educativa en APS-R desarrollada entre enero y diciembre de 2014 por el Equipo de Pediatría Social y Comunitaria de la Facultad de Medicina, el Grupo Salud Colectiva de la Facultad de Odontología —ambas facultades de la Universidad Nacional de Colombia—, la SDS de Bogotá y las comunidades locales, con el objetivo de apoyar la

formulación e implementación del CAP-HSJD. La información aquí registrada puede ser útil para guiar experiencias educativas similares que permitan la consolidación de la APS-R en el país y la región. Debe tenerse en cuenta que, aunque el diplomado surgió de la línea de trabajo *Educación y participación comunitaria en salud* de la Universidad Nacional de Colombia, este libro hace referencia específicamente al proceso pedagógico mencionado. Los objetivos del diplomado fueron:

Objetivo general

- Implementar un programa de educación y participación comunitaria con énfasis en APS-R como aporte a la consolidación del CAP-HSJD.

Objetivos específicos

- Construir una propuesta pedagógica que permita ampliar los referentes de educación para la salud, APS y participación comunitaria.
- Propiciar un espacio de diálogo, debate y argumentación entre las comunidades, sus líderes y las instituciones para la visibilización y posible solución de las necesidades en salud presentes en el territorio al que pertenecen.
- Acompañar a los líderes comunitarios e institucionales a partir de la apropiación de herramientas para la participación y construcción comunitaria, con el fin de posicionar el derecho a la salud como el eje central de las políticas públicas en salud de Bogotá.
- Aportar al desarrollo de elementos reflexivos en torno a la APS-R mediante la generación de un documento que describa el proceso pedagógico.

CAPÍTULO 2

ENFOQUES Y PERSPECTIVAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD RENOVADA

A partir de la segunda mitad del siglo XX, se describe la APS como una estrategia dirigida a lograr el bienestar de todas las comunidades mediante experiencias locales con medicinas simplificadas y una respuesta social colectiva (FEO, 2015). Tiempo después, esta estrategia se institucionalizó y surgió la propuesta mundial de *salud para todos* con la declaración de Alma-Ata (OMS, 1978). En América Latina, la APS adquirió gran valor como experiencia local de mucho arraigo para las comunidades. En la actualidad, es una medida alternativa al modelo biomédico hegemónico, cuyo énfasis encuentra en la medicina simplificada una propuesta para llevar salud a las regiones excluidas de los sistemas de salud (FEO, 2015).

La medicina simplificada se entiende como la prestación de servicios integrales de salud a poblaciones dispersas o con dificultades de acceso por barreras territoriales y geográficas. Esta metodología cuenta con el apoyo de personal entrenado en servicios organizados que permiten asegurar la supervisión, referencia y contrarreferencia de los pacientes. En Venezuela, desde 1962 pobladores de diferentes regiones se entrenaron en APS para convertirse en auxiliares de medicina simplificada y, así, poder cubrir más de 3 000 centros ambulatorios rurales (González, 1968). Asimismo, en Centroamérica se idearon alternativas para proteger la salud de las comunidades con base en

los programas de salud comunitaria, que fueron influenciados por la teología de la liberación y las ideas de Paulo Freire sobre la educación popular (Zúñiga, 2003). Algunas de estas propuestas se desarrollaron a partir de metodologías como la *planificación y evaluación participativa e integral* (PEPI) (De Vos *et al.*, 2011), que se enfocan en la participación de las comunidades. Estas metodologías han facilitado ejercicios interculturales en los que la autonomía y los recursos propios juegan un papel importante en la negociación sobre la salud comunitaria. En 1978, la OMS estableció la importancia de la APS mediante la siguiente acepción:

El cuidado sanitario esencial basado en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (OMS, 1978, p. 1)

A partir de la *Declaración de Alma-Ata* (OMS, 1978), la APS es el enfoque de los sistemas nacionales de salud de cada país y el primer contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema sanitario. Esta estrategia incorpora perspectivas de salud como, por ejemplo, el estado de bienestar físico, mental y social, el derecho humano fundamental y la intersectorialidad con escenarios económicos y políticos que garantizan la calidad de vida. Asimismo, promueve la participación individual y colectiva al sostener que la salud de los individuos es evidencia de las condiciones económicas, socio-culturales y políticas de un país, y que los procesos de prestación de servicios sanitarios deben integrar acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para solucionar los problemas de las comunidades.

Desde este punto de vista, la APS propone reorganizar los recursos de los servicios de salud para facilitar el acceso a los distintos niveles de atención mediante redes de servicios, según las necesidades de los ciudadanos (OPS, 2007). La atención primaria en salud no debe limitarse a atender diversas enfermedades, sino que debe involucrar acciones de otros sectores y disciplinas con el fin de promover el buen vivir. Por ello, la APS-R debe superar el énfasis en los servicios de salud para ser integral, actuar en los espacios en los que se desarrolla la vida de las comunidades, y resolver con la participación de todos los problemas de salubridad que aparecen con y por la reproducción de las inequidades de salud en todo el mundo.

La implementación de la APS en América no siguió los lineamientos y metas establecidas en la *Declaración de Alma-Ata* (OMS, 1978) por razones de índole política y socioeconómica. Por el contrario, al principio se adoptó una propuesta que contradecía la esencia de dicha estrategia: la APS selectiva.

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD SELECTIVA

En los años 80, se realizaron importantes reformas económicas y políticas en América para impulsar la «neoliberalización» de la salud según los lineamientos establecidos en el Consenso de Washington (Moncayo, 2003). En general, estas reformas consistían en la reducción del tamaño de los Estados y la participación del sector privado en la administración de los servicios públicos, incluidos los del sector de la salud. Esto incrementó la desigualdad social y las inequidades en salud, pues de esta forma se excluyó la perspectiva de la determinación social de la salud y se consolidaron programas con enfoques curativos desde la biomedicina.

La APS selectiva que se consolidó en América consistía en la aplicación de programas específicos de relativo bajo costo dirigidos a las poblaciones más pobres en los primeros niveles de atención en salud. Se originó en la conferencia internacional Salud y Población en Desarrollo en Bellagio (Italia) impulsada por la Fundación Rockefeller en 1979. Este enfoque redujo la APS a unos pocos servicios de salud como la provisión de sales de rehidratación oral, las inmunizaciones y la lactancia materna, dirigidos a los sectores más pobres de la población (Testa, 1988; Giovanella y Magalhães, 2008).

En concreto, la APS selectiva se desarrolla mediante un programa de la UNICEF denominado GOBI (por su sigla en inglés) que incluyó: control del crecimiento (*grow monitoring*), rehidratación oral (*oral rehydration*), lactancia materna (*breast feeding*) e inmunizaciones (*immunization*). El programa GOBI «curiosamente no incluye la principal causa de morbilidad infantil, la enfermedad respiratoria aguda» (Apraez, 2010, p. 32). Tiempo después, a este grupo se incorporaron la suplementación de alimentos (*food supplementation*), el control prenatal (*family planning*) y la educación sexual (*female literacy*), por lo que el programa se denominó GOBI-FFF (Apraez, 2010).

En general, la APS selectiva desarrolla y promueve la propuesta de cobertura universal de la OMS y el Banco Mundial, la cual es útil para el mercado, puesto que implica el aseguramiento con participación protagónica del sector privado (Heredia *et al.*, 2014).

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD RENOVADA EN LA REGIÓN

Este enfoque de la APS surgió en la celebración de los 25 años de la *Declaración de Alma-Ata* en 2003, en la que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS promovieron el análisis y la evaluación de la APS. Se extrajeron las lecciones aprendidas en los primeros 25 años y se propuso la denominada

atención primaria en salud renovada (APS-R), que se complementa con las redes integradas de servicios de salud y los sistemas de salud basados en la APS.

Para hacer realidad el relanzamiento de la APS fue indispensable hacer cambios sustanciales. Por ejemplo, hubo que cambiar el paradigma de la enfermedad por el de la salud, fortalecer los sistemas públicos y los universales de salud, y generar nuevos modelos de atención y gestión con participación real de las comunidades y organizaciones sociales (OPS, 2007).

En este libro, se asimila la APS integral a la APS-R, la cual propone la transformación de la salud a partir de la incorporación de principios, valores y políticas para concebir la salud como un derecho humano. Por ello, busca responder a los determinantes sociales y políticos de la salud al incorporar los preceptos de acceso, financiamiento, regulación, participación social e intersectorialidad. Sin embargo, hasta el momento solo se ha realizado un proceso de planeación en salud sin obtener los cambios esperados (Macinko *et al.*, 2007). Esto obedece a que en los sistemas sanitarios y financieros de los Estados convergen distintos intereses de diferentes actores como la producción farmacéutica, la producción de conocimiento, la tecnología, la explotación de recursos naturales y la acumulación de capital. Cada sector interpreta la APS según sus conveniencias (Rovere, 2012). En la actualidad, en vez de ser el primer acceso a los sistemas de salud, la APS es con frecuencia una barrera más para acceder al sistema, un costo adicional para las comunidades e, incluso, una medicina simplificada para pobres.

En este contexto, la APS-R facilita la articulación intersectorial en la región con el fin de transformar las fallas documentadas en nuevos lineamientos. Para ello, se han vinculado organismos tales como la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y la Red Colombiana de Salud Colectiva (RCSC) con el propósito de: a) construir, defender y proteger sistemas públicos universales de salud, y b) aplicar perspectivas críticas en salud que contribuyan a develar las múltiples formas de la determinación social y las inequidades de salud en la región.

A partir de las perspectivas críticas de la salud, la APS toma como fundamentos los aportes de Walsh (2009), Labonte *et al.* (2009) y Breilh (2015) para organizar los sistemas de salud y la sociedad con base en tres ejes:

- Comprender la salud mediada por apuestas ético-políticas y conceptos amplios, complejos e integrales, cuya materialización colectiva implica el compromiso de los actores sociales con las comunidades.
- Abordar la salud como un objeto de estudio complejo y diverso que requiere de varias disciplinas y sectores para la concreción de proyectos saludables y sustentables.
- Involucrarse con la salud y entenderla como un campo social, en el que convergen intereses, actores y acciones en disputa por capitales sociales de

gran valor para la humanidad que son de uso público y colectivo y requieren el desarrollo de capacidades resolutivas sobre las inequidades en salud.

Para identificar y ayudar a resolver las necesidades y problemas en salud de las comunidades, se deben tener en cuenta conceptos y valores como la equidad, la determinación social de la salud, la participación comunitaria en salud, la formulación de políticas públicas saludables, la planeación consensuada de los programas de salud, la producción, distribución y consumo equitativo tanto de los bienes como de los servicios que favorecen la salud, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, entre otros.

Asimismo, la interculturalidad es un componente esencial de la APS-R que busca «romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas y, de esa manera, reforzar las identidades tradicionalmente excluidas para construir, tanto en la vida cotidiana como en las instituciones sociales, un convivir de respeto y legitimidad entre todos los grupos de la sociedad» (Walsh, 2008, p. 41).

CAPÍTULO 3

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA SALUD

La participación comunitaria en salud (PCS) es uno de los pilares centrales de la APS-R. A partir de la *Declaración de Alma-Ata* (OMS, 1978) y la *Carta de Ottawa para la promoción de la salud* (OMS, 1986), se planteó la necesidad de que la PCS definiera el tipo de APS y el desarrollo de sus líneas de acción. La PCS ha tenido diversas orientaciones según los diferentes valores y apuestas ético-políticas definidas en el marco de la APS. Entre sus enfoques, el instrumental-funcional para los sistemas sanitarios implica una participación comunitaria manipulada para el cumplimiento de propósitos, metas, objetivos y acciones establecidos por la institucionalidad oficial del sector de la salud. Con frecuencia, este enfoque de PCS se asocia con la APS-S. En Colombia, la PCS se encuentra distorsionada, ya que, aunque la reforma al SGSSS (Ley 1438, 2011) la define desde la APS-R, en realidad la implementa mediante la APS-S. Esta ley define la APS como:

Una 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. (Ley 1438, 2011. art. 12)

No obstante, la implementación de dicha ley se circunscribe solo a la ejecución del Plan Nacional de Desarrollo 2010–2014, el cual orienta la APS hacia la resolución de las necesidades de la nación sin tener en cuenta las necesidades de las comunidades. La distorsión política actual de esta estrategia consiste en asegurar la igualdad de oportunidades, reducir las brechas sociales y regionales, y mitigar la pobreza.

Aun así, subordinar la APS a los lineamientos de la planificación concertada por todos los actores del SGSSS como fundamento del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) ubica esta estrategia en las redes integradas de los servicios de salud, a la cual se accede mediante la Ley 100 de 1993, es decir, mediante las barreras de acceso que existen en el sistema de salud colombiano. Por lo tanto, la PCS obliga a todas las comunidades del país a usar los servicios de salud ofrecidos por esta ley, puesto que es la única alternativa democrática para estas comunidades. El PDSP se centra en los siguientes tres ejes estratégicos:

- Buen gobierno para la prosperidad democrática.
- Desarrollo social, integral e igualitario para la población.
- Crecimiento económico sostenible. Esto implica que la APS solo puede realizarse si hay prosperidad democrática y crecimiento económico; de lo contrario, se usan los recursos de la salud en acciones que no resuelven las demandas individuales de los pacientes. La distorsión hace de la APS una necesidad sujeta a la rentabilidad del sistema de salud. (Resolución 1841, 2013)

Desde la reforma al sistema de salud del país, algunas aseguradoras como Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales de Colombia (COOMEVA), Salud Total EPS, Servicio Occidental de Salud (SOS), EPS Comfenalco Valle, Coosalud ESS-EPSS, Mutual Ser y Javesalud han utilizado la APS-s como un instrumento para la contención de costos y una puerta de entrada a servicios de atención de enfoque biomédico y curativo.

Este uso de la APS-s también ha contribuido a la inducción de la demanda, pues genera expectativas en la población y brinda pocas soluciones a la problemática en salud. En otras palabras, genera mayor insatisfacción en los usuarios y produce índices bajos de resolución de problemas de salud y seguridad social (Defensoría del Pueblo, 2014). Esto es consecuencia de abordar la problemática de salud comunitaria desde una visión fragmentada de la salud, bajo un esquema de aseguramiento que desconoce los determinantes de las inequidades en salud, la participación social, la PCS y el trabajo intersectorial.

Los procesos de participación comunitaria informados y gestados a partir de las necesidades de la población se transforman en actividades que solo responden a una obligación contemplada en la ley, realizadas por sujetos en sus territorios sin diagnósticos consensuados con los ciudadanos. Esto se presenta como una participación real y efectiva de las comunidades sin serlo en la realidad. De este modo, la PCS se convierte en un instrumento de legitimación de la APS-S mediante su misma práctica, al dejar la participación real de las comunidades, como se contempla en la APS-R, en un plano irrealizable.

A nivel territorial, el organismo encargado de coordinar la PCS es el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Sin embargo, aún debe promoverse la práctica de la PCS con las comunidades, para trascender la costumbre de usar a la población para recolectar información y de legitimar las decisiones tomadas con antelación por los gobiernos locales con base en la Ley 1438 de 2011.

Por lo anterior, es necesario acordar planteamientos ético-políticos del accionar de la PCS en la APS-R a partir de los actores comunitarios, quienes, desde la comprensión de las realidades locales y las dinámicas comunitarias propias, aportan su saber y poder para intervenir la salud colectiva en sus comunidades. La participación comunitaria en salud involucra procesos más amplios, dinámicas de intercambio y diálogos entre las instituciones, los gobernantes y las comunidades para dar respuestas sociales en salud y bienestar a las comunidades (De Vos *et al.*, 2011).

Si la PCS se apropia de conceptos, valores y proyectos en la salud, entonces las comunidades podrán participar en la construcción colectiva del conocimiento y la acción en salud, con aspectos sociales, culturales, económicos y políticos para la defensa, la exigibilidad y la garantía, que constituyen los aspectos comunitarios del derecho a la salud.

PROCESOS DEL APRENDIZAJE INSERTOS EN LA EXPERIENCIA EDUCATIVA

En la experiencia educativa de este proyecto se seleccionó la teoría pedagógica del aprendizaje significativo, que se construye con y por los participantes, considerando los distintos saberes de su cultura y las complejas condiciones de su contexto. Esto implica construir una propuesta alternativa a la educación tradicional, que evite institucionalizar los problemas en salud y que genere transformación social al poner en contacto a los participantes de las comunidades con las situaciones que se busca modificar, mediante diferentes enseñanzas, contenidos, prácticas, acciones, actitudes o valores relacionados con su contexto.

El aprendizaje significativo relaciona la nueva información con los conocimientos y experiencias previas que poseen los participantes. Además, hace

uso de materiales y contenidos de aprendizaje que tienen un significado lógico en la situación a intervenir. Dicho aprendizaje no se limita a la enseñanza o reflexión sobre nuevos conceptos, sino que se enfoca en procedimientos, actitudes y valores que, por su pertinencia, permiten generar una transformación de lo cotidiano. De ahí que el significado de este nuevo aprendizaje se pueda constatar en el cambio que genera en los participantes.

Esta es la esencia del enfoque constructivista de la educación. Esta escuela de aprendizaje no se limita a promover el desarrollo psicológico e intelectual de los estudiantes (Piaget, 1968) ni a afectarlos socioculturalmente (Vigotsky, 1978). Busca incentivar el diálogo entre el sujeto —los participantes— y el objeto —la situación a intervenir en un contexto dado—, en el cual ocurre la enseñanza. El aprendizaje significativo en APS-R genera nuevo conocimiento en salud, que es útil en las dimensiones conceptual (saber qué), procedimental (saber hacer) y valorativa (saber ser) (Ramírez, 2005).

Investigación acción participativa en la experiencia educativa de atención primaria en salud renovada

La investigación acción participativa (IAP) en América Latina tiene dos vertientes: una pedagógica, asociada al trabajo de educación popular de Paulo Freire, y otra sociológica, vinculada a la propuesta de Orlando Fals Borda (Torres, 2015). En la experiencia educativa del presente libro, la IAP se relaciona de dos formas:

- Manteniendo una relación con la lógica del aprendizaje significativo de las comunidades participantes, con base en una educación liberadora, para fomentar la organización sociopolítica de las comunidades y la investigación participativa.
- Sosteniendo una estrecha relación con la APS-R, la cual busca fortalecer y desarrollar las comunidades para el buen vivir.

En este contexto, la IAP implica reconocer claramente las diferencias, el contexto territorial y los actores en conflicto para generar cambios favorables hacia la promoción del bienestar y la emancipación de las causas de los sufrimientos sociales. La IAP se enfoca en articular la acción y el conocimiento, el sujeto y el objeto de conocimiento, los investigadores y los sujetos populares. Asimismo, promueve la convivencia de saberes académicos y populares para la creación y el uso de conceptos con un nuevo papel de la ciencia. Las ciencias sociales y humanas adquieren un sentido diferente ante las realidades que constituyen la base de la IAP. De la interacción entre las ciencias sociales y las ciencias naturales no funcionalistas surgen propuestas bajo premisas marxistas como la APS-R.

El enfoque crítico en la producción de conocimiento que caracteriza a la IAP es esencial para la APS-R, pues la participación activa y el diálogo de los sujetos involucrados en un intercambio de saberes fomenta la creación de organizaciones críticas y autónomas, con capacidad de acción para lograr mejores condiciones de vida. Por todo lo anterior, la IAP se configura como principio de organización y acción esencial para las estrategias que, como la APS-R, buscan la emancipación de las comunidades.

Actores sociales y comunitarios en la atención primaria en salud renovada

Algunos actores sociales y comunitarios se pueden destacar como actores políticos integrantes de la experiencia en APS-R, ya que poseen características y diferencias arraigadas en la participación política, el liderazgo comunitario y la organización territorial, tres de las categorías centrales de la APS. Los actores políticos son esenciales en la APS-R, pues se relacionan con la historia sociopolítica de la salud —especialmente la de Bogotá, en donde tiene lugar la experiencia aquí relacionada— y con la criminalización de la protesta en Colombia. Autores como Zibechi (2007), Touraine (1987), Tilly y Tarrow (2006) orientaron la definición del actor político, sin perder de vista la importancia de la acción colectiva.

La acción sociopolítica de la salud en Bogotá y en Colombia se ve afectada por las violencias y la polarización entre los actores del conflicto armado interno. Esto impide que se organice un verdadero movimiento social de salud en la capital y permite que, en su lugar, abunden acciones de resistencia en contra de la privatización de la salud y del maltrato que ocasiona el sistema de salud colombiano vigente desde 1993. En este contexto, los actores sociales de la APS-R enfrentan dificultades para constituirse políticamente frente al Estado debido, en su mayoría, a la relación que existe entre los actores comunitarios y la economía nacional. En su carácter marginal e informal, esta relación es distinta a la que existe entre los actores constituidos políticamente y la economía basada en la clase social.

En consecuencia, toda experiencia de APS-R debe tener en cuenta que las comunidades involucradas en el proceso de cambio se enfrentan a estructuras de poder arraigadas y a ambientes hostiles, y requieren de alianzas, negociaciones e interacciones participativas para lograr sus metas. Sin embargo, la escasa repartición equitativa y autónoma del poder sobre la salud de las comunidades limita la APS-R y obliga a las comunidades a tomar de decisiones individuales y deshacer la acción colectiva. Por esto, es necesario un trabajo de participación política y aprendizaje colectivo que facilite el desarrollo de acciones colectivas, movilización y organización social.

En síntesis, la experiencia educativa descrita a continuación buscó que los participantes se involucraran con firmeza en un proceso político y participativo dirigido a la autoconciencia, al empoderamiento y la construcción de un aprendizaje colectivo. Esto con el fin de brindar garantías en salud, generar alternativas de participación política y producir acciones colectivas de impacto para la APS-R. En esta experiencia, la IAP permite a las comunidades identificar los problemas y desarrollar soluciones prácticas para proponer cambios en las políticas y construir aprendizajes significativos para otros actores políticos como, por ejemplo, los formuladores de políticas, los profesionales y las instituciones de salud.

Proceso metodológico

Como ya se ha expuesto, la experiencia educativa materializada en el Diplomado Líderes en Atención Primaria en Salud Integral surgió a partir de la propuesta *Educación y participación comunitaria en salud: proyecto de apoyo al Centro de Atención Primaria del Hospital San Juan de Dios*, ganadora de la III Convocatoria Proyección Social Universitaria – 2012 de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia (Resolución 0295, 2013), en el marco de la extensión solidaria orientada a la inclusión social de las comunidades vulnerables. La propuesta contó con el apoyo de la Vicedecanatura de Investigación y Extensión de la Facultad de Medicina, el Departamento de Pediatría de la misma facultad y el Departamento de Salud Colectiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, para fortalecer la línea de trabajo sobre educación y participación comunitaria en salud.

PLANEACIÓN COLECTIVA DEL DIPLOMADO

Para la ejecución del diplomado, se conformó un equipo gestor con integrantes de las facultades de Medicina y Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, líderes del trabajo comunitario en salud de los microterritorios adyacentes al HSJD y los actores institucionales de salud pública de la SDS. Asimismo, se contó con la participación de expertos en trabajo comunitario y salud pública colombiana, quienes hicieron su aporte al proyecto desde escenarios de debate y formación. La agenda inicial acordada por el equipo gestor para el diplomado se presenta en la tabla 3.1.

Tabla 3.1. Agenda inicial del Diplomado Líderes en Atención Primaria en Salud Integral.

Tópicos	Elementos a desarrollar
Quiénes toman parte: Conocerse	Diálogo de reconocimiento
Bases del programa y acuerdos	Expectativas Definición de objetivos Presentación del programa
Territorios	Conceptos de territorio y comunidad
Ciudad salud y territorio	Exploración de conocimientos de los asistentes sobre proyecto Ciudad Salud Contrastes de las propuestas de los documentos oficiales con las realidades e imaginarios sociales de las comunidades
Proyecto Ciudad Salud	Sin intervención, escenarios ideales, posibles y con trabajo
Cartografía y territorio	Mapeo de los conflictos del territorio y sus actores comunitarios e institucionales Mapeo del territorio y sus actores comunitarios e institucionales desde la planeación estratégica
Territorio y propiedad	Mapeo del territorio según los intereses relacionados con la propiedad de la tierra y el Proyecto Ciudad Salud Mapeo del territorio según los intereses relacionados con la propiedad, el proyecto Ciudad Salud y sus respectivas estrategias de acción
Territorio y salud	Mapeo del territorio según la comprensión del proceso salud-enfermedad Mapeo del territorio según los problemas y los recursos existentes para la salud
Herramientas jurídicas para la defensa y uso social del territorio	Acción de tutela y derechos de petición
Derecho a la salud	Conceptos y proyecciones
PEPI I	Primera parte de la metodología de planificación y evaluación participativa e integral (PEPI)
PEPI II	Segunda parte de la metodología de planificación y evaluación participativa e integral (PEPI)
APS-R	Conceptos y contextos de APS, diferencias y experiencias de APS
Nutrición comunitaria I	Seguridad y soberanía alimentaria en los hogares Promoción de nutrición sana I

Tópicos	Elementos a desarrollar
Nutrición comunitaria II	Seguridad y soberanía alimentaria en los hogares Promoción de nutrición sana II
Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) I	Lineamientos básicos de AIEPI comunitaria Manejo de rotafolio Censo comunal Herramientas de visitas domiciliarias (primera parte)
Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) II	Lineamientos básicos de AIEPI comunitaria Manejo de rotafolio Censo comunal Herramientas de visitas domiciliarias (segunda parte)
Salud sexual y reproductiva I	Derechos sexuales y reproductivos (primera parte)
Salud sexual y reproductiva II	Derechos sexuales y reproductivos (segunda parte)
Sustancias psicoactivas (SPA) I	Conceptos de riesgo y escalada en el consumo de SPA Reducción de riesgo y daño Redes comunitarias protectoras (primera parte)
Sustancias psicoactivas (SPA) II	Conceptos de riesgo y escalada en el consumo de SPA Reducción de riesgo y daño Redes comunitarias protectoras (segunda parte)
Medicina popular y uso racional del medicamento	Visión y concepto de salud dado por la comunidad Formas en que la comunidad afronta los problemas en salud
Formulación de proyectos sociales en salud I	Análisis básico sobre el tema a intervenir Modelo causal Tabla de ranqueo Tabla IPRI Modelo dinámico Plan operacional
Formulación de proyectos sociales en salud II	Análisis básicos sobre el tema a intervenir Modelo causal Tabla de ranqueo Tabla IPRI Modelo dinámico Plan operacional
Formulación de proyectos sociales en salud III	Análisis básicos sobre el tema a intervenir Modelo causal Tabla de ranqueo Tabla IPRI Modelo dinámico Plan operacional
Socialización de proyectos	Presentación a la comunidad de los proyectos propuestos Compromisos colectivos
Evaluación	

Esta agenda se proyectó con una intensidad horaria de 70 horas presenciales y una frecuencia de 2 días a la semana (4 horas los sábados y 2 horas y media los miércoles). Se proyectaron también 18 horas prácticas en los territorios locales y 30 horas no presenciales dedicadas a la formulación de proyectos y el fortalecimiento conceptual. Las acciones de caracterización y reconocimiento de las problemáticas se desarrollaron en espacios itinerantes en cada microterritorio.

La metodología de abordaje, capacitación y formación del diplomado se sustentó en elementos de la IAP, en algunas experiencias significativas de trabajo comunitario en salud y en elementos del campo social de la educación popular, que permitieron construir el proceso de enseñanza. El diplomado contó con los conocimientos y diagnósticos iniciales de los actores comunitarios participantes y tomó en cuenta las problemáticas de salud presentes en los microterritorios locales. De este modo, se gestó un diálogo de saberes y una negociación entre los distintos participantes en relación con los contenidos, métodos pedagógicos, materiales didácticos, tiempos y cronograma. Esto permitió ajustar la agenda a las necesidades del grupo.

En el desarrollo del diplomado, la práctica, el contexto específico de la acción social, las necesidades de la comunidad participante y los vacíos encontrados conllevaron la transformación del programa inicial durante la ejecución, tal como sucede en todo proceso de producción, participación o investigación social. El programa final incluyó 13 sesiones conceptuales descritas en la sección de resultados, dentro de las cuales se desarrollaron tres sesiones dedicadas a la presentación de proyectos basados en la metodología PEPI que realizaron tres subgrupos creados según los territorios en los que vivían o trabajaban los participantes. Por petición de los participantes y por razones logísticas, las sesiones se realizaron de forma itinerante, en los territorios en que vivían o trabajaban los participantes del diplomado. La mayoría se realizaron en un centro comunal.

CONVOCATORIA DEL DIPLOMADO

Este proceso lo lideró un equipo facilitador orientado en dos direcciones: la institucional y la comunitaria. Se convocaron funcionarios del nivel central de la SDS con cargos de coordinación territorial y empleados de los tres hospitales locales adjuntos al HSJD que ejecutan el Plan de Intervenciones Colectivas de la SDS: Hospital Rafael Uribe Uribe, Hospital San Cristóbal y Hospital Centro Oriente.

Al principio, la convocatoria dirigida a los agentes comunitarios fue realizada por miembros del equipo coordinador que adelantaban trabajos en atención primaria dentro del territorio. La vinculación de otros actores y líderes comunitarios fue producto de la invitación realizada por personal de los hospitales, operadores del Programa Territorios Saludables y líderes comunitarios (figura 3.1).



Figura 3.1. Folletos de la convocatoria.

El uso de herramientas comunicativas con información sobre el proceso —como el folleto— facilitó la convocatoria. Estas herramientas se distribuyeron entre miembros de las comunidades, líderes institucionales y estudiantes universitarios interesados. Del mismo modo, se establecieron mecanismos de interlocución con algunos actores comunitarios para escuchar sus dudas, inquietudes o sugerencias respecto al proceso. De esta manera, se conformó un grupo inicial de 71 personas que participaron en el diplomado; su distribución se presenta en la figura 3.2.

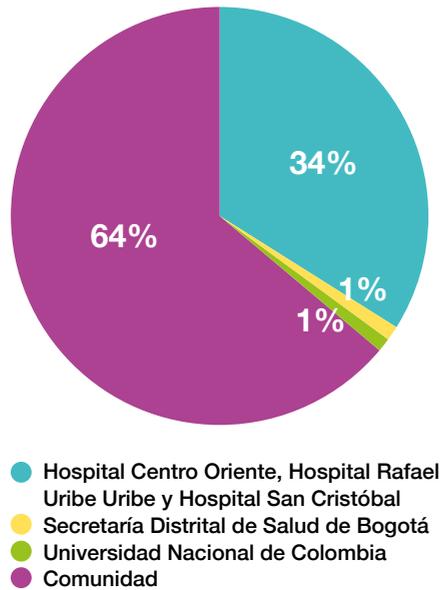


Figura 3.2. Participantes del diplomado.

La convocatoria tuvo gran acogida y fue necesario ampliar la cobertura, de manera que se vincularon 108 participantes en total. La dinámica del trabajo comunitario tenía implícita la participación fluctuante de un porcentaje de los asistentes. El grupo estable de asistentes durante todo el diplomado fue de 50 a 60 personas en promedio.

IMPLEMENTACIÓN POR SESIONES

El Diplomado Líderes en Atención Primaria en Salud Integral se desarrolló en 13 sesiones, en las que se identificaron y analizaron los principales problemas de salud de la comunidad desde los contextos locales. Para ello, se incorporaron a las discusiones los conceptos y enfoques de territorio y cartografía social, así como las dinámicas, conceptos y procesos de determinación social de la salud y la APS. A su vez, se promovió y fortaleció la participación comunitaria en salud mediante la apropiación de herramientas de planeación y ejecución de proyectos comunitarios dinamizados desde la transectorialidad.

Antes de presentar de forma detallada cada una de las sesiones, se mostró a los participantes un esquema que resumía el proceso pedagógico y las acciones planeadas para cada una de las sesiones, especificando los objetivos, las principales actividades y la metodología. La tabla 3.2 sintetiza el desarrollo de cada sesión e incluye una reflexión sobre los hallazgos más importantes.

Tabla 3.2. Resumen de cada sesión del diplomado.

Tópico por sesión	Objetivo	Tipo de actividades	Didáctica	Hallazgos
Diálogo de reconocimiento	Lograr una cohesión grupal en torno al diplomado.	Lúdicas Coloquio	Se expone la apuesta política del proceso. Se expone la meta de fomentar la participación comunitaria mediante la apropiación de la metodología PEPI.	Se identifican las relaciones de poder entre los participantes.
Cartografía social	Correlacionar las necesidades en salud con el territorio.	Hacer una cartografía social.	Se construyen mapas de los significados y el sentido social de las problemáticas relacionadas con la salud en los territorios, incorporando los procesos de determinación social de dichas problemáticas.	Se complejiza la comprensión del territorio como un espacio de disputa en donde intervienen poderes e intereses culturales, sociales, políticos, económicos, entre otros.
Territorio social en salud	Facilitar la apropiación política del concepto de territorio.	Construir conocimiento a partir del diálogo de saberes.	Se contrastan los problemas de salud identificados dentro de los territorios con la respuesta institucional de la salud pública.	Se evidencia la desigualdad entre las acciones institucionales realizadas por los gobiernos locales y las necesidades e intereses de las comunidades.
Gestión de la salud con base en el territorio	Analizar críticamente la gestión en salud a partir del Proyecto Ciudad Salud.	Foro Proyecto Ciudad Salud y Territorio	A partir de exposiciones de distintos tipos de actores (agentes institucionales, académicos y líderes sociales), se analizan en un foro temático las distintas dinámicas relacionadas con la gestión oficial de la salud en el territorio.	Se comprende que la gestión en salud en el centro histórico de la ciudad se gesta desde los preceptos del neoliberalismo aplicado a la comercialización de la salud. Este tipo de apuestas y proyectos ignoran las necesidades e intereses de los moradores locales y tienen efectos directos sobre la condición de vida de los participantes.

<p>Metodología PEPI y modelo causal comprensivo</p>	<p>Brindar herramientas para el trabajo comunitario en salud mediante la apropiación del modelo causal comprensivo y la metodología PEPI.</p>	<p>Realizar un modelo causal comprensivo de la metodología PEPI a partir de la selección grupal del principal problema de salud priorizado.</p>	<p>Se ejecuta en grupos el modelo causal a partir de la definición colectiva del principal problema de salud para la comunidad.</p>	<p>Priorizar el mayor problema de salud para una comunidad es una decisión política y estratégica. Las lógicas de comprensión de los problemas de salud son distintas para los actores comunitarios y los institucionales. Una de las fortalezas del modelo causal es que permite contemplar algunas posibles soluciones.</p>
<p>Planeación y metodología PEPI (tabla de selección)</p>	<p>Hacer que la comunidad se apropie de la metodología PEPI para seleccionar y priorizar problemas e intervenciones.</p>	<p>Realizar un listado de problemas locales relevantes de salud Realizar un listado de criterios de selección.</p>	<p>Discusión grupal y definición consensuada de los criterios para hacer la selección con base en las dinámicas, recursos y necesidades locales.</p>	<p>La violencia (seleccionada por dos de los tres subgrupos) y el consumo problemático de sustancias psicoactivas se identificaron como los principales problemas de salud de las comunidades locales participantes. Se identificó la escasa formación de los participantes sobre estrategias efectivas de carácter comunitario para abordar y transformar dichas problemáticas.</p>
<p>PEPI – Tabla IPRI</p>	<p>Hacer que los participantes se apropien de la metodología PEPI y la tabla IPRI para realizar la planeación e intervención del problema seleccionado.</p>	<p>Identificar los insumos, procesos, resultados e impactos relacionados con la intervención de los respectivos problemas de salud seleccionados por los participantes.</p>	<p>Proponer la definición de una única intervención por cada subgrupo para abordar y mejorar sus respectivos problemas de salud. Esto permitirá que se identifiquen los componentes de la tabla IPRI.</p>	<p>Se tienden a priorizar los recursos materiales y físicos sobre los humanos. Esto se ha interpretado como un indicador de confianza en la capacitación y formación de los participantes. Los procesos comunitarios tienden a ser subvalorados por parte de las instituciones.</p>

Tópico por sesión	Objetivo	Tipo de actividades	Didáctica	Hallazgos
PEPI como modelo dinámico	Adaptar la herramienta metodológica PEPI a un modelo dinámico que permita hacer una representación gráfica sobre cómo operará la intervención seleccionada.	Plasmar colectivamente en un gráfico los insumos de la tabla IPRI, previamente hecha, incluyendo la secuencia temporal y estratégica de la acción colectiva.	Comprender las relaciones que se pueden establecer entre los insumos, procesos, resultados e impactos; es decir, hacer comprensible y lógica la intervención.	Se hacen evidentes los retos y las complejidades de la intervención. Se identifican aspectos que no se habían contemplado en las fases previas, lo cual permite completar y modificar la tabla IPRI. Se entiende que el trabajo comunitario en salud tiene un tiempo de acción diferente al institucional.
APS-R	Apropiar el concepto, paradigma y metodología de la APS-R, incorporando el enfoque de determinación social de la salud como un elemento esencial para la salud pública.	Conferencia del contexto de APS-R en Colombia	Con base en la presentación conceptual de las distintas perspectivas de APS —entre ellas la APS-R—, se discute y debate colectivamente sobre la implementación de la APS-R en el contexto de la ciudad y el país.	Se identifica la APS-R como paradigma para posicionar la salud como derecho humano y facilitar la equidad, solidaridad y sustentabilidad de los servicios de salud. La APS-R promueve un enfoque familiar y comunitario que facilita el primer contacto de individuos, familias y comunidades con otros sectores distintos a la salud. Además, fomenta la atención integral y disminuye las inequidades en salud. La APS-R posibilita el acceso a los derechos colectivos en salud a partir del trabajo en los microterritorios a los que pertenecen los participantes.

<p>Acciones comunitarias en salud</p>	<p>Promover la participación comunitaria en la APS-R.</p>	<p>Exposición de una experiencia de trabajo institucional que se dedica a la restitución y garantía de los derechos en salud.</p>	<p>Discusión sobre la aplicación de herramientas legales que facilitan la restitución y garantía de los derechos en salud.</p>	<p>En el trabajo comunitario se han transformado e incorporado las herramientas tecnológicas comunicativas y de la información. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han permitido la participación comunitaria en torno a problemáticas locales y globales como las relacionadas con el medio ambiente. Se realiza un contraste entre los enfoques alternativos del trabajo comunitario en salud facilitados por las TIC y los enfoques tradicionales de dicho trabajo.</p>
<p>Violencias sociopolíticas en salud</p>	<p>Comprender las violencias en salud y los procesos que la determinan. Problematicar históricamente la violencia y sus implicaciones para la salud.</p>	<p>Conceptualización sobre las violencias a partir del diálogo de saberes.</p>	<p>A partir del análisis de situaciones específicas de los participantes, se comprende el carácter sociopolítico de la violencia, su arraigo en los modos de vida de las poblaciones y su impacto generalizado.</p>	<p>La violencia tiene una alta prevalencia, mientras que las intervenciones institucionales y comunitarias son escasas. La violencia de género es parte de la vida cotidiana y es naturalizada socialmente con apoyo de los medios de comunicación masiva. La intervención de la APS-R en la violencia se enfoca en las acciones colectivas y políticas que propician la capacidad de resiliencia de las víctimas.</p>

Tópico por sesión	Objetivo	Tipo de actividades	Didáctica	Hallazgos
<p>Reducción del daño y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA)</p>	<p>Aproximarse a una metodología coherentemente con la APS-R para abordar el consumo de SPA.</p>	<p>Conceptualización y coloquio sobre el consumo de SPA.</p>	<p>Comprensión del desarrollo social, histórico y político del consumo y ubicación de la persona consumidora en los dispositivos de control políticos e institucionales.</p>	<p>Se deben priorizar las intervenciones colectivas, específicamente aquellas de carácter comunitario. Se analizan las estrategias y dispositivos insertos en las políticas públicas del consumo. La reducción del daño asociado al consumo de SPA y el incremento de las capacidades de respuestas institucional, comunitaria y personal son ejes centrales de la intervención. El Modelo Comunitario ECO2 para la intervención del consumo problemático de SPA ha demostrado tener mejores resultados que los enfoques tradicionales sustentados en la abstinencia y la prohibición.</p>

<p>La APS-R y el sistema de salud</p>	<p>Contextualizar históricamente la APS-R dentro del funcionamiento del sistema de salud en Colombia.</p>	<p>Coloquio sobre el contexto histórico de la APS y sus implicaciones en la salud comunitaria.</p>	<p>Análisis del sistema de salud en comparación con el desarrollo histórico de la APS-R en Bogotá y Colombia.</p>	<p>En la práctica, el sistema de aseguramiento en salud no ha permitido la descentralización operativa del sistema, lo cual limita el desarrollo de la APS-R. La descentralización es el requisito más importante para que la APS-R se desarrolle de forma efectiva, sustentable y sostenible. Los determinantes sociales estructurales que impiden el desarrollo de la APS-R están ocultos en un sistema de atención enfocado en la enfermedad que solo aporta intervenciones de predominio individual. Los perfiles epidemiológicos en salud se realizan sin tener en cuenta los territorios y los modos de vida de las comunidades.</p>
---------------------------------------	---	--	---	--

Módulo 1: Diálogo de reconocimiento

Objetivos

- Propiciar un espacio inicial de participación y reconocimiento de los participantes del diplomado.
- Consensuar colectivamente las expectativas sobre el programa de formación propuesto.

Actividades

- Dinámica: ¿Quiénes conforman el grupo?
- Presentación del diplomado.
- Discusión de expectativas.

Didáctica

En el momento inicial se entregó a cada participante un formato con preguntas que debían responder indagando entre los demás integrantes del grupo. Los interrogantes incluían: ¿cuál es la persona con mayor edad?, ¿cuál es la persona con más permanencia en la comunidad?, ¿quién es la persona más joven?, ¿quiénes trabajan hace más de cinco años en los hospitales del territorio?, ¿qué roles ocupan dichas personas? Con este ejercicio se fomentó la interacción, el reconocimiento mutuo y la cohesión grupal.

La presentación de las temáticas del diplomado permitió ilustrar a los participantes la concepción epistemológica, académica, política y práctica del programa de formación. En esta sesión, se hizo particular énfasis en la comprensión de la propuesta en APS y en la fortaleza que implicaba contar con dos actores centrales para el desarrollo de esta: los agentes de salud que trabajan en los territorios locales y los agentes comunitarios. Luego, se planteó el objetivo de formular proyectos de salud colectiva con enfoque comunitario donde los actores locales tuviesen tanta relevancia como sus contrapartes institucionales. Asimismo, se expuso la necesidad de fortalecer la participación comunitaria mediante la herramienta práctica PEPI.

La conversación sobre las expectativas colectivas del curso se facilitó en un primer momento gracias a un ejercicio de reflexión sobre los conceptos y valores de los asistentes sobre la APS. Los aportes individuales al respecto se plasmaron en una gran cartelera y, a partir de las ideas consignadas, se construyeron los consensos acerca de las expectativas, intereses, formas de evaluación, aspectos metodológicos y horarios.

Hallazgos

Se rompió el hielo entre los actores comunitarios y los institucionales a partir de las actividades realizadas. Se reconocieron las diferencias y fortalezas de ambos actores y de su relación, aceptando estas como elementos necesarios para la acción colectiva. El ejercicio permitió conocer el rol de cada participante en las instituciones, la comunidad y el diplomado, y reconocer las capacidades y limitaciones del grupo.

Se propuso sostener un diálogo de saberes entre los participantes con el fin de reconocer las relaciones de poder presentes en las instituciones y las comunidades que impiden adelantar acciones colectivas. Se descubrió que deben reinterpretarse y romperse paradigmas para generar una concepción de la APS que coincida con la realidad, las necesidades de las comunidades y la participación efectiva de sus integrantes.

Módulo 2: Cartografía social

Objetivo

- Evidenciar las principales necesidades de las comunidades y sus relaciones con el territorio mediante el uso de la cartografía social y la negociación de saberes.

Actividad

- Cartografía del territorio.

Didáctica

Se realizó un ejercicio de reconocimiento del territorio en el que vivían o trabajaban los participantes mediante la construcción de mapas con significados sociales. La actividad se guio por los aportes de diferentes actores sobre el mapeo participativo. Así, se avanzó en la reflexión sobre el concepto de territorio y se recuperaron y transmitieron saberes concernientes a las realidades de las comunidades locales.

En los mapas realizados se graficaron elementos como instituciones, actores, dinámicas, espacios sociales, diferentes conflictos, espacios con significados sociales, espacios problema y espacios de bienestar. Cada mapa tenía convenciones y relaciones particulares solo comprensibles para los asistentes, quienes pertenecían a procesos sociales de distintos niveles (políticos, económicos, culturales, de relaciones barriales y de ámbitos de vida). Las

discusiones y conclusiones se socializaron en grupo al final de la sesión tal como se muestra en la figura 3.3.

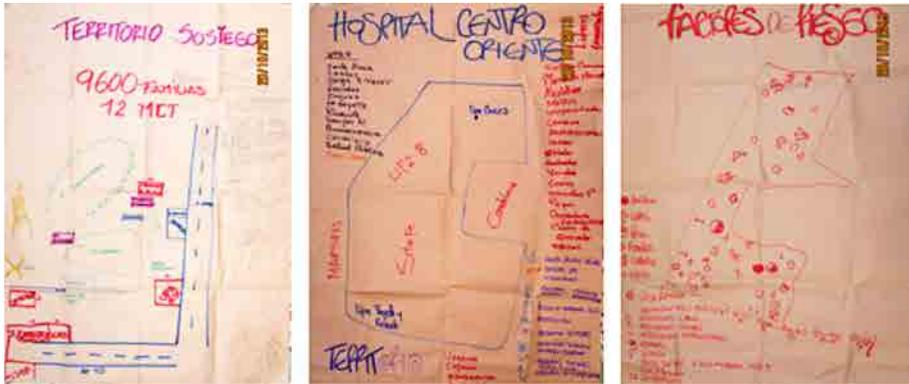


Figura 3.3. Cartografía de los territorios realizada por los participantes del diplomado.
Fuente: obtenida durante el estudio.

Hallazgos

46 | En la socialización de la cartografía, se reconocieron las formas de participación de los actores comunitarios e institucionales dentro de la comunidad. De igual modo, se tomaron como ejes de reflexión la participación que ocurre en la cotidianidad y la que se facilita mediante la institucionalidad. La lectura de las necesidades de las comunidades y su problematización aparecieron en los mapas realizados. La problematización se facilitó gracias a la pregunta sobre el origen de las necesidades y la identificación de sus determinantes como comunidad.

El ejercicio de mapear el territorio social en salud conlleva ubicar los conflictos en cada espacio social para luego realizar su cartografía. Así se identificaron los procesos de la determinación social en salud, lo que constituyó un diagnóstico participativo inicial y un reconocimiento de todos los actores en el territorio.

El análisis del territorio desde la cartografía social permitió reconocer que existen determinantes estructurales que condicionan en gran medida las dinámicas y los problemas comunitarios, los cuales trascienden a los procesos y los actores locales. El diálogo de saberes entre los actores que realizaron el mapa generó canales comunicativos y espacios de negociación de las diferencias entre los actores comunitarios y los institucionales. Asimismo, se avanzó en la comprensión integral del territorio cuando, a partir de su ubicación geográfica, se explicitaron las relaciones entre los procesos culturales, sociales, políticos y económicos presentes en las comunidades.

les basadas en elementos numéricos o físicos que suelen hacer las instituciones. En otras palabras, se generó una comprensión compleja del territorio.

Considerar el territorio en su complejidad y bajo el lente de la salud colectiva permitió entender de un modo globalizado los elementos centrales de la determinación social de la salud. Es decir, se dimensionaron los procesos críticos que definieron a nivel estructural, particular e individual los problemas de salud–enfermedad que padecían las comunidades. Asimismo, se facilitó la comprensión integral de la salud por parte de los participantes y se orientó el reconocimiento de políticas sanitarias cercanas a las realidades y necesidades comunitarias con el enfoque de la APS.

El territorio se reconoció desde el mapeo de sus actores claves, para lo cual se identificaron las redes sociales que lo entretejían. Se evidenció que al interior de los territorios había varios grupos con características, intereses, problemas y necesidades diferentes y, con frecuencia, contradictorios, lo cual podría debilitar o impedir la acción colectiva. Por otro lado, se encontraron fortalezas comunes que permitieron apoyar la acción política.

Asimismo, se logró comprender el territorio desde una perspectiva histórica, incorporando los informes oficiales y las respuestas comunitarias a las intervenciones institucionales. Además, se evaluaron las acciones de los gobiernos locales en contraste con las necesidades e intereses de las comunidades.

Módulo 4: Gestión de la salud territorial

Objetivo

- Analizar críticamente algunos proyectos relacionados con la salud de las comunidades y los efectos directos sobre la condición de vida de los participantes.

Actividad

- Foro sobre el territorio y el Proyecto Ciudad Salud.

Didáctica

Foro temático con la participación de expertos académicos y actores sociales del territorio.

Hallazgos

La SDS de Bogotá lideró el proyecto para desarrollar un gran complejo hospitalario denominado Ciudad Salud. Esta propuesta contempló la articulación

de hospitales públicos y privados en una zona del centro de Bogotá que ha sido un hito histórico de la salud en el país. Con el tiempo, a este proyecto se uniría el HSJD, el Hospital Materno Infantil, el Instituto Nacional de Cancerología, el Hospital Santa Clara, el Hospital Universitario de la Samaritana y la Fundación Hospital Universitario de la Misericordia. El Proyecto Ciudad Salud buscaba desarrollar varios centros de excelencia para la práctica e investigación de diversas áreas de la medicina en Colombia. Una parte del proyecto contempló la venta de servicios de salud según el denominado *turismo en salud*. Además de la inversión en infraestructura, el proyecto consideró la construcción de un centro de convenciones, zona franca para la compraventa de insumos hospitalarios, hoteles, complejos habitacionales y planes de vivienda.

Se analizaron y comprendieron los diferentes intereses, dinámicas y problemas que implicaba el proyecto Ciudad Salud, en los ámbitos gubernamental y privado, a la luz de las necesidades y preocupaciones de las comunidades que habitaban la zona en la que se realizaría el proyecto. A partir de esto, se evidenció que estas comunidades estaban en una condición de alta vulnerabilidad social y que sus condiciones de vida no habían sido consideradas. Se concluyó que los planes para generar viviendas de interés social no son favorables para las comunidades y que la oferta de servicios en salud de este complejo hospitalario no cubriría a las poblaciones que habitan el territorio.

Los promotores del Proyecto Ciudad Salud buscaban coordinar acciones entre los propietarios, arrendatarios o poseedores de bienes inmuebles para llevar a cabo el proyecto sin tomar en cuenta la participación de quienes han habitado por mucho tiempo y han desarrollado sus proyectos de vida en este espacio social. Resultó evidente que se ignoró la política pública del territorio y que era necesario formar líderes locales para fomentar el mantenimiento de los derechos relacionados con este proyecto y con la salud en general.

Módulo 5: Metodología PEPI como modelo causal comprensivo

Objetivos

- Brindar herramientas para el trabajo comunitario en salud mediante la apropiación de la metodología PEPI.
- Desarrollar la metodología del árbol de problemas para reconocer problemas y sus causas, consecuencias, posibles soluciones y expectativas.

Actividades

- Realización del modelo causal de la metodología PEPI.

mas descritos, haciendo énfasis en las que podían ejecutarse con éxito. Los asistentes concluyeron que el modelo causal del PEPI permite comprender los problemas de salud con un enfoque de determinación y puede aplicarse en la participación comunitaria.

Por otra parte, los participantes aplicaron la herramienta del árbol de problemas —similar al modelo causal— y presentaron los resultados obtenidos. El árbol de conocimiento se identificó como una metodología integral, comprensible y fácil de aplicar. La herramienta generó participación y permitió una comprensión amplia y compleja de los problemas de salud (figura 3.6).



Figura 3.6. Ejemplo de aplicación del árbol de problemas.

Fuente: obtenida durante el estudio.

Módulo 6: Metodología PEPI y tabla de selección

Objetivo

- Avanzar en la apropiación de la metodología PEPI mediante la construcción de una tabla de selección o ranqueo que permita seleccionar el principal problema de salud y la intervención que la comunidad debe realizar.

Didáctica

Los participantes realizaron un listado de los problemas de salud más importantes para la comunidad. Con base en la aplicación de los criterios de priorización,

se seleccionó el principal problema de salud a intervenir. Los criterios definidos por el grupo incluyeron el impacto, la viabilidad organizacional, financiera y técnica y la participación comunitaria (figura 3.7). Con estos criterios, los participantes clasificaron cada uno de los problemas asignando por consenso un puntaje alto (A), medio (M) o bajo (B). Con el mismo método, seleccionaron una intervención.

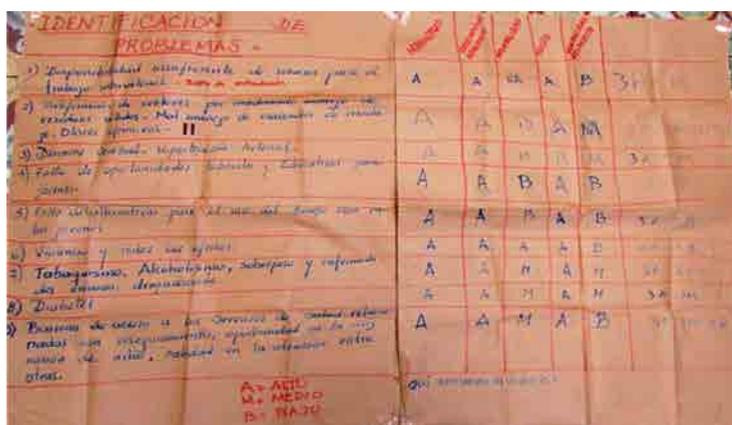


Figura 3.7. Tabla de ranqueo de problemas elaborada por la comunidad.

Fuente: obtenida durante el estudio.

Las tablas 3.3 y 3.4 presentan ejemplos de clasificación de diferentes problemas de una comunidad determinada bajo los mismos criterios empleados por los participantes del diplomado.

Tabla 3.3. Ejemplo de tabla de ranqueo de problemas.

Criterios	Mejora de hábitos alimentarios	Refuerzo de hábitos higiénicos	Control y recolección de basuras	Manejo de enfermedades prevalentes en la infancia
Impacto	A	M	M	A
Viabilidad organizacional	A	A	M	M
Viabilidad financiera	M	M	M	M
Viabilidad técnica	A	M	M	A
Participación comunitaria	M	A	A	M

Fuente: obtenida durante el estudio.

Tabla 3.4. Ejemplo de tabla de ranqueo de problemas.

Criterios	Implementar el modelo APSI en las políticas de salud	Mejorar los mecanismos de gestión y control social comunitario sobre la salud	Mejorar los niveles de educación comunitaria en relación con la APSI y la AIEPI	Mejorar la calidad de los servicios de salud	Incrementar la sensibilidad y responsabilidad individual respecto a la salud infantil
Impacto	A	A	M	A	B
Viabilidad organizacional	B	B	A	M	B
Viabilidad financiera	B	B	A	B	B
Viabilidad técnica	M	B	A	M	B
Participación comunitaria	M	M	A	B	M

Fuente: obtenida durante el estudio.

Hallazgos

Cada uno de los tres grupos participantes seleccionó un problema de salud susceptible de intervención desde una perspectiva comunitaria. Entre los problemas seleccionados estuvieron el consumo problemático de PSA y la violencia, seleccionada por dos de los tres grupos.

La discusión para identificar la viabilidad de las intervenciones estuvo permeada por conceptos de tiempo y espacio social. Para la transformación de los problemas, se identificaron las dinámicas y necesidades de los actores locales. Para brindar soluciones a las problemáticas de salud seleccionadas, se deben reconocer las limitaciones de las intervenciones de los actores comunitarios.

El análisis realizado ratifica la necesidad de que los actores comunitarios y los agentes institucionales profundicen en los temas seleccionados. Es necesario porque sus conocimientos sobre estas problemáticas tienden a ser teóricos, abstractos y con escasas herramientas para transformar las complejas realidades y los problemas sanitarios.

Módulo 7: Metodología PEPI, tabla de insumo, proceso, resultado e impacto

Objetivo

- Aprender a usar la tabla de insumo, proceso, resultado e impacto (IPRI) para planear la intervención del problema seleccionado.

Tabla 3.5. Tabla IPRI sobre la escuela de formación comunitaria.

Intervención – Escuela de formación comunitaria			
Objetivo – Formación en torno al derecho a la ciudad			
Insumos	Procesos	Resultados	Impacto
<p>Espacios físicos. Papelería y útiles. Medios de divulgación. Talento humano. Gestión de dinero. Relacionamiento en varios niveles y en red. Herramientas metodológicas. Material didáctico o audiovisual. Teléfono, email, fax, mensajes de texto y cartas escritas.</p>	<p>Coordinación de las actividades previstas. Conformación del equipo gestor de la escuela de formación comunitaria. Acercamiento a los territorios. Convocatoria a las actividades previstas. Reconocimiento del territorio. Construcción de conocimiento popular. Diagnóstico de necesidades. Mapeo de actores institucionales y comunitarios. Inventario de recursos comunitarios. Formación en derechos con énfasis en el derecho a la ciudad. Análisis de las implicaciones del Proyecto Ciudad Salud. Formación política hacia un modelo alternativo. Formación de agentes comunitarios de salud. Sensibilización de universidades. Vinculación y potenciación de actores comunitarios.</p>	<p>Se recuperó la memoria histórica de los barrios. La comunidad se movilizó en defensa de sus derechos, haciendo énfasis en su derecho al territorio. Se fortalecieron los referentes organizativos de los barrios. Se implementó el plan y programa de APSI. Se obtuvieron insumos sobre modelo alternativo de ciudad. Se formularon propuestas de continuidad de la escuela de formación comunitaria.</p>	<p>Se logró sinergia entre las organizaciones presentes en el territorio. Se mejoró el estado de salud de la población en los barrios. Se inició la modificación del imaginario de modelo de ciudad. Se redujo la indiferencia comunitaria.</p>

Didáctica

Luego de caracterizar los problemas del territorio y definir la respectiva intervención, se construyó una tabla IPRI para registrar los insumos necesarios para la intervención, los procesos desarrollados, los resultados a corto y mediano plazo y los impactos o transformaciones que podían surgir en períodos más largos. La tabla 3.5 describe mediante el modelo IPRI una intervención que consistió en crear una escuela de formación comunitaria.

Hallazgos

Los participantes reconocieron como insumos prioritarios los recursos materiales y físicos. Tenían confianza en el talento humano existente para realizar las intervenciones propuestas. Se evidenció que los procesos comunitarios tienden a ser subvalorados por parte de las instituciones; sin embargo, el diálogo y el reconocimiento de los participantes permitió redefinir y valorar estos procesos en virtud de la participación que fomentan. Las tablas 3.6 y 3.7 ilustran el trabajo de la comunidad según el modelo IPRI.

Tabla 3.6. Tabla IPRI – Escuela de no violencia.

Insumos	Procesos	Resultados	Impacto
Recursos humanos (talleristas y comunidad). Recursos tecnológicos (computadores, video beam, internet y teléfono). Recursos financieros. Recursos físicos (papelería, transporte, refrigerios, auditorios, salones, teatros y mobiliarios).	Planeación: qué, cómo, dónde, quién, con qué, por qué del proyecto. Identificación de la población objeto. Estrategia empoderamiento comunitario: talleres, foros, encuentros, obras de teatro, recorridos y entrevistas. Territorio. Lectura de necesidades. Talento humano. Definición de insumos y presupuesto. Cronograma de actividades. Recolección y análisis de información.	Personas de la comunidad sensibilizadas frente a conductas no violentas. Grupo gestor formado en solución alternativa del conflicto (barras futboleras). Autoridades formadas en el ejercicio de la autoridad. Diagnóstico de actores y conductas.	Disminución de las conductas violentas en la comunidad Disminución de casos de abuso sexual, maltrato infantil, violencia contra la mujer y matoneo. Disminución de muertes por causas violentas. Disminución de eventos violentos relacionados con hinchas de fútbol en el territorio.

Fuente: obtenida durante el estudio.

Tabla 3.7. Tabla IPRI para abordar el consumo problemático de SPA.

Insumos	Procesos	Resultados	Impacto
<p>Talento humano. Material de trabajo. Tiempo. Espacio. Presupuesto. Construcción de talleres familiares.</p>	<p>Informar a familiares sobre alternativas de solución. Articulación intersectorial. Involucrar a la familia en la apropiación de un arte u oficio. Reuniones con los diferentes actores y sectores involucrados en el proceso. Intervención psicológica en el grupo familiar. Lectura de necesidades.</p>	<p>Empoderamiento de las comunidades para la autosostenibilidad económica y exigencia de derechos. Formación de familias en el nuevo mercado laboral. Aprovechamiento del tiempo libre con un enfoque de integración familiar. Mejoramiento de la comunicación. Redes comunitarias para apoyar a los afectados por el consumo de SPA. Conciencia de los roles de cada miembro de la familia. Reconocimiento de la problemática intrafamiliar. Conciencia de corresponsabilidad. Participación enfocada a la familia mediante los talleres o charlas. Disminución de conflictos.</p>	<p>Familias emocionalmente sanas. Mejoramiento de la calidad de vida familiar. Unidad familiar. Bajos índices de consumo de SPA.</p>
Insumos	Procesos	Resultados	Impacto
<p>Presupuesto. Diagnóstico de problemas. Estudio de factibilidad en los tiempos comunitarios e instituciones. Espacios. Material físico. Informes de instituciones a cruce de información. Talento humano.</p>	<p>Base de datos institucional. Base de datos de los líderes y la comunidad. Convocatoria. Presentación de proyecto. Planeación de la primera sesión. Asignación de tareas para equipos de gestión y comités. Planeación de cronograma de actividades. Reglamento interno. Compra de insumos. Construcción de rutas. Socialización. Evaluación. Talleres. Campañas.</p>	<p>Actividad física de acuerdo con el ciclo vital. Manejo del tiempo libre. Portafolio interinstitucional de servicios locales en igualdad de oportunidades (derechos y deberes). Rutas de conocimiento y divulgación. Ampliación de conocimientos de los individuos. Unificación de los proyectos. Apertura de los proyectos interinstitucionales. Notificación de casos. Formación de líderes comunitarios en centros de trabajo. Capacitaciones.</p>	<p>Disminución del riesgo. Disminución de los casos de violencia. Generación de líderes comunitarios. Reconocimiento de actores institucionales por la comunidad.</p>

Fuente: obtenida durante el estudio.

Módulo 8: Metodología PEPI como modelo dinámico

El modelo dinámico es una representación gráfica de cómo operará la intervención para alcanzar los objetivos propuestos. Se construye a partir de los componentes de la tabla IPRI. Para su realización, se recomienda empezar por la derecha de la tabla con el fin de identificar primero los impactos, luego los resultados, los procesos y, al final, los insumos. El modelo dinámico compite con el marco lógico, que es la metodología más usada para la planeación y presentación de proyectos. Mientras que el modelo dinámico busca recrear los retos y complejidades relacionadas con la implementación de los proyectos, el marco lógico tiene un enfoque estático y lineal. Por esto, los gráficos resultantes del modelo dinámico tienen una apariencia difícil de comprender para quien no ha participado en su construcción.

Objetivo

- Consolidar la apropiación del modelo dinámico para comprender la lógica de las actividades propuestas y la forma en que estas convergen en los resultados esperados.

Didáctica

Con base en las tablas IPRI, cada grupo realizó un diagrama para ilustrar de forma temporal y estratégica las relaciones que se pueden establecer entre los insumos, los procesos, los resultados y los impactos del proyecto. Esto permite visualizar, discutir y comprender la forma en que estos elementos se involucran en la ejecución, evaluación, seguimiento y reformulación de la intervención comunitaria. La figura 3.8 presenta un gráfico del modelo dinámico realizado por uno de los grupos.

Hallazgos

Durante el desarrollo de cada ejercicio, se identificaron aspectos no contemplados en las etapas anteriores de la metodología PEPI, por lo que se procedió a completar la tabla IPRI.

Se identificaron los aspectos claves para desarrollar las intervenciones. Estas se generaron a partir de elementos comunes como los insumos (materiales, logísticos, técnicos, temporales, políticos) y el talento humano. De este modo, la participación comunitaria comprometida y efectiva se identificó como un proceso esencial para dar validez social y permanencia a los proyectos, para fortalecer la cohesión social de las comunidades y para alcanzar los resultados e impactos esperados.

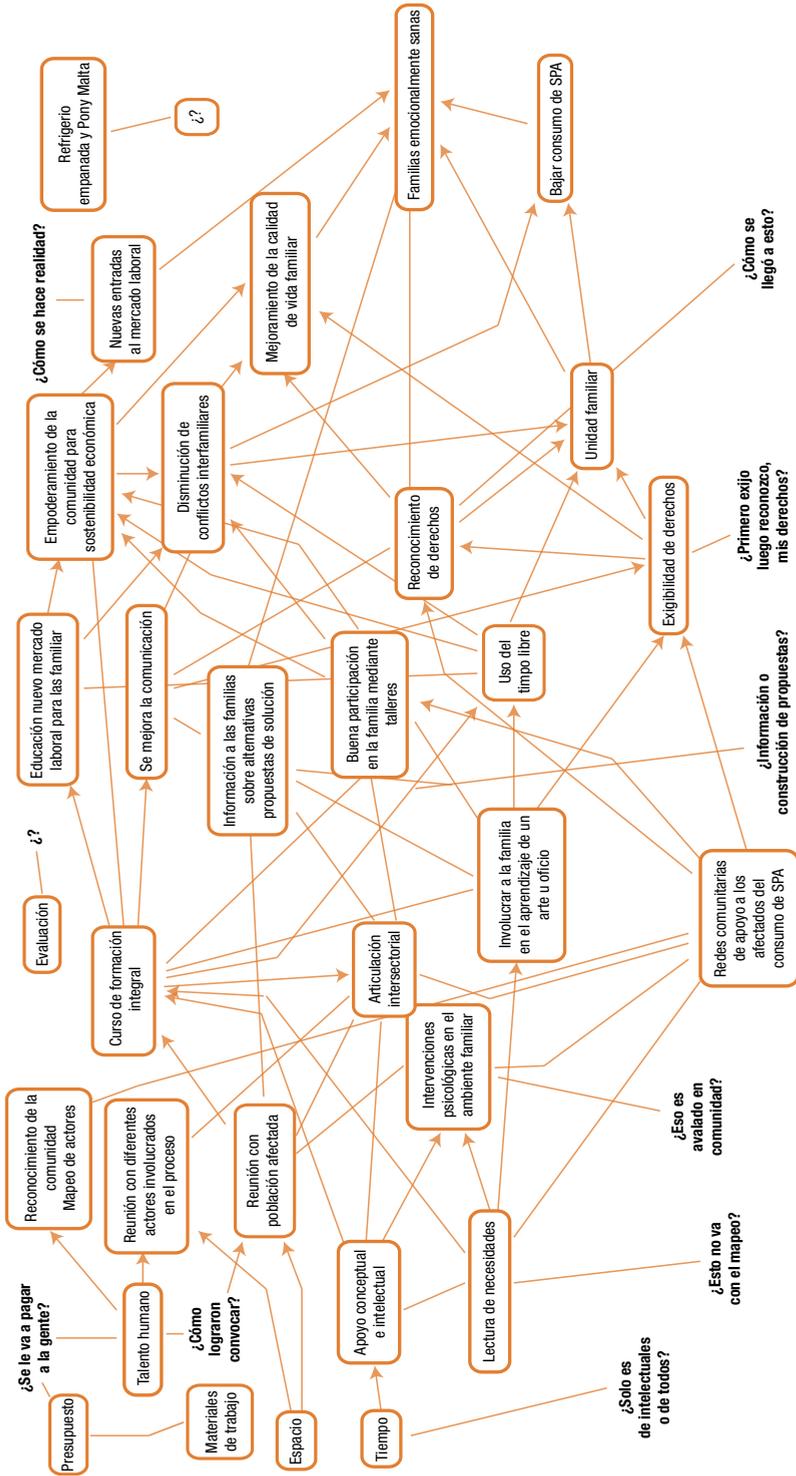


Figura 3.8. Modelo dinámico de intervención. Fuente: obtenida durante el estudio.

Se resaltó el papel del tiempo como herramienta de trabajo. Asimismo, se consideró que el análisis crítico es útil para comprender que los procesos y metodologías del trabajo comunitario en salud son diferentes a los de proyectos institucionales. Estos últimos tienen sus planeaciones, metodologías, herramientas, acciones e indicadores con plazos mediatos e inmediatos, que no se acoplan con los ritmos, dinámicas, regulaciones y acuerdos sociales presentes en las comunidades.

Por esto, supeditar los procesos de trabajo comunitario a los requerimientos, necesidades y exigencias institucionales —los cuales, por lo general, se diseñan y ejecutan bajo influencias transnacionales— valida los discursos y políticas hegemónicas que mantienen las inequidades en salud y las formas de exclusión de las comunidades más pobres. En síntesis, se requiere un tiempo de trabajo que respete las singularidades de las comunidades y sus territorios.

Módulo 9: Atención primaria en salud renovada

Objetivo

- Exponer y ampliar el concepto de APS-R a partir de un enfoque de determinación social de la salud.

Actividad

- Ponencia del contexto de APS-R en Colombia.

Didáctica

Se presentaron las diferentes perspectivas de APS-R (figura 3.9) y, luego, se llevó a cabo una sesión de discusión colectiva (figura 3.10).

Hallazgos

La APS-R es una estrategia con enfoque de determinación social en salud que considera el sistema de salud como un todo. Consolidar la APS-R en Colombia requiere de un nuevo enfoque del modelo APS que permita redirigir los esfuerzos orientados en su mayoría al tratamiento de enfermedades hacia una intervención integral de los determinantes sociales que generan inequidades en salud. Debe hacerse énfasis en los aspectos que impiden llevar a cabo acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención del proceso de salud con un acceso equitativo para los distintos grupos poblacionales.



Figura 3.9. Presentación de perspectivas de APS-R.
Fuente: obtenida durante el estudio.



Figura 3.10. Discusión colectiva sobre APS-R.
Fuente: obtenida durante el estudio.

Hacer que este enfoque sea parte esencial del modelo de atención en salud supone comprometer al gobierno, la población, los aseguradores y los prestadores de servicios de salud para que reorienten sus relaciones y faciliten las interacciones entre el sector salud, los demás sectores y los diferentes actores sociales. En ese sentido, es fundamental fortalecer acciones en varios sectores para construir un sistema en el que la salud sea un derecho humano y la equidad, la solidaridad y la sustentabilidad sean valores esenciales.

Es necesario brindar acceso universal a un modelo de atención que resuelva las necesidades de la población y refuerce las funciones esenciales de la salud pública mediante la participación individual, familiar, comunitaria e intersectorial por y para la salud de las comunidades (OPS, 2007). Desarrollar una estrategia de atención primaria requiere implementar un enfoque familiar y comunitario que facilite el primer contacto con las familias, las comunidades y otros sectores distintos al de la salud para proveer atención integral.

Además de mantener las relaciones entre los equipos de salud y los usuarios, el enfoque familiar y comunitario facilita la tarea de la salud pública y las redes de atención y permite desarrollar una visión holística de la persona y del proceso salud-enfermedad. Esta visión va más allá del enfoque tradicional centrado en la enfermedad del individuo o la atención hospitalaria, ya que su objetivo es facilitar la intervención en las áreas geográficas donde se produce la inequidad. Por esto, la delimitación geográfica de los microterritorios con sus poblaciones y vulnerabilidades es esencial en la APS-R, tanto para posibilitar un verdadero acceso a los derechos colectivos en las zonas a intervenir como para resolver las necesidades locales de sus habitantes.

Hallazgos en mortalidad infantil

El análisis de las estadísticas oficiales sobre mortalidad infantil sirve para comprender la metodología de la APS-R y su importancia en el país. La tasa de mortalidad se define como el número de niños que mueren durante su primer año de vida por cada mil niños nacidos vivos. Este es uno de los indicadores más importantes para la salud pública, pues da cuenta de la calidad de la salud en la niñez. La mortalidad infantil depende en gran parte de la mortalidad neonatal, en especial, de la mortalidad neonatal temprana, que ocurre durante los primeros siete días de vida. A su vez, la mortalidad infantil depende del acceso y la calidad del control en la gestación y de la atención en el trabajo de parto.

La APS-R analiza los procesos de determinación social que ocasionan desenlaces negativos en términos de mortalidad y morbilidad neonatal. De esta forma, se identifican las categorías de clase social que condicionan la atención de las mujeres trabajadoras o mujeres cabeza de familia, quienes por conseguir ingresos para el sustento de sus familias, disminuyen su atención y monitoreo en el control prenatal.

Asimismo, al examinar los determinantes de género que recaen sobre las mujeres gestantes, se observa una doble o triple carga laboral, en la que, además de su trabajo remunerado, deben atender el cuidado del hogar y de terceros —hijos o adultos mayores que requieren cuidado—. En algunas etnias, se observó que las inequidades en atención y acceso repercuten sobre el adecuado y oportuno control prenatal. También se observó que las dinámicas económicas permean las instituciones de salud y constituyen los determinantes más relevantes para la atención en salud en los microterritorios y las instituciones. En Colombia, la afiliación al sistema de aseguramiento y salud repercute directamente sobre la atención de las mujeres gestantes.

Al analizar ciertos preceptos de la atención primaria como la aplicación de la guía de control prenatal, se observa que la medición de indicadores obligatorios de infecciones en gestantes (sífilis, VIH, hepatitis B y toxoplasma) no se practica en la mayoría de los casos. También se identificó que el uso sistemático

de estrategias de alto impacto, como el monitoreo del trabajo de parto mediante partograma, deberían realizarse con mayor precisión y vigilancia para evitar el sangrado durante el trabajo de parto, la asfixia perinatal y las infecciones. Según la APS-R, esto debe hacerse en conexión con las estrategias de apoyo comunitario en los hogares de las gestantes que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad social, familiar e individual.

Con base en los principios de la APS-R, los participantes analizaron de nuevo los problemas de la violencia y el consumo problemático de SPA con ayuda de los mapas y las redes de actores institucionales y comunitarias. Se hizo énfasis en las estrategias de intervención de la APS-R transectorial. Todo esto evidencia las falencias de la APS-R en relación con los mecanismos de articulación de carácter intersectorial, interinstitucional y transdisciplinario en los microterritorios de los participantes.

Módulo 10: Acciones comunitarias en salud

Objetivo

- Discutir y reafirmar conceptos y prácticas de la participación comunitaria en APS-R.

Didáctica

Ponencia sobre la experiencia de la Fundación Red de Apoyo Social de Antioquia (RASA) para promover el conocimiento, la restitución y la garantía de los derechos en salud. La ponencia estuvo a cargo de la lideresa nacional Susana Fergusson, experta en el trabajo comunitario en salud. Después, se llevó a cabo una discusión grupal sobre el tema (figura 3.11).



Figura 3.11. Jornada sobre acciones comunitarias en salud.

Fuente: obtenida durante el estudio.

Hallazgos

La sesión permitió comprender la participación comunitaria en salud en el marco de la APS-R. Esta herramienta ayuda a resolver las necesidades y los problemas en salud de las comunidades locales mediante una postura de empoderamiento y emancipación.

El trabajo de la Fundación RASA se enfoca en garantizar los derechos en salud contemplados en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de 1991 y los respectivos actos normativos que los implementan. Tras la presentación de la fundación, se evidenció la necesidad de comprender las transformaciones actuales del trabajo comunitario en salud. Se enfatizó que el trabajo comunitario debe estar anclado a los preceptos legislativos nacionales e internacionales vigentes, los cuales deben ser mecanismos primarios para transformar el funcionamiento del Estado en el campo de la salud.

El conocimiento de los derechos en salud se ha facilitado mediante el acompañamiento de agentes comunitarios que, a diferencia del mecanismo tradicional de trabajo, no brindan asesoría desde los microterritorios sino mediante una plataforma informática. Esto permite formular soluciones a cualquier persona del territorio nacional. Así pues, el trabajo comunitario se ha transformado incorporando preceptos fácticos y éticos de las TIC. El conocimiento de los derechos de salud por parte de las comunidades permite una discusión más amplia sobre los conceptos de la participación comunitaria. Las TIC han permitido la discusión de algunas problemáticas locales y globales, por ejemplo, los problemas relacionados con el medio ambiente y las posibilidades de transformación en distintos contextos de participación.

De igual modo, se discutieron las dinámicas y retos que tiene la participación comunitaria tradicional. Se evaluó la forma en que las prácticas de relacionamiento, articulación y participación efectiva ocurren en los territorios dependiendo de los determinantes locales y globales. Esto ha condicionado la aparición de nuevas estrategias de trabajo comunitario como la herramienta PEPI. La metodología basada en las TIC sirve para contrastar los enfoques alternativos del trabajo comunitario en salud con los enfoques tradicionales, que están limitados por las agendas, necesidades, resultados e indicadores de las instituciones.

Se propuso un cambio en el imaginario social sobre los problemas de las comunidades y sobre la forma de entender, actuar y responder a estos. Se resaltó la necesidad de construir redes humanas y comunitarias ancladas en los territorios, en donde la palabra debe circular para discutir, complejizar y formular soluciones colectivas.

Módulo 11: Violencias sociopolíticas en la salud

Objetivos

- Comprender las violencias en salud y la forma en que estas se construyen a partir de los procesos y dinámicas sociales que determinan los modos de vida de las poblaciones y los comportamientos violentos de la vida cotidiana en las comunidades.
- Problematizar las violencias sufridas por largos periodos históricos en el país y sus implicaciones en la salud de las comunidades.

Didáctica

Se conceptualizaron las violencias a partir de las ideas expuestas por el facilitador, con ayuda de situaciones específicas, inquietudes y aportes de los participantes. Durante la actividad, se hizo énfasis en la violencia sociopolítica, debido a su gran arraigo en los modos de vida de las poblaciones y su impacto generalizado. Al final, tuvo lugar un debate sobre el tema (figura 3.12).

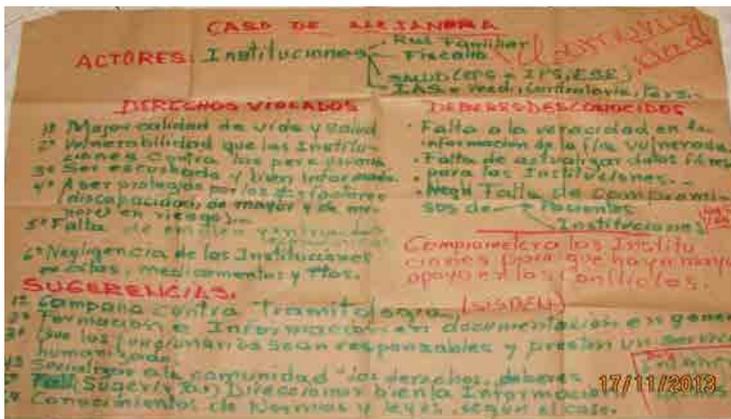


Figura 3.12. Registro del taller de violencias.

Fuente: obtenida durante el estudio.

Hallazgos

Se conceptualizó la violencia como una dinámica humana compleja, enmarcada en procesos socioculturales e históricos específicos que requieren de varias herramientas de análisis para su comprensión. Se empleó la propuesta de los contextos explicativos de la violencia elaborada que incluye, para su comprensión, las dinámicas de poder políticas, económicas y culturales (Franco, 1999). En esta propuesta, las violencias se generan por las condiciones estructurales

que caracterizan al país desde los inicios del periodo denominado La Violencia: inequidad, intolerancia e impunidad.

Los contextos explicativos de las violencias en las coyunturas que ha vivido Colombia incluyen, entre otros, el conflicto armado, el modelo económico neoliberal, el narcotráfico y las inequidades asociadas con el género. Así pues, el ejercicio generó conciencia de las violencias locales y su relación con los contextos mencionados, por lo que los participantes destacaron la necesidad de reflexionar sobre la forma en que se establece la interacción entre las comunidades y las instituciones y sobre los contextos que impiden o facilitan la realización de los derechos y los deberes de cada actor social.

Se percibió que los contextos y las coyunturas definen los principales relatos personales y laborales de los asistentes al detectar que las violencias permean los escenarios cotidianos y las dinámicas comunitarias. De esta manera, se hizo evidente que a pesar de la alta prevalencia de patrones de relacionamiento violento, las intervenciones institucionales y comunitarias sobre la violencia son muy escasas (figura 3.13).

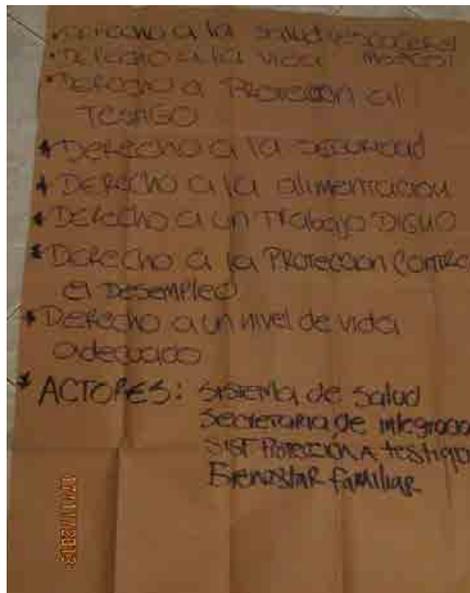


Figura 3.13. Lista de derechos realizada durante el taller de violencias.

Fuente: obtenida durante el estudio.

El reconocimiento de las violencias y la apropiación de los conceptos que delimitan los tipos de violencia sociopolítica permiten que la violencia sexual, la violencia de género, la violencia intrafamiliar y la violencia contra grupos específicos como el LGBTI son naturalizadas con apoyo de los medios de comunicación masiva. El análisis de la violencia intrafamiliar y la violencia

comunitaria permitió reconocer las conductas y los patrones violentos que se replican. Los contextos explicativos de las violencias permanecen sin cambio en distintas escalas y diferentes formas de violencia.

Es necesario un trabajo persistente para defender, exigir y restituir los derechos a nivel individual y comunitario. En esta labor, los derechos colectivos requieren un esfuerzo adicional mediado por mecanismos de trabajo en red social y de soporte comunitario que consoliden la APS-R. La APS no puede asistir la defensa de los derechos de propiedad individual. Por el contrario, la APS-R debe enfocar su trabajo en las comunidades y las acciones colectivas y políticas que propicien la capacidad de resiliencia de las víctimas.

Los microterritorios constituyen una herramienta de gestión de la APS de gran contundencia, no solo porque facilitan el trabajo comunitario en los espacios sociales donde se generan y reproducen las inequidades, sino también porque involucran a los actores que han vivido dichas problemáticas.

Módulo 12: Reducción del daño y consumo de sustancias psicoactivas

Objetivo

- Aproximarse a una metodología comunitaria del consumo de SPA coherente con los preceptos de la APS-R.

Actividad

- Conceptualización y coloquio sobre el consumo de SPA a partir de las ideas expuestas por los facilitadores y las situaciones, inquietudes o aportes de los participantes.

Didáctica

Se realizó una dinámica de sensibilización, una exposición de la temática y un coloquio participativo.

Hallazgos

En la actualidad, las políticas de intervención del consumo de SPA han demostrado ser insuficientes frente a la erradicación de dichas sustancias. Las consecuencias individuales, sociales y de salud pública del consumo adictivo de SPA son evidentes y reclaman un enfoque diferente para tratar este fenómeno. Se requiere una apreciación diferente de las personas consumidoras, del tipo de sociedad deseada y de las sustancias mismas. Es necesario comprender el

consumo de SPA más allá de la interpretación individual y biomédica como una enfermedad psiquiátrica, sin desconocer los aspectos personales y los factores de riesgo asociados a esta práctica.

Se debe comprender el desarrollo social, histórico y político del fenómeno y los mecanismos que ubican a los consumidores dentro de los dispositivos políticos e institucionales de control que realizan la intervención del problema. El acercamiento comunitario a la problemática del consumo de SPA debe hacerse mediante una sensibilización que permita apreciar al consumidor. Esto implica, entre otras actividades, conocer su historia de vida y consumo, los contextos que han determinado su consumo en los territorios donde vive y se mueve, las sustancias que consume, las formas de acceder a las drogas, los factores de protección y destrucción individual y social asociados al consumo.

La praxis comunitaria permitió entender y abordar el consumo de SPA de otra forma. En este proceso se priorizó la intervención colectiva —por y con las comunidades— para lograr un impacto sobre las dinámicas sociales que facilitan y condicionan el consumo adictivo. Asimismo, se contemplaron dispositivos insertos en dinámicas colectivas y en políticas públicas intersectoriales que se adaptan a los territorios locales. Estos dispositivos comprenden la reducción del daño por consumo de SPA y el fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional, comunitaria y personal. Estos mecanismos se anteponen a conductas punitivas y disciplinarias como la penalización, pues los lineamientos centrales de intervención, como se establece en la política nacional, no indican la reducción del consumo de SPA mediante la penalización y el castigo.

La aplicación del Modelo Comunitario ECO2 para la intervención del consumo problemático de SPA en poblaciones con alta vulnerabilidad social de América ha reportado mejores resultados que los enfoques tradicionales sustentados en la abstinencia y la prohibición (Milanese, Merlo y Laffay, 2001; Milanese y Machin, 2007).

Módulo 13: Atención primaria en salud renovada y sistema de salud

Objetivo

- Contextualizar históricamente la APS-R en la reforma a la salud de Colombia.

Actividad

- Coloquio sobre el contexto histórico de la APS-R y sus implicaciones en la salud comunitaria.

Didáctica

Se llevó a cabo un conversatorio sobre el desarrollo histórico de la APS-R en Colombia con la participación del doctor Mario Hernández Álvarez. Luego, se realizó un conversatorio sobre el desarrollo de la APS-R en Bogotá con la contribución del profesor y líder social Román Vega. Al final, tuvo lugar una plenaria de discusión con las conclusiones a cargo del grupo facilitador.

Hallazgos

La APS-R es una metodología que fomenta la equidad, el mejoramiento de los resultados en salud para todos y la relación costo–efectividad de la operación de los sistemas de salud. Por esto, debe desarrollarse en el marco de una perspectiva descentralizada que fortalezca la democracia, la participación social y el uso equitativo y eficiente de los recursos como medios para la reconstrucción del Estado Social de Derecho.

Si se implementan con valores compartidos, complementarios y sinérgicos, la APS-R y la descentralización ayudarán a reestructurar el SGSSS con base en los principios del Estado Social de Derecho, en particular, el derecho a la salud, la equidad, la solidaridad y la sostenibilidad de sus resultados. El actual SGSSS en Colombia posee muchas limitaciones y fragmentaciones debido a su orientación mercantilista y la privatización de su organización y gestión, tanto en la contratación como en la prestación de los servicios de salud.

A pesar de esto, es posible desarrollar la APS-R en el SGSSS aplicando los valores y principios de la equidad y la solidaridad (OPS, 2007). Esta herramienta puede contribuir a generar beneficios integrales en los distintos regímenes de aseguramiento que incluyan intervenciones concretas de prevención y promoción de la salud desde el sector, y a definir un plan universal de intervenciones de salud pública.

En teoría, la descentralización administrativa del SGSSS otorga competencias a los entes territoriales para dirigir el sistema junto con otros actores. Sin embargo, en la práctica, el sistema de aseguramiento no ha permitido a los entes territoriales realizar la administración y gestión de los recursos financieros del régimen subsidiado y del Plan Decenal de Salud Pública en favor de la APS-R. Los recursos existentes se usan para garantizar el desarrollo y mantenimiento de la infraestructura de los servicios de salud bajo un enfoque tradicional de la misma. Así, la posibilidad de ampliar la perspectiva de la APS-R con los centros de salud locales se ha desvirtuado por el predominio de un modelo de negocio privado en la salud.

La descentralización podría promover la organización comunitaria y la participación social en las juntas directivas de las instituciones locales prestadoras de servicios y en relación con otros servicios sociales. Es necesario

la supervisión de la red de prestadores públicos y privados para regular la calidad de los servicios de salud y controlar a los intermediarios del aseguramiento, en particular a las EPS, para que actúen en consonancia con los valores y principios de la APS-R. De esa forma, es posible formular los planes locales de salud, asignar los recursos en función de sus estipulaciones y evaluar el impacto de las acciones en salud.

La APS-R reclama un escenario descentralizado que facilite la planeación, seguimiento y evaluación de los resultados de intervenciones en donde opere la participación social y la toma consensuada de decisiones desde los ámbitos locales y comunitarios en los microterritorios locales. Esto no es posible si la descentralización de las administraciones públicas y de los servicios de salud no gana capacidad política, financiera y de gestión. Por esta razón, la descentralización es esencial para que la APS-R sea efectiva, sustentable y sostenible.

La descentralización permite una mejor participación de las comunidades en tanto genera un escenario de rendición de cuentas de los gobiernos locales en función de los compromisos de la APS-R. Las comunidades y los gobiernos podrían interactuar de mejor manera frente a los impactos concretos generados por la APS-R en los microterritorios y redireccionar los procesos y los planes de desarrollo de dicha estrategia.

En síntesis, la descentralización es la base de un proceso de creación de la APS-R municipalizada, con un enfoque familiar y comunitario apoyado en profesionales generalistas y prestadores públicos y privados pagados por un fondo local o distrital común de salud. El objetivo es garantizar una cobertura universal y equitativa para las intervenciones de APS-R con el fin de facilitar la gestión compartida con los especialistas, los hospitales de más alta complejidad y otros actores sociales. De esta forma, es posible concretar la resolutivez de la APS-R en el marco del esquema de aseguramiento.

Se halló que el prerrequisito de un modelo de esta naturaleza es que la APS-R no esté sometida a las reglas del aseguramiento del mercado, pero si al aseguramiento que se desenvuelve en perspectiva de mercado. Asimismo, las aseguradoras deberían ser obligadas a cumplir estrictamente con un mandato único de APS-R reflejado en un contrato o en un convenio de gestión de esta estrategia, que garantice los valores, principios y características organizativas que la constituyen.

Para materializar esta iniciativa son necesarios la autoridad sanitaria, el financiamiento, los recursos humanos y el sistema de información. El papel de la autoridad sanitaria en los niveles nacional, subnacional y local debe ser de orientación y regulación del desempeño de los distintos actores del SGSSS, con el fin de garantizar del derecho a la salud, solidaridad, calidad, equidad y eficiencia en la distribución y el uso de los recursos.

El financiamiento de la APS-R debe tomar en cuenta dos dimensiones: una macro y otra micro. Respecto a la protección de la población pobre no ase-

gurada, el financiamiento macro debe dar cuenta del costo total de las intervenciones globales de APS-R, incluyendo las que se derivan de los planes de beneficios. Estos planes deben ajustarse a los ciclos vitales con un enfoque familiar y comunitario, ya que las necesidades de salud de una población son ilimitadas y es necesario seleccionar las intervenciones según criterios de costo-eficacia-equidad. Estos criterios permitirían costear y financiar un paquete de beneficios lo más amplio e integral posible para las poblaciones pobres no aseguradas a cargo de los entes territoriales, sin desincentivar el proceso de aseguramiento a los regímenes subsidiado y contributivo.

Habría que garantizar que las EPS se comprometieran a reorganizar la contratación de los servicios de APS-R. Una meta de esta estrategia es activar la red de primer nivel de acuerdo con su enfoque territorial. Esta es la única opción para que se garantice el acceso e integralidad de las intervenciones.

El financiamiento micro debe dar cuenta de la relación entre los ingresos generados por la contratación y la modalidad de pago de los servicios, incluso de los gastos realizados para el desarrollo de infraestructura física y logística y para el índice de frecuencia de uso por paciente. Se debe tener en cuenta que a medida que la estrategia se establezca y sea eficaz en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, se esperan menos costos en las atenciones de urgencias y en los servicios de alto nivel de complejidad.

70 | La política de desarrollo del recurso humano debe hacer más énfasis en la formación del personal de enfermería, medicina general y de familia, saneamiento básico, promoción de salud, entre otros, por encima de la formación de personal especializado y hospitalario. Lo mismo puede decirse en términos de la infraestructura física, cuyos niveles básicos deben rediseñarse en función de una nueva forma de trabajo en equipo, orientado hacia la promoción, prevención, saneamiento básico, consejería en salud y atención con enfoque familiar y comunitario.

Los sistemas de información deben fortalecer el conocimiento de las necesidades en salud y propiciar la planeación, el seguimiento y la evaluación de los planes de intervención y de las actividades cotidianas de los prestadores de servicios de salud. El sistema de información es clave en la regulación de la demanda de servicios, más orientada hacia la promoción y la prevención que hacia la realización de procedimientos hospitalarios y de atención especializada de bajo impacto. El sistema de información debe garantizar la gestión clínica compartida entre los niveles de menor y mayor complejidad de la red de prestadores y facilitar el proceso de integración de la red de servicios con otras redes sociales.

Todos los actores involucrados deben tomar parte de la APS-R, incluyendo a la rama ejecutiva y legislativa del país. El marco jurídico debe ser favorable para la APS-R; es decir, deben desarrollarse políticas, estrategias y planes para coordinar las acciones de los distintos actores del SGSSS en torno a esta estra-

tegia. Asimismo, debe garantizarse el funcionamiento operativo, técnico y de gestión para que la implementación de la APS-R fluya de forma adecuada en todos los territorios y sectores del país.

Los pagadores, aseguradores y fondos territoriales de salud deben transformar su mentalidad en la gestión del riesgo, cambiando el manejo del riesgo financiero por el manejo y gestión social del riesgo en salud. La visión limitada a la ganancia económica y al corto plazo puede reemplazarse por otra más amplia y estratégica de mediano y largo plazo. Así, podría establecerse una nueva relación con los proveedores de servicios y las instituciones de salud que, mediante contratos y formas de pago, fortalezca su regulación del comportamiento de estos y garantice la implementación del nuevo modelo de atención y gestión.

Los prestadores de servicios de salud pueden tener una orientación más audaz y proactiva para convertir la promoción y la prevención de los riesgos en salud y enfermedad en mecanismos de trabajo integrados con diversos niveles de atención. Los prestadores son responsables de garantizar la introducción de nuevas formas de gestión clínica y organizacional dirigidas por un enfoque familiar y comunitario, el trabajo en red integrada de atención, la pertinencia, la calidad y el costo–efectividad de las intervenciones.

Las universidades y las comunidades pueden ofrecer cambios en la formación del personal de salud en general y en la participación, haciendo énfasis en la medicina social, la salud colectiva y la salud familiar y comunitaria. Esto debe hacerse con una visión multidisciplinaria y trabajo en equipo, para sensibilizar el esfuerzo comunitario y lograr un alto nivel de resolutivez. Esto supone la reforma a los contenidos curriculares de pregrado y posgrado, la exploración de nuevas estrategias de enseñanza para el reentrenamiento de los profesionales egresados, la introducción de nuevos elementos pedagógicos que fortalezcan la práctica médica y la toma de decisiones gerenciales con base en la evidencia y la investigación participativa.

Los individuos, las familias y las comunidades pueden tener mayor disposición para participar en los procesos de APS-R como actores y no como sujetos pasivos de las intervenciones. Esta participación se expresa en una mayor autonomía de las personas y un mayor compromiso con la salud personal, familiar y comunitaria. Esto supone escenarios de descentralización, democratización de los procesos, toma de decisiones, educación, difusión de la información y la comunicación, de tal manera que la participación, la libre escogencia y el autocontrol puedan desarrollarse de forma apropiada. Todas estas son acciones orientadas a exigir el derecho a la salud.

Los trabajadores de la salud pueden contribuir a una mejor comprensión de los valores y principios de la APS-R, con apoyo y disposición a participar en la formación profesional. Las ONG, los donantes y las agencias de cooperación internacional pueden proveer apoyo técnico y financiero sin supeditarlos a sus

intereses particulares. En general, hay que pasar de la retórica del derecho a la salud, la equidad, y la solidaridad a la práctica. Esto requiere el apoyo de los aseguradores, los prestadores, las agencias de cooperación internacional y el gobierno en todos sus niveles.

Se debe apoyar el compromiso de los gobiernos locales con la APS-R. El intercambio de experiencias y la cooperación entre estos gobiernos es el camino para robustecer el desarrollo de la estrategia. La reforma del SGSSS no puede ocurrir, como hasta ahora, de espaldas a la APS-R. En conjunto, la APS-R requiere la gestión social y colectiva de la clínica y la organización de los servicios según el territorio y el contexto del SGSSS. Por esto, se busca una mejor relación de costo–efectividad–resolutividad de las intervenciones según las posibilidades que brinda el saber y las tecnologías disponibles de salud y administración. La práctica de este enfoque debe ayudar a mejorar la calidad, la equidad y la eficiencia del SGSSS.

Se ha evidenciado que las limitaciones de la actual reglamentación en salud para desarrollar trabajos comunitarios con los equipos de salud de hospitales públicos en el marco de la APS-R están relacionadas en su mayoría con el aseguramiento. A pesar de que se resalta la importancia de la APS-R en los planes y leyes, la estructura actual del sistema de salud en Colombia, dependiente del aseguramiento en salud, prioriza los intereses de las empresas intermediarias de los servicios de salud: las EPS y las IPS. Así, en la práctica, las estrategias que promueven la equidad en salud como la APS-R quedan en el papel y su aplicación depende de las comunidades, de las autoridades locales y del gobierno de turno.

Las comunidades y los actores institucionales quedan inmersos en un sistema de atención de la enfermedad con predominio de medidas individualizantes. Es escaso el reconocimiento de la APS-R y la participación comunitaria como estrategias para facilitar la transformación de las políticas sanitarias de los sistemas de salud.

Los perfiles epidemiológicos en salud se realizan sin considerar los territorios y los modos de vida de las comunidades, por lo que solo se reconoce el nivel clínico patológico como nivel de afección, donde el síntoma y el signo constituyen la semiología y la realidad de la enfermedad. En ese sentido, el tiempo, la persona y el lugar son categorías centrales de la epidemiología clásica que siguen siendo analizadas con lógicas, instrumentos y metodologías del siglo pasado.

CAPÍTULO 4

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La APS-R es una estrategia esencial para transformar la praxis en salud y transformar el sistema de salud en una herramienta que garantice el derecho fundamental a la salud intercultural. Para esto, es necesario valorar la experiencia local como fuente de enseñanza y aprendizaje con dos propósitos centrales para los pobladores del territorio local y nacional:

- Hacer de la paz una acción colectiva, sustentable y duradera en los territorios.
- Ampliar la democracia comunitaria como un mecanismo de inclusión social y política de todos los pobladores.

En primer lugar, para lograr la paz no es suficiente cuestionar el modelo biomédico y excluyente que prevalece en todo el territorio nacional. Se trata de no repetirlo para evitar el daño social que reproduce el conflicto y que impide generar calidad de vida para todos. El territorio adquiere un valor central por ser el espacio social donde se tejen los modos de vida que propician la salud y las relaciones interculturales que la fomentan y protegen.

En esta experiencia local, el territorio no se concibe como un recurso físico, mapeable, apropiable y explotable, que se puede despojar sin dañar el tejido social construido entre las familias y comunidades que lo habitan. Por el contrario, para las comunidades el territorio es el recurso colectivo más importante para la vida digna, la salud y el desarrollo de un buen vivir, sustentable y solidario.

Desplazar a las comunidades de sus territorios con el único fin de extraer renta y acumular más capital, mediante la renovación y explotación del valor de uso y el valor de compra del territorio, sin consultar el valor histórico, cultural, geográfico y político del mismo, reproduce conflictos, sacrifica poblaciones y perpetua el desplazamiento de familias que ya fueron desplazadas por los colonizadores con violencia sociopolítica. Hoy, de nuevo, estas comunidades son víctimas de la violencia de sus coterráneos que reproduce las formas coloniales de poder y genera un obstáculo insalvable para construir la paz y la salud colectiva.

Los actores comprometidos con la APS-R entienden que la paz es un componente esencial para esta iniciativa. Se propone que los territorios interculturales y de salud habitados por las comunidades puedan mantener el valor de la diversidad y la vida digna antes que plegarse a las políticas de extracción de recursos de forma indiscriminada. Si la tierra no se expropia y su soberanía colectiva se mantiene para la alimentación, el trabajo y el buen vivir, las comunidades y los ciudadanos podrán vivir con la restitución efectiva del derecho a la salud y la vida digna. Las zonas habitadas interculturalmente facilitan la integración sociopolítica para resolver los problemas ambientales y la vida comunitaria.

La paz como acción individual y colectiva es sustentable y duradera si se entiende que el territorio estructura la identidad individual y comunitaria, provee poder y facilita la organización colectiva para resistir la imposición de modelos de desarrollo que fomentan la neoextracción de los recursos naturales, el uso y el tráfico de drogas, el abuso y la explotación sexual, la venta de medicamentos, las tecnologías médicas y la industria sanitaria, sin reconocer el sentido y valor colectivo del territorio.

En segundo lugar, para implementar la APS-R se debe ampliar la democracia comunitaria mediante el mecanismo de inclusión sociopolítica de todos los pobladores. La ampliación de espacios de participación sociopolítica no divide la vida comunitaria, por el contrario, facilita la integración en torno al proyecto de la salud como bien común, colectivo y público.

El desafío consiste en un trabajo comprometido de la Universidad Nacional de Colombia, las instituciones públicas y las entidades privadas de los territorios para comprender el poder de la salud y su desarrollo comunitario con el fin de defender la salud como un derecho de todos y la vida digna de resultante de ejercer este derecho de manera colectiva.

La ampliación de la democracia conlleva un ejercicio comunitario de reconstrucción de la memoria ancestral y reciente, teniendo como base las relaciones sociales que han afectado el tejido social y han reproducido las inequidades en salud para los afrocolombianos, las mujeres, los ancianos, los indígenas y los niños. Es necesario examinar el papel del territorio como eje de la organización social y comunitaria para alcanzar la paz.

Los autores de este texto recomiendan que en Colombia se fomente una nueva experiencia integral en APS-R a partir de algunas preguntas que han formulado las comunidades excluidas sociopolíticamente:

- ¿En qué territorios urbanos o rurales del país se hace APS-R como base para la paz en Colombia?
- ¿Cómo trabajan las comunidades que aplican la APS-R dentro del sistema colombiano de salud para hacer realidad el derecho fundamental y universal a la salud?

La experiencia presentada en este texto señala reflexiones, percepciones, contradicciones, fortalezas y posibles líneas de acción que pueden tenerse en cuenta para posicionar la APS-R como una herramienta útil en la concreción del derecho a la salud de las comunidades.

REFERENCIAS

- Apraez, G. (2010). *Evaluación de la atención primaria de la salud en Colombia como política de salud: 1939-2008* (tesis de doctorado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://goo.gl/BWjtA6>.
- Asamblea Nacional Constituyente de Colombia. (20 de julio de 1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá, Colombia: Gaceta Constitucional 116. Recuperado de <http://goo.gl/itoCWo>.
- Breilh, J. (2015). Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica. En C. Morales, C. Eslava. (Ed.), *Tras las huellas de la determinación. Memorias del seminario interuniversitario de determinación social de la salud* (pp. 19–76). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Congreso de Colombia. (19 de enero de 2011). *Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial 47957. Recuperado de <https://goo.gl/5Z5K2F>.
- Congreso de Colombia (23 de diciembre de 1993). *Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial 41148. Recuperado de <https://goo.gl/DLbpbk>.
- De Vos, P., Guerra, M., Sosa, I., Ferrer, L., Rodríguez, A., Bonet, M., Lefèvre, P. y Van der Stuyft, P. (2011). Planificación y evaluación participativa e integral. *Medicina Social*, 6(2), 120–133. Recuperado de <https://goo.gl/mNQEQB>.
- Defensoría del Pueblo de Colombia. (2014). *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2014*. Bogotá, Colombia: Defensoría del Pueblo de Colombia. Recuperado de: <https://goo.gl/QKB3pQ>.
- Delgado, A. (2011). Ética y política en la concepción de la educación popular de Paulo Freire. *Universidades*, (50), 19–32. Recuperado de <https://goo.gl/4ubczx>.
- Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. (5 de febrero de 2013). *Resolución 0295 de 2013: Por la cual se declaran los ganadores de la III Convocatoria Proyección Social Universitaria - 2012*.
- Fajardo, H. (1994). Breve historia del Hospital San Juan de Dios y la educación médica en la Universidad Nacional de Colombia. *Rev. Fac. Med.*, 42(3), 167–169. Recuperado de <https://goo.gl/xPudrt>.
- Feo, O. (2015). Prefacio – Avanzando hacia la nueva APS: Cuidado integral de la salud con la participación de todas y todos. En ISAGS. (Ed.), *Atención primaria de salud en Suramérica*. Rio de Janeiro, Brasil: ISAGS. Recuperado de <https://goo.gl/o3nQzn>.
- Fergusson, S., Góngora, A., Borja, R., Camelo, J., Pinzón, J., Heredia, O., Castro, M. y Arias, E. (2013). *El San Juan Muere de Pie: la vida social de un hospital y la construcción de una causa* (informe de investigación). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Hospital San Juan de Dios. Recuperado de <https://goo.gl/fSAVmU>.

- Franco, S. (1999). *El quinto: no matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia*. Bogotá, Colombia: Tercer Mundo, Universidad Nacional de Colombia.
- Giovanella, L. y Magalhães, M. (2008). Atención primaria en salud. En L. Giovanella, S. Escorel, L. Lobato, J. Noronha. (Eds.), *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Brasil: Editorial Fiocruz. Recuperado de <https://goo.gl/1vheLE>.
- González, C. (1968). Atención médica de la población dispersa: experiencia de Venezuela. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS)*, 64(2), 57-70. Recuperado de <https://goo.gl/mKPaCj>.
- Heredia, N., Laurell, A., Feo, O., Noronha, J., González-Guzmán, R. y Torres-Tovar, M. (2014). The right to health: what model for Latin America? *The Lancet*, 385(9975), 34–37. Recuperado de <https://goo.gl/nGUFsT>.
- Labonte, R., Sanders, D., Baum, F., Schaay, N., Packer, C., Laplante, D., ...Pooyak, S. (2009). Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 8 (16), 14–29. Recuperado de <https://goo.gl/Fjvuys>.
- Macinko, J., Montenegro, H., Nebot, A., Etienne, C. y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev. Panam. Salud Pública*, 21(2/3), 73–84. Recuperado de <https://goo.gl/hqpGt8>.
- Milanese, E., Merlo, R. y Laffay, B. (2001). *Prevención y cura de la farmacodependencia. Una propuesta comunitaria*. México D.F., México: Plaza y Valdés Editores.
- Milanese, E. y Machín, J. (2007). *Drogas y exclusión social grave. Tercer seminario de expertos*. México D.F., México: Plaza y Valdés Editores.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (28 de mayo de 2013). *Resolución 1841 de 2013: Por la cual se establece el Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021*. Recuperado de <https://goo.gl/A3pd9j>.
- Moncayo, E. (2003). Resultados de las reformas del Consenso de Washington en los países andinos: estabilización incompleta, profundización de los desequilibrios sociales y crecimiento precario. *Economía y Desarrollo*, 2(1).
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, Alma-Ata, 6–12 de septiembre 1978*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de <https://goo.gl/vzyNwG>.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Copenhague, Dinamarca: OMS. Recuperado de <https://goo.gl/ghntCZ>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *La salud pública en las Américas. Instrumento para la medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública.*, Washington D.C., EE. UU.: OPS. Recuperado de <https://goo.gl/tWwD73>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington D.C., EE. UU.: OPS. Recuperado de <https://goo.gl/LJhpnW>.
- Piaget, J. (1968). *Psicología de la inteligencia*. Buenos Aires, Argentina: Proteo.
- Ramírez, A. (2005). Reseña de «Estrategias docentes para un aprendizaje significativo» de Frida Díaz Barriga Arceo y Gerardo Hernández Rojas. *Tiempo de Educar*, 6(12), 397-403. Recuperado de <https://goo.gl/4RhWSx>.

- Rovere, M. (2012). Atención primaria en salud. *Saúde em debate*, 36(94), 327–342. Recuperado de <https://goo.gl/WiLRpo>.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. (2012). *Plan territorial de salud Bogotá Distrito Capital 2012–2016*. Bogotá, Colombia: Secretaría Distrital de Salud.
- Testa, M. (1988). Atención ¿primaria o primitiva? de salud. En H. Spinelli, C. Ferrer, R. Diez, A. Wilner, V. López, L. Migueles, ...P. Vaccaro. (Eds.), *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud* (pp. 75–90). Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Lanús. Recuperado de <https://goo.gl/vn3Lbg>.
- Tilly, C. y Tarrow, S. (2015). *Contentious politics*. New York, EE. UU.: Oxford University Press.
- Torres, A. (2015) La investigación acción participativa: entre las ciencias sociales y la educación popular. *La Piragua*, (41), 11-20. Recuperado de <https://goo.gl/cjqG9L>.
- Touraine, A. (1987). *Actores sociales y sistemas políticos en América Latina*. Ginebra, Suiza: Organización Internacional del Trabajo. Recuperado de <https://goo.gl/mPdceU>.
- Vygotsky, L. (1978). *La mente en la sociedad: el desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Cambridge, Reino Unido: Harvard University Press.
- Walsh, C. (2009). *Interculturalidad, estado y sociedad. Luchas (de) coloniales de nuestra época*. Quito, Ecuador: Ediciones Aby-Yala. Recuperado de <https://goo.gl/1kMHZZ>.
- Zibechi, R. (2007). *Autonomías y emancipaciones. América Latina en movimiento*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Programa Democracia y Transformación Global. Recuperado de <https://goo.gl/ka1u4T>.
- Zúñiga, M. (2003). *Cartografía de los mundos posibles: miradas de protesta a la sociedad desde el rock y reggae costarricense*. Buenos Aires, Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Recuperado de <https://goo.gl/U85cGf>.

Este libro fue editado por la Unidad de Publicaciones
de la Facultad de medicina en noviembre de 2017,
año del sesquicentenario de la
Universidad Nacional de Colombia,
patrimonio de todos los colombianos.
Bogotá, D. C., Colombia

