

*Lecciones aprendidas
en la construcción de un modelo
diferencial de Atención
Primaria en Salud*

Puerto Merizalde, Buenaventura D.E.

Créditos

Participación y autonomía para una salud propia del Litoral Pacífico

© Janeth Cecilia Gil Forero, Laura Catalina Blandón Lotero.
Cali / Universidad Icesi, Universidad Santiago de Cali, 2018

© Universidad Icesi
Noviembre de 2018, primera edición.
ISBN:

Rector:

Francisco Piedrahita Plata

Directora de Investigaciones:

Luisa Fernanda Prado

Coordinador Editorial:

Adolfo A. Abadía

© Universidad Santiago de Cali
Noviembre de 2018, primera edición.

Rector:

Carlos Andrés Pérez Galindo

Directora de Investigaciones:

Rosa del Pilar Cogua Romero

Editor en jefe:

Eduardo Javier Ordóñez

Diseño de contenido:

Janeth Cecilia Gil Forero
Laura Catalina Blandón Lotero
Adriana Núñez Cabrera (Monitoreo y evaluación)

Diseño y diagramación:

Sandra Marcela Moreno Bolaños

Fotografía:

Marta Cecilia Jaramillo Mejía.

Editorial Universidad Icesi

Calle 18 No. 122-135 (Pance), Cali - Colombia
Tel.: +57 (2) 555 2334
E-mail: editorial@icesi.edu.co
www.icesi.edu.co/editorial

Editorial Universidad Santiago de Cali

Calle 5 #62-00 (Pampalinda), Cali-Colombia
Tel.: +57 (2) 518 3000
E-mail: editor@usc.edu.co
www.usc.edu.co

Impreso en Colombia / Printed in Colombia

Investigadoras Distrito Buenaventura:

Janeth Cecilia Gil Forero
Universidad Santiago de Cali

Asistente de investigación:

Laura Catalina Blandón Lotero
Universidad Icesi

Investigadora principal:

Marta Cecilia Jaramillo-Mejía
Universidad Icesi

La paz no debe ser entendida sólo como la ausencia de guerra y la lucha de los pueblos o individuos, sino vista como tranquilidad, gozo que le permite al individuo temperamentos de sosegados para sí mismo y para con los demás. Es por eso, que tener un entorno saludable es una manera de convivir en paz y evitar así enfermedades que puedan llevar a la muerte y al mismo tiempo a conflictos entre vecinos.

*Rosa Nelly Mosquera Arroyo.
Líderesa de Puerto Merizalde, Buenaventura, DE.*

Presentación

En el marco del proyecto "Viabilidad de desarrollar un modelo basado en Atención Primaria en salud para municipios con alta dispersión rural del Litoral pacífico colombiano", financiado con recursos públicos de Colciencias y ejecutado por la Universidad Icesi, Pontificia Universidad Javeriana-Cali, Universidad Santiago de Cali y Universidad Libre-seccional Cali, se convocó a todos los actores sociales, institucionales, Organizaciones No Gubernamentales -ONG's- nacionales e internacionales y los entes territoriales, a participar en la construcción de un modelo de Atención Primaria en Salud (APS), con enfoque diferencial. En el territorio de Puerto Merizalde, sobre la ribera del río Naya, fueron más de 20 líderes comunitarios los que participaron activamente en el diplomado "Participación y Autonomía para una salud propia del Litoral pacífico".

Para todas las organizaciones que hicieron parte de este proceso durante más de dos años de trabajo de campo: Consejo Comunitario de la Cuenca del Rio Naya, Junta de Acción Comunal, Iglesia Sagrado Corazón de Jesús, docentes de la Escuela Patricio Olave Ángulo, trabajadoras/res del Hospital ESE San Agustín, Asociación de Mujeres AINI, Fundación Creciendo Felices y demás miembros de la comunidad, el reconocimiento a su trabajo, empeño y entusiasmo en el desarrollo territorial de Puerto Merizalde, esperando este documento les sea útil para los propósitos de seguir avanzando en la construcción de un territorio sustentable, justo, equitativo y en paz.

Janeth Cecilia Gil Forero. Cali-Colombia, 2018.





Objetivo del documento

En particular, esta cartilla busca facilitar la comprensión del proceso de construcción de un modelo diferencial en Atención Primaria en Salud para los habitantes de Puerto Merizalde, corregimiento del Distrito de Buenaventura, a través de la metodología "aprender haciendo" (Rodríguez y Ramírez, 2014). La presentación de los principales momentos de la construcción del modelo, están orientados a socializar los resultados del proyecto de investigación con la comunidad, así como a brindar herramientas a los principales líderes, lideresas y demás agentes comunitarios que se encuentran comprometidos con el desarrollo, para que expliquen y repliquen, de manera clara y coherente, el proceso de construcción del modelo, profundizando, específicamente, en el concepto propio de salud, sus determinantes sociales, la historia del territorio y algunos datos socio-demográficos.

Río Naya



***Ubicación
Puerto Merizalde***

Cauca

Puerto Merizalde



*Elaborado por: Johana Patricia Ramos Advincula
Apoyado por: Janeth Cecilia Gil Forero, Universidad Santiago de Cali*

////

Año: 2017

Historia

La cuenca del río Naya, conocida también como "región del Naya", está ubicada entre los departamentos del Valle y Cauca, limita por el oriente con los cerros San Vicente (3.000 m.s.n.m) y Naya, (2.650 m.s.n.m) sobre la cordillera occidental; por el occidente con el Océano Pacífico; por el norte con el cambio de aguas de los ríos Yurumanguí y Naya, y por el sur con el cambio de aguas de los ríos Naya y San Juan de Micay. Comprende un área aproximada de 170.000 hectáreas.

La población afrodescendiente que reside en el corregimiento de Puerto Merizalde, principal centro poblado del Río Naya reconoce la fundación de su territorio el 9 de marzo de 1935, por Monseñor Bernardo Merizalde Morales.

Particularmente, Puerto Merizalde es un puerto fluvial ubicado en el sur occidente de Colombia a 80 km de Buenaventura, DE, principal puerto del pacífico colombiano.



Datos demográficos



Datos Demográficos

Figura 1.
Número de habitantes

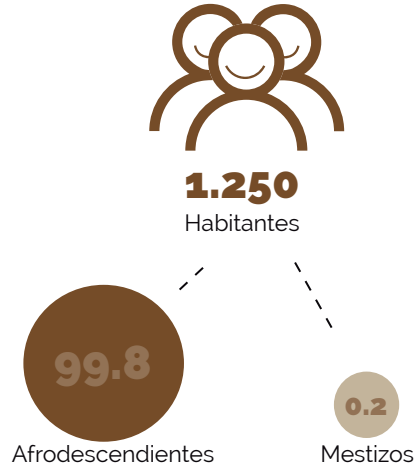
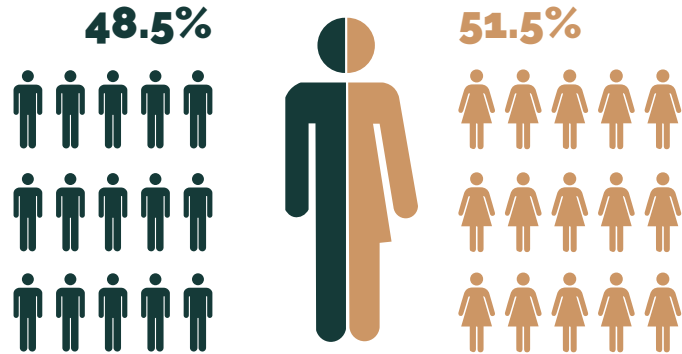


Figura 2.
Distribución por sexo



Datos Demográficos

Figura 3.
Distribución por grupo de edad
2017

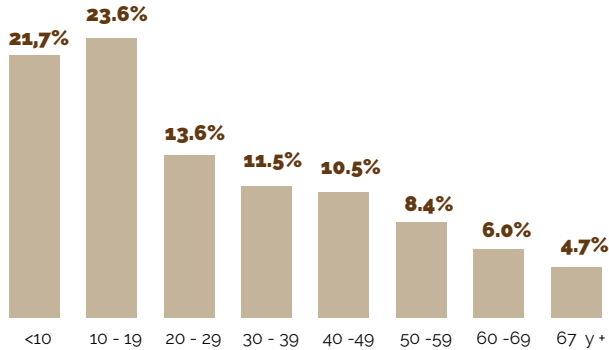
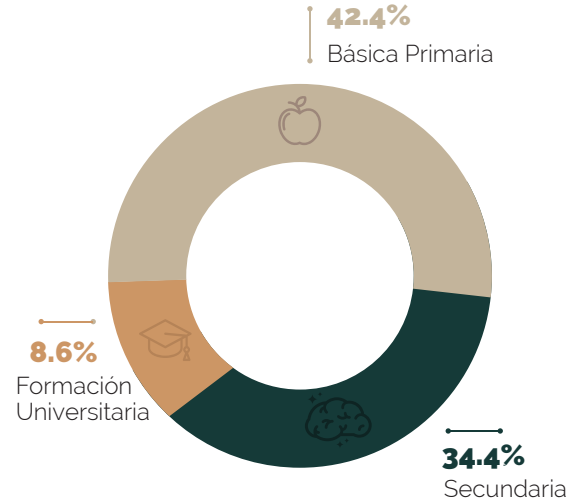


Figura 4.
Nivel educativo



Datos Demográficos

Figura 5.

Población en centro educativos

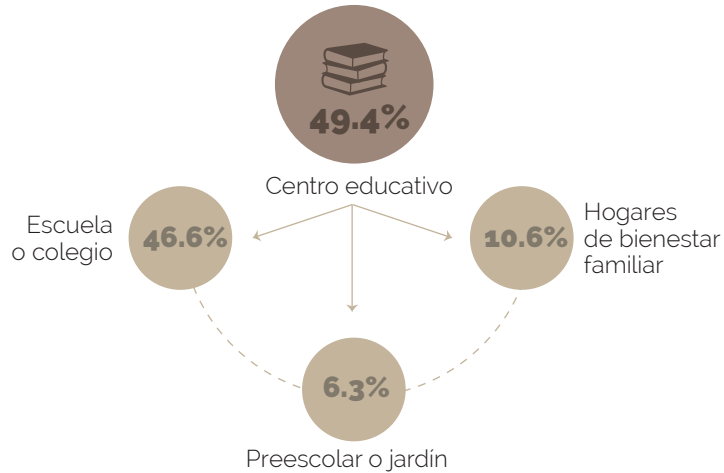
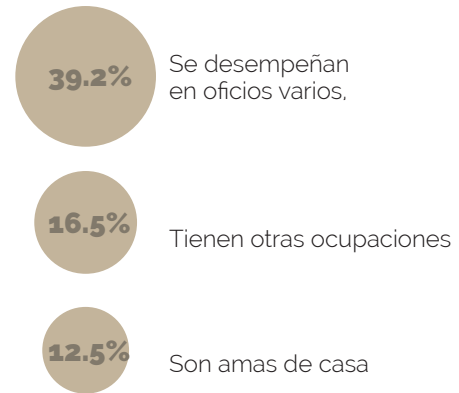


Figura 6.

Labor que desempeñan



Datos Demográficos

Figura 7.
Tipo de vivienda

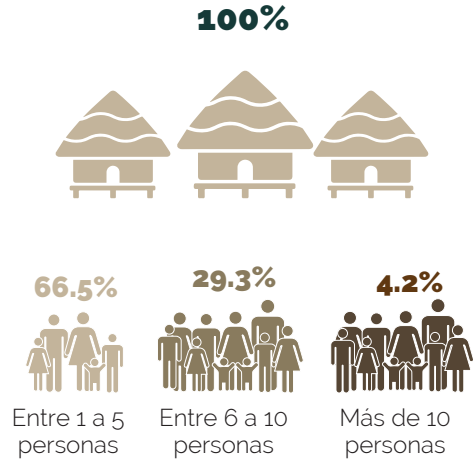
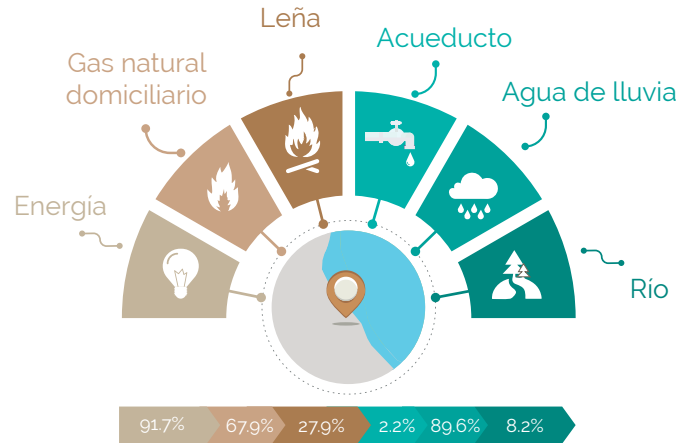


Figura 8.
Presencia del servicio público



Datos Demográficos

Figura 9.
Sistema de salud

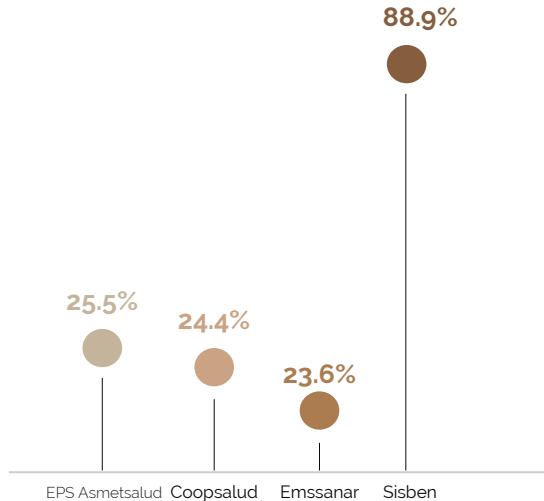
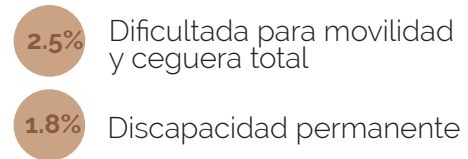
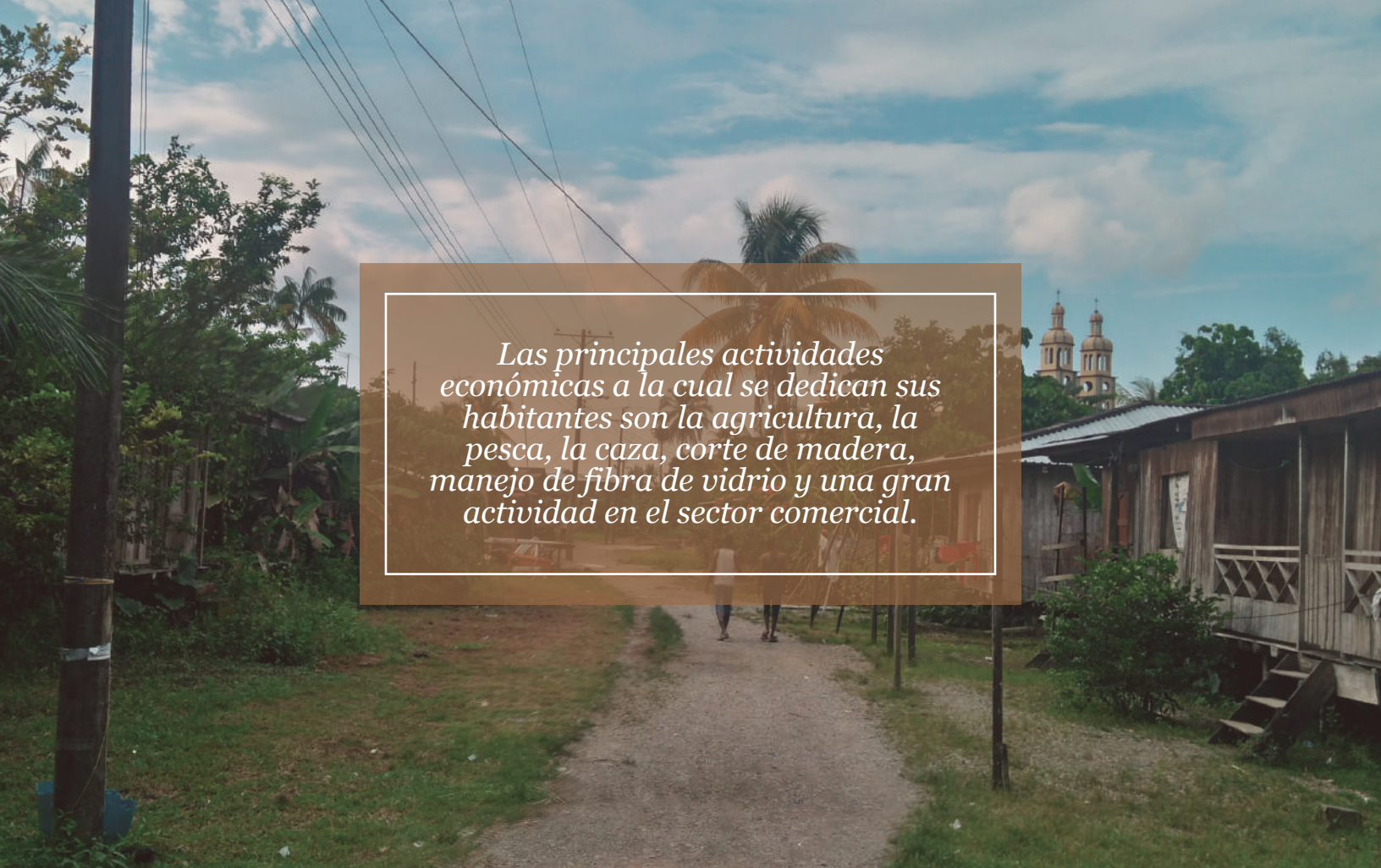


Figura 10.
Asistencia a programas de salud



Figura 11.
Discapacidad



A photograph of a dirt road in a rural village. On the right, there are wooden houses with corrugated metal roofs. In the background, a church with two domes is visible. The sky is blue with some clouds. A semi-transparent brown box with a white border is overlaid on the center of the image, containing text.

Las principales actividades económicas a la cual se dedican sus habitantes son la agricultura, la pesca, la caza, corte de madera, manejo de fibra de vidrio y una gran actividad en el sector comercial.



MÓDULO UNO
Sanar el territorio

Historia de la comunidad: ¿cómo era, cómo es y cómo sueñan que sea en cinco años Puerto Merizalde?

En el ejercicio de reconocer cómo fue la historia de la comunidad, las preguntas orientadoras que se emplearon en este primer módulo del Diplomado fueron:

¿Cómo era Puerto Merizalde hace 20 años?
¿Cómo es Puerto Merizalde en la actualidad? ¿Cómo se sueñan a Puerto Merizalde en cinco años?

En grupo focal y en un ejercicio de remem-branza con la comunidad, uno de los habitantes que lleva en el territorio más de 20 años, expresó:

Hace 20 años en el territorio había una Galería, estaba Ecopetrol, existía lancha de transporte de carga pesada, Inspección de Policía, Fuerzas Armadas del Ejército y Policía, convenios europeos, Acueducto, no había presencia de fuerzas armadas al margen de la ley. También tenían Internado de estudios, Colegio, Bancos, Parque Aserriós, Hospital, la cooperativa “Multi-pacífico”, había más fuentes de empleo y más unión comunitaria.

“Hace 20 años atrás la tierra nos daba mucho más producto que ahora, porque acá no teníamos cultivos ilícitos y eso nos ha afectado mucho nuestro pan coger, es decir que no produce porque la fumigación ha matado nuestros cultivos”.



Anteriormente, según testimonio de los adultos mayores, no se veían tantas enfermedades como en la actualidad, vivían de cortar madera, la agricultura, la pesca, destilar viche entre otros, el agua la tomaban del río o de la lluvia, muchas personas sacaban el agua de las quebradas, no hervían el agua ni le daban ningún tratamiento a esta, se alimentaban de los productos que cultivaban.

Estos relatos dan cuenta que en la construcción de un modelo diferencial basado en la estrategia de APS es importante conocer la historia y actividades a las cuales la comunidad se dedica o realiza, las condiciones de salud y los factores de riesgo. Estas condiciones es a partir de los años 70 fueron denominadas "determinantes".

Varios modelos han intentado explicar la producción o pérdida de salud y sus determinantes. Entre los modelos clásicos, toma especial relevancia el modelo holístico de Laframboise (1973), desarrollado por Marc Lalonde (1974), ministro de sanidad canadiense, en el documento Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses.

Hoy este territorio tiene presencia de algunas instituciones que se encargan de una u otra forma del bienestar de los habitantes de Puerto Merizalde y de los habitantes de las veredas del río Naya y de los ríos aledaños (Yurumangui, Cajambre, Micay entre otros.) así como servicios públicos que en gran parte son por agentes privados como son: telecomunicación avanzada, transporte marítimo y terres-

tre, hotelería, televisión satelital, gas metano. Carecen de servicios públicos (alcantarillado, acueducto, energía eléctrica las 24 horas, no hay caseta comunal.

Hay un parque recreativo ubicado detrás de la iglesia, y al lado de esta institución sagrada existe una loza en cemento muy deteriorada para jugar basquetbol y microfútbol, y sobre la calle la Tola, una cancha de fútbol que la comparten con otras comunidades incluso indígenas, quienes la utilizan en torneos que organizan por su cabildo. Hay una institución educativa técnica agropecuaria llamada Patricio Olave Ángulo, tiene primaria y educación media, el bachillerato completo no es dictado en esta zona rural. Hay iglesias de diferentes expresiones religiosas, siete en total, la más

representativa es la Iglesia Sagrado Corazón de Jesús, pero también la iglesia Pentecostal, Testigos de Jehová y Trinitaria entre otras.

Uno de sus habitantes expresa:

“Puerto Merizalde como comunidad saludable tiene graves problemas de contaminación ambiental por basuras, excretas, residuos químicos y animales (vivos y muertos). En lo nutricional está regular ya que la gente consume proteínas, carbohidratos y verduras (en menor cantidad) pero no tenemos el conocimiento de balancearlo, en muchos casos saturamos el consumo con uno de ellos, es lo que podemos comprar porque ya poco produce la tierra”.



¿Qué es la salud?

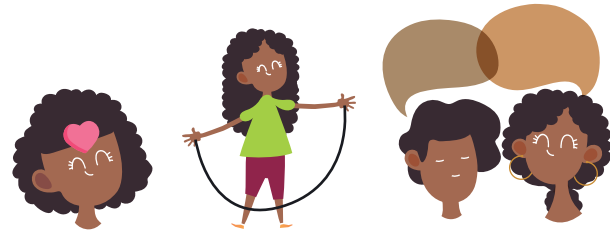
La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), postula que la salud es "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia" es decir, que, desde esta perspectiva, la salud implica componentes de bienestar a nivel biológico, afectivo, social y cultural.

Si recordamos aspectos del Modelo de Blum (1981) o campo de fuerzas de la salud, hay que considerar la salud como la resultante de la agrupación de fuerzas que categorizan los factores que intervienen en el proceso salud enfermedad, y señala cuatro factores que se relacionan y se modifican entre sí mediante un círculo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales.

- Salud -

Estado completo de bienestar físico, social y mental que tiene una persona.

(OMS, 2013)



Mental

Física

Social-Ambiental

Conceptos previos: salud y enfermedad desde la mirada de la comunidad.

De acuerdo con el concepto de salud propuesto por algunos participantes del Diplomado, éste está relacionado con: "la tranquilidad y el bienestar". Algunos otros apuntaron a entender la salud a partir de algunas acciones como el cuidado del río:

*“Cuidar el río, es quien nos permite estar bien.
Mantener nuestro entorno limpio, libre de basura.
La alegría, el gozo, la música y el baile es salud”.*

Sin embargo, en un ejercicio de consenso la comunidad define la salud como:

*“Mantener un territorio limpio, libre de contaminación en la cuenca del río Naya, que nos permita vivir saludablemente, en armonía, paz y bienestar social.
Que nuestro comportamiento nos permita buenos hábitos como: ejercicio, alimentación saludable, higiene personal y realizar actividades saludables en nuestro territorio para sentirnos bien”.*

En síntesis, la comunidad de Puerto Merizalde definió la salud como un concepto relacionado tanto con la prestación de los servicios de salud (medicamentos, médicos, acceso a la salud), como con condiciones materiales de bienestar (seguridad, unidad, sueldo adecuado, trabajo, recreación, vivienda, comodidades, transporte). Sin embargo, llama la atención que en que la salud está relacionada, a su vez, con condiciones inmateriales de bienestar tales como la tranquilidad, la felicidad, y la espiritualidad.

Determinantes Sociales de la Salud.

Al retomar el concepto de determinantes sociales en salud - DSS, como las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, así como las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar, los DSS apuntan a rasgos específicos del contexto social que afecta la salud y los mecanismos por los cuales las condiciones sociales se traducen en impactos en la salud, como, el ingreso, el empleo, la educación, la vivienda y el medio ambiente (figura 2).

Los Determinantes Sociales en Salud (DSS) dan cuenta del compromiso del Estado para con los territorios, al igual que reconoce características propias de la cultura, las

costumbres, creencias; más hoy donde la población debe gozar de la salud como un derecho fundamental, haciendo frente a la política de atención integral en salud – PAIS, que brindará cobertura y acceso a los diversos territorios de Colombia teniendo en cuenta la diferenciación intercultural, la dispersión de los territorios.

Varios modelos han intentado explicar la producción o pérdida de salud y sus determinantes. Entre los modelos clásicos, toma especial relevancia el modelo holístico de Laframboise (1973), desarrollado por Marc Lalonde (1974), Ministro de Sanidad canadiense, en el documento “Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses”.

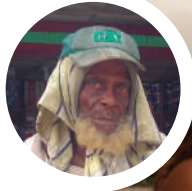


Biológicos

Diabetes
Compatibilidad Sanguínea
Síndrome de Down
Hipertensión arterial
Asma

Comportamentales

Maltrato, diálogo
Agresión, física
Enfermedades de transmisión
Higiene
Hábitos
Falta de conocimiento
Normas
Educación
Cultura





*Determinantes
de
SALUD*

Ambientales

- Erosión / deforestación
- Paludismo
- Contaminación (río, práctica indebida de la minería, mal manejo de los residuos, hidrocarburos)
- Quemas indebidas
- Servicios públicos deficientes
- Mosquitos
- Agua potable
- Recolección de basuras

Institucionales

- Oportunidad
- Acceso
- Cobertura
- Recursos (médicos)
- Coordinación
- Comunicación

Se determinó que la prelación son los determinantes socioeconómicos, culturales y del comportamiento ya los relacionados con los servicios de salud. Dentro del primer grupo resultan más frecuentes la recreación, el mejoramiento de las condiciones de la vivienda, la educación, las condiciones de higiene, transporte y alimentación. Y, en el segundo grupo, resulta determinante para esta comunidad el no contar con un puesto de salud (infraestructura) y la ausencia de personal sanitario que los atienda frente a una emergencia.

En ese sentido, sus prioridades están relacionadas con: el medio ambiente, la convivencia, la cultura y deporte, economía y trabajo, uso del tiempo libre en los jóvenes, el cuidado del adulto mayor, la presencia de instituciones de salud.

¿Qué es la Atención Primaria en Salud?

La Atención Primaria en Salud (APS) es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud como del desarrollo social y económico de la comunidad.

Reúne un conjunto de actividades

- * Educación sanitaria
- * Inmunizaciones
- * Atención materno infantil
- * Acceso a medicamentos
- * Atención y control de enfermedades endémicas y epidémicas.

Nivel de asistencia

- * Primer contacto directo y permanente (individual y comunitario) con el asistente de salud.
- * Atención básica.

Estrategia

- * Reconocimiento integral de necesidades y demandas.
- * Organización efectiva de respuestas para toda la población.
- * Alto costo-beneficio en las actuaciones.
- * Resultados relacionados con efectividad y sostenibilidad.

Filosofía

- * Se asume el derecho a la salud como marco orientador del qué hacer sanitario.
- * Resultados relacionados con equidad.

La aplicación de la estrategia de la APS exige una adaptación a las características y necesidades de cada lugar.



Erradicar la pobreza extrema y el hambre



Mejorar la salud en la maternidad



Educación básica para todos



Avanzar en la lucha contra virus y otras enfermedades



Igualdad de oportunidades para el hombre y mujer



Asegurar un medio ambiente sano y seguro



Reducir la mortalidad infantil



Liderar una sociedad global para el desarrollo

Atención Primaria en Salud.

Establece condiciones para cuidar el derecho a la salud y reducción de inequidades.

Se concibe como una estrategia efectiva en la atención integral a la salud de las poblaciones.

Es una alternativa por su enfoque hacia determinantes y la reorientación hacia servicios de salud integrales.

-

No se debe confundir el concepto de APS con el de asistencia médica primaria o atención familiar. Además, la APS incluye el control de los determinantes sociales.




Para recordar

La APS es parte integral tanto del Sistema Nacional de Salud, como del desarrollo social y económico de la comunidad.

La aplicación de la estrategia de APS exige una adaptación a las características y necesidades de cada lugar.

No se debe confundir el concepto de APS con el de asistencia médica primaria o atención familiar. La APS incluye control de los determinantes sociales.





MÓDULO DOS
—
*Estrategias para
sanar el territorio*

Las estrategias en salud son mecanismos utilizados con el fin de fortalecer las capacidades de las comunidades en la identificación de problemas relevantes para la salud, al igual que examina los efectos generados y relaciona las posibles causas del problema, para formular soluciones viables y pertinentes, de acuerdo con cada contexto y en busca de metas colectivas.

La consolidación de estas capacidades favorece la progresión hacia el análisis por parte de la comunidad de situaciones que permiten determinar sus necesidades y soluciones desde sus recursos, aportando a la organización y empoderamiento comunitario, que va de la mano con otras estrategias comunitarias. El resultado final de la de la

estrategia utilizada, fue la construcción de un compromiso con la comunidad de Puerto Merizalde para el control social, trabajando de forma armónica sectorial e intersectorialmente, favoreciendo la corresponsabilidad entre ciudadanía y Estado en la generación de respuestas a los problemas identificados.

La identificación de brechas desde los diversos actores de Puerto Merizalde permite la priorización de necesidades desde la participación comunitaria para plantear estrategias en salud, con el fin de construir conjuntamente estrategias dentro de un modelo de atención primaria en salud APS que fortalezca las capacidades de las comunidades en la identificación de problemas relevantes para la salud desde una

mirada desde los determinantes sociales y con un enfoque de derechos.

El objetivo del módulo 2, fue el de buscar estrategias viables para sanar el territorio, que surgieran de la experiencia propia de las comunidades o de nuevas iniciativas por acciones colaborativas, a partir de formas de organización y liderazgo, que propiciaran cambios socio ambientales, socio culturales, y socio económicos de su territorio; desde los determinantes sociales, culturales y territoriales para buscar soluciones dentro de un modelo propio de Atención Primaria en salud – APS; a partir del diagnóstico participativo que se construyó con la comunidad y el concepto de salud propia y que pueda ser implementado con sus recursos en un corto plazo.

Durante el desarrollo del módulo, se realizaron jornadas de trabajo que se llevaron a cabo a través de talleres, garantizando espacios de formación basados en el intercambio y socialización de experiencias y saberes. Esto implicó un alto compromiso de los participantes con el mismo proceso de trabajo colectivo.

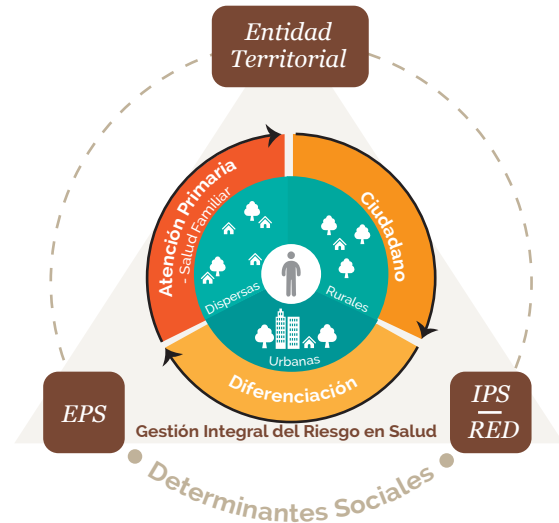
Dentro de las temáticas abordadas se manejó la definición de Salud propia; comunidad y liderazgo a nivel individual y colectivo a fin de propiciar cambios en la salud propia desde los determinantes sociales identificados en el módulo anterior; relaciones de poder, identificando los actores de poder y su relación con el territorio; prácticas de salud y ruralidad, reconociendo la ruralidad y proponiendo estrategias para sanar el territorio.

Al final del módulo se realizó análisis de la información recolectada desde la participación y los consensos para identificar las estrategias para sanar el territorio, como se describe a continuación:

Presentación del Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS

¿Qué es el Modelo Integral de Atención en Salud?

Es un conjunto de estrategias, lineamientos y herramientas que, al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud, para responder a las necesidades de las personas. Se sustenta e incorpora las estrategias de APS y garantiza la atención a la persona, la familia y la comunidad, a partir de sus Determinantes Sociales en Salud (2014).



Ministerio de Salud y Protección Social (2015)

Se sustenta e incorpora las estrategias de APS y garantiza la atención a la persona, la familia y la comunidad, a partir de sus Determinantes Sociales en Salud.

URGE

URGENCIAS



MISION
MEDICA



Actores del Modelo Integral de Atención en Salud:

<i>Nacional</i>	<ul style="list-style-type: none">• Superintendencia Nacional de Salud• Ministerio de Salud• FOSYGA
<i>Municipal</i>	<ul style="list-style-type: none">• Secretaria Distrital
<i>Regional</i>	<ul style="list-style-type: none">• Secretaria de Salud Departamental
<i>Institucional</i>	<ul style="list-style-type: none">• IPS• EPS

Fuente: MinSalud (2015).

Marco Legal:

El MIAS se enmarca en la siguiente normatividad:

- Artículos 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia (1991).
- Ley 21 de 1991, por medio de la cual se adopta el Convenio 169 de 1989 de la OIT.
- Ley 100 de 1993, que establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud y garantiza a la población el derecho irrenunciable a la seguridad social como un servicio público esencial y obligatorio, en particular los artículos 1, 2, 3, 6, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 177, 184, 185, 194, 238 y 239.

- Ley 691 de 2001, por medio de la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el SGSSS.
- Ley 715 de 2001, que establece los criterios para la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones de Salud (SGP).

- Ley 1438 de 2011, artículo 30, relativo a la regulación especial en zonas con población dispersa.

- Ley 1751 de 2015, estatutaria en salud, que dispone en su artículo 24 el deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas.

- Plan Decenal de Salud 2012-2021.

Con estas bases conceptuales los asistentes al Diplomado identificaron los siguientes actores que hacen presencia en el Puerto Merizalde, de importancia para la implementación del modelo diferencial basado en APS.

Actores de Puerto Merizalde.

Institucional - Gobierno

- Alcaldía Distrital.
- Inspección de policía.
- SRD salud.
- Defensoría del pueblo.
- Defensoría civil.
- E.P.A
- A.P. de desastres.
- CVC
- Instituciones educativas.

Soliales - ONG

- Justicia y paz.
- Conpaz.
- Cruz roja.
- Solidaridad internacional.
- Bomberos.
- AINI
- Maderero.
- Médicos sin fronteras.
- FUNJCREF.

Comunitarios

- Grupo juvenil.
- Comerciantes.
- Carpintero, lancheros.
- Meriecológicos.
- Sobanderos, curanderos.
- JAC
- Agricultores pescaderos.
- Scerdotes, catequistas.
- BOCANA, grupo folclórico.
- Comité veredal.
- Ingeniero empírico.

Fuente: elaboración propia con base en información recolectada en taller con la comunidad. Puerto Merizalde, 2017.

Análisis de involucrados:

Durante la identificación de los actores involucrados en la implementación del modelo diferencial basado en APS, los habitantes de Puerto Merizalde identificaron al Consejo Comunitario de las Comunidades Negras del Río Naya como la institución que ejerce la gobernabilidad en el territorio, desde su propia cultura y costumbres, soportado por la normatividad existente (Ley 70 de 1993). Asimismo, la Junta de Acción Comunal es otra de las instituciones con importancia en el territorio. Sin embargo, se identificó que no hay articulación entre las dos "Organizaciones de Base" en torno a proyectos comunes para el mejoramiento de la comunidad.

La politización y dispersión de las organizaciones sociales, hace que la comunidad sea

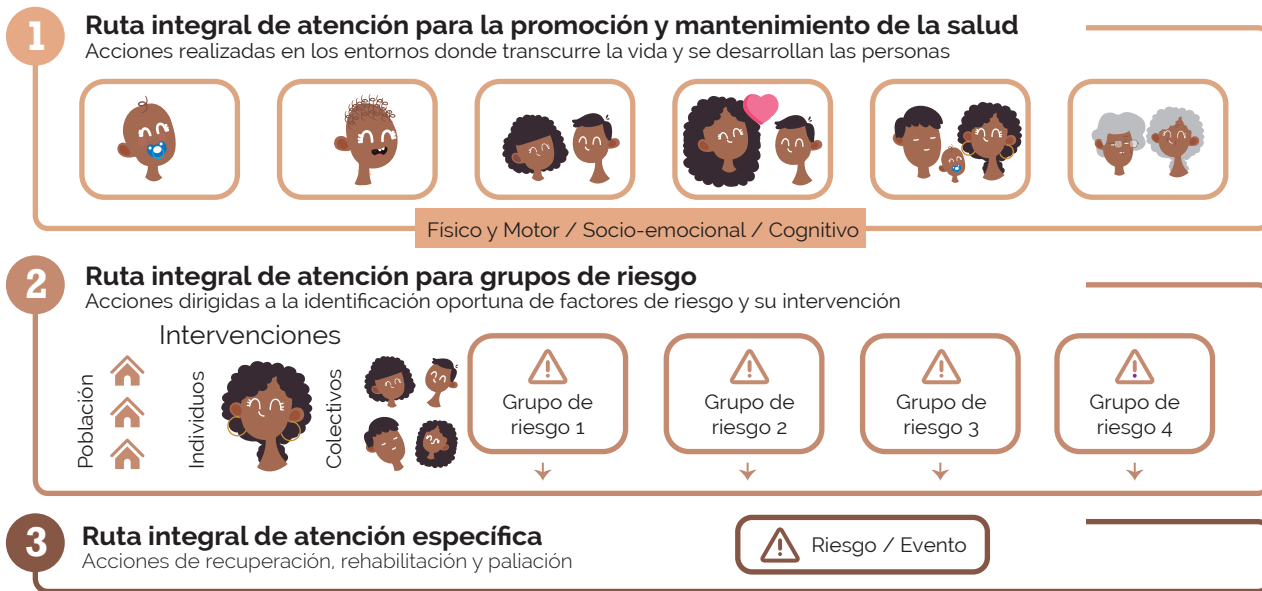
sea mucho más vulnerable a manipulación, así como debilita su capacidad para representar intereses colectivos.

Sin embargo, los Consejos Comunitarios al lado de la Junta de Acción Comunal son dos organizaciones estructuradas con bases políticas. La Junta de Acción Comunal cuenta con un equipo de trabajo, quienes inicialmente participaron de manera activa y propositiva en las primeras sesiones del Diplomado.

A ellos se sumaron representantes de las instituciones educativas, las madres comunitarias, grupos ecológicos, la Asociación de Mujeres -AINI-, quienes trabajan a favor de los derechos humanos y de la dignidad de las mujeres del Río Naya.

Ruta de Atención Primaria en Salud

Las rutas de Atención Primaria en Salud comprenden las acciones y las interacciones que el Sistema debe ejecutar para el manejo de riesgos colectivos en salud y la protección de la salud de la población, promoviendo entornos saludables para lograr el bienestar y el desarrollo de los individuos y las poblaciones (PAIS, 2016).



A partir de la explicación de qué es una ruta de atención en salud y luego de conocer la Ruta de Atención que traza el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia, los participantes identificaron las principales necesidades de Puerto Merizalde con el fin de construir sus propias rutas de atención, a partir del concepto propio de salud trabajado en el primer módulo.

Individuo



Dietas poco saludables.
Falta de ejercicio.
Lavado de manos.
Agua potable (acueducto)
Disposición de basuras.

Familia




Violencia intrafamiliar.
Poca tolerancia.
Mujer cabeza de hogar.
Agua potable.
Basuras.
Pozo séptico.
Trabajo en equipo.

Comunidad



Agua potable.
Basuras.
Tolerancia.
Comunicación.
Alcantarillado.
Energía.
Internet.
Telefonía fija.

Fuente: elaboración propia con base en información recolectada en taller con la comunidad. Puerto Merizalde, 2017.



MÓDULO TRES
—
*Implementación de
estrategias para
sanar el territorio*

Gestión Integral del Riesgo en salud:

El objetivo de la gestión integral del riesgo es anticiparse a los eventos en salud, las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, su evolución y consecuencias sean lo menos graves posibles.

¿Qué es un riesgo?

1. →
2. →
3. →

Riesgo Primario

Probabilidad de que ocurra un siniestro

Riesgo Universal



Conjunto de acciones que la autoridad sanitaria y los individuos **EJECUTAN** para **PREVENIR** el siniestro.

Fuente: elaboración propia (2018)



¿Qué es la Gestión Integral del Riesgo en Salud?

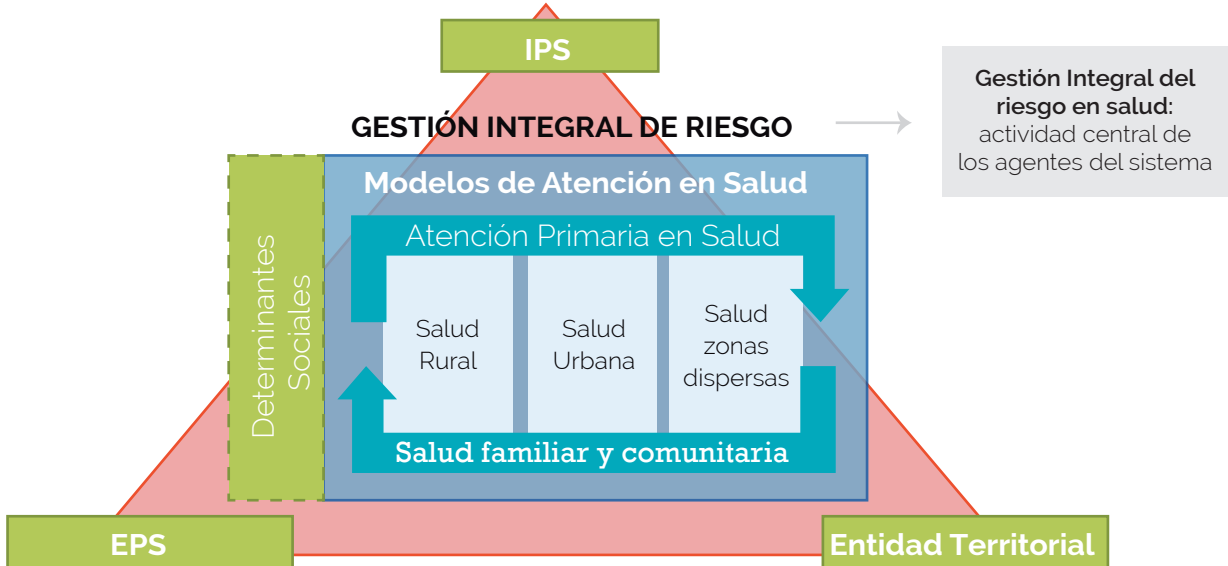
La gestión integral del riesgo en salud es una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. La GIRS se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que éstos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias. El objetivo que persigue la estrategia es el logro de un

mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y unos costos acordes a los resultados obtenidos.

Para que la gestión del riesgo evolucione se debe tener en cuenta:

- Fortalecimiento de la autoridad sanitaria en acciones sectoriales e intersectoriales.
- Implementación de RIAS- Rutas integrales de atención en salud, asegura atención integral.
- Definir redes integrales de salud.
- Lograr la corresponsabilidad de los actores del sistema, desarrollando capacidades para el cuidado.
- Articulación e interacción de las intervencio-

Gestión Integral del Riesgo en un modelo de salud:



Fuente :elaboración propia a partir de MinSalud (2014)

Riesgos identificados en Puerto Merizalde

- No cuentan con agua potable.
- Disposición final de las basuras.
 - No hay alcantarillado.
 - Problemas de excretas.
 - Alta contaminación.
- Presencia de roedores y plagas.
 - Mala alimentación
 - Falta de actividad física.
- Comportamientos agresivos en la comunidad.

Riesgos en salud

Fuente: elaboración propia con base en información recolectada en taller con la comunidad. Puerto Merizalde, 2017.

Priorización de riesgos en Puerto Merizalde.



Fuente: elaboración propia con base en información recolectada en taller con la comunidad. Puerto Merizalde, 2017.

Construcción de un modelo propio de APS:

Para la construcción del modelo propio de las comunidades en Buenaventura se partió de la información recolectada y consolidada desde la participación social de las comunidades llegando a obtener la perspectiva de la salud en las comunidades.

Modelo propio de APS:

Principios del modelo

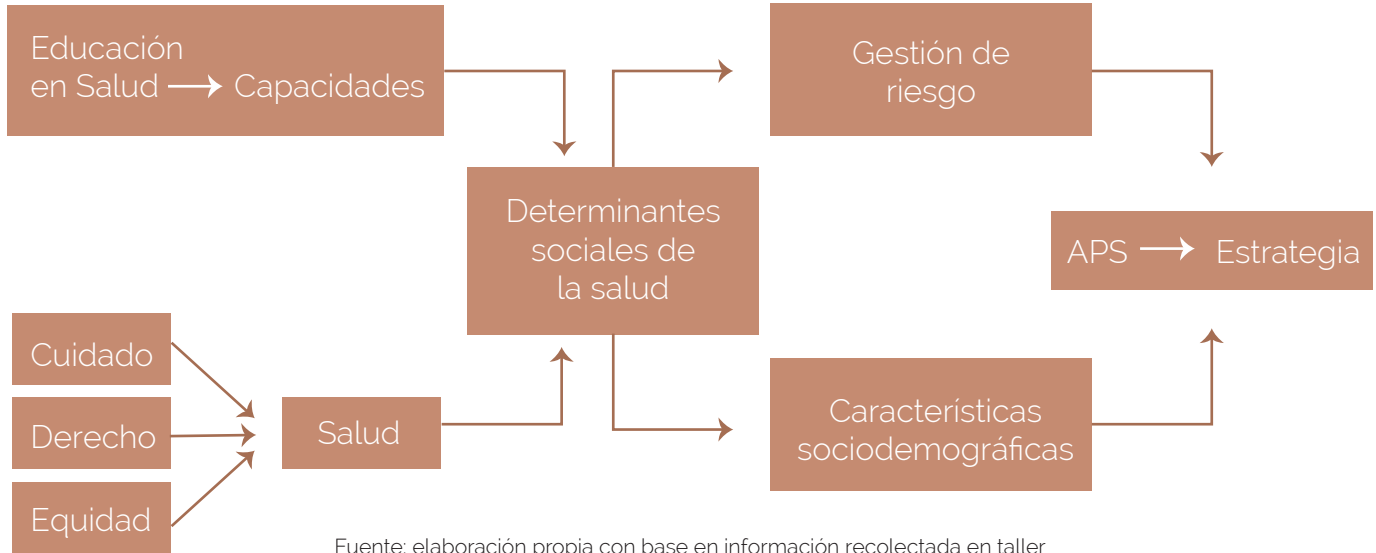
- Participación social y comunitaria que responda a las características culturales de cada territorio.
- Equidad, solidaridad e integralidad.
- Respeto, responsabilidad, buen trato, pertenencia y socialización.

Actores del modelo

- La comunidad organizada.
- Gestores de salud.
- Cuidadores tradicionales de la salud.
- CVC, Consejo Comunitario.
- Alcaldía, JAC, IPS.

Fuente: elaboración propia con base en información recolectada en taller con la comunidad. Puerto Merizalde, 2017.

Bases para la construcción de un modelo propio de APS:



Fuente: elaboración propia con base en información recolectada en taller con la comunidad. Puerto Merizalde, 2017.

Propuesta de la comunidad:

Dentro del proyecto "Viabilidad de desarrollar un modelo basado en atención primaria en salud para municipios con alta dispersión rural del litoral pacífico" Caso Buenaventura, se cuenta con la participación comunitaria para la construcción de un modelo propio, partiendo de las necesidades de las poblaciones, donde la participación comunitaria ha sido un componente importante para alcanzar empoderamiento de la comunidad en la construcción del modelo.

Se consideró la estrategia de APS un potencial para renovar el modelo de salud, la cual, con sus valores, principios esenciales aporta a la transformación del Sistema de Salud,

saliendo de un modelo de mercado a un modelo prevencionista que integra lo biológico y las condiciones socio culturales y se fundamenta en las políticas públicas, la participación social y los estilos de vida, buscando mejorar la salud rompiendo barreras y prácticas convencionales.

Con base en ello, los participantes del Diplomado propusieron el siguiente modelo para el territorio basado en la estrategia de APS:

Construcción del modelo propio de salud

Propuesta de la comunidad

Monitoreo, vigilancia y control.

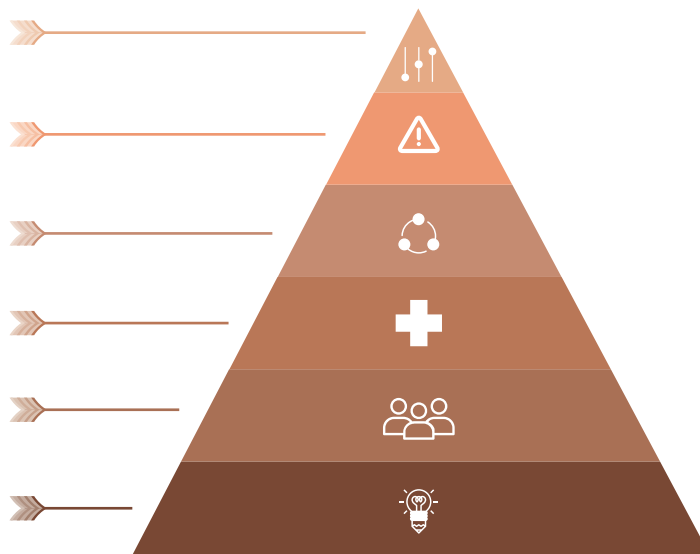
Gestión del riesgo - intersectorial.

Red de servicios y rutas de atención.
Asegurador.

Control de los determinantes.
Gestores comunitarios - Agentes de salud.

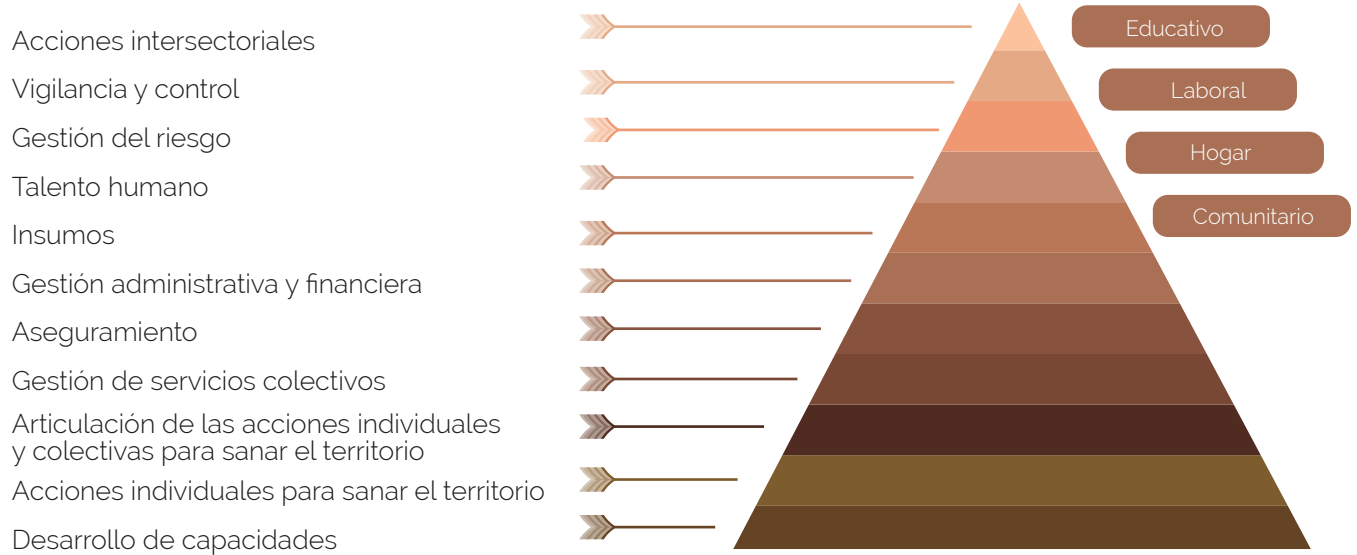
Estrategias para cuidar el individuo,
la familia y la comunidad.

Desarrollo de capacidades a los líderes
y comunidad - conocer el territorio.



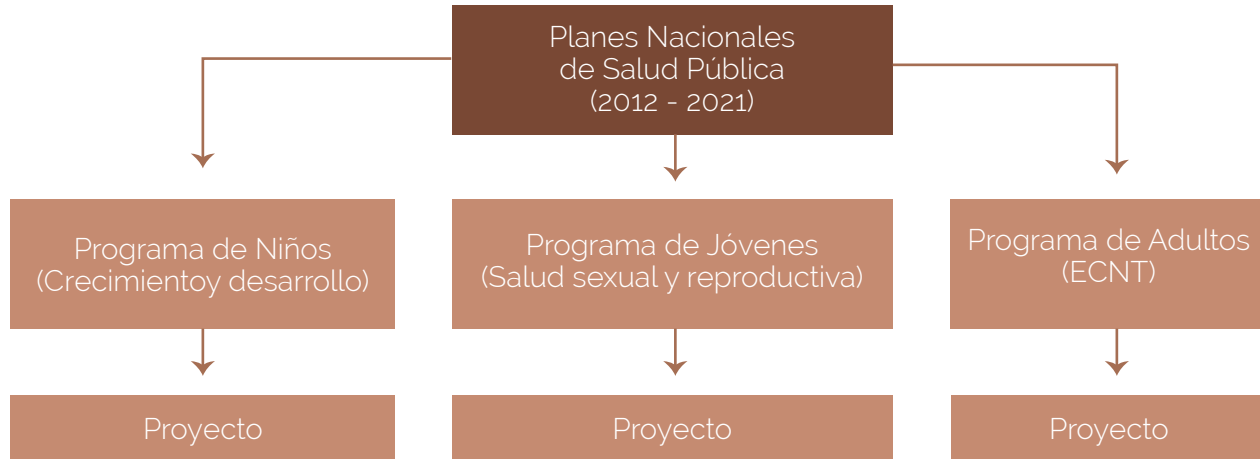
Fuente: elaboración propia con base en información recolectada en taller con la comunidad. Puerto Merizalde, 2017.

Modelo propio de Atención Primaria en Salud



Fuente: elaboración propia con base en información recolectada en taller con la comunidad. Puerto Merizalde, 2017.

Modelo propio de Atención Primaria en Salud



Programa APS para jóvenes del Río Naya

Problemática

- Salud sexual y reproductiva (ETS).
- Alcoholismo.
- Drogadicción.

Acciones

- Charlas y talleres.
- Visitas domiciliarias.
- Aprovechamiento del tiempo libre.
- Formación de escuela y conformación de grupos juveniles.

Actores

- Individuo.
- Familia.
- Comunidad.
 - C.C.
 - J.A.C
- Colegio.
- Iglesia.
- Hospital.
- S. Salud.

Liderado por

- Gestores de salud.
- Hospital e institución educativa.
- Demanda L.

Programa de prevención C y D

Problemática

- Enfermedades respiratorias (asma, tos, gripa).
- Enfermedades digestivas (diarrea, dolor abdominal, brotes en la piel, hongos, bajas defensas y desnutrición).
- Maltrato infantil (comportamental, falta de afecto y abuso sexual).

Acciones

- Buena alimentación.
- Buen uso del agua.
- Charlas educativas por parte del profesional.
 - Buen trato.
 - Comunicación.

Actores

- ICBF.
- Hospital.
- Madres comunitarias y padres de familia.

Liderado por

- Gestores de salud.
- Hospital e institución educativa.

Programa de prevención C y D

Problemática

- Malos hábitos alimenticios.
 - Enfermedades SPA (sustancias psicoactivas).
 - ETS
 - Sedentarismo (obesidad, mala circulación, calambres), hipertensión, diabetes, artrosis (reumatismo), gastritis, colesterol, cáncer de próstata y de cuello uterino, asma, enfermedades del colón, cáncer de mama, tuberculosis y/o cáncer de pulmón.

Acciones

- Buena alimentación.
- Charlas educativas por parte del profesional.
 - Jornadas de actividad física.

Actores

- Individuo.
- Comunidad
- ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar).
- HSA (hospital de San Agustín)
- Gestores de salud.
 - AINI

Liderado por

- Gestores de salud.
- Hospital e institución educativa.

MÓDULO CUATRO
—
*Monitoreo, Control
y evaluación del
modelo de salud*

La experiencia de construcción de un modelo diferencial para las comunidades de alta ruralidad dispersa del litoral pacífico colombiano hace evidente, que la APS como modelo comunitario no se presenta en estos territorios con todos sus componentes; que no contiene todos los atributos que la definen; y que esta situación responde a una complejidad territorial, cultural, étnica y de gobernabilidad particular para el caso de las comunidades de Puerto Merizalde del Distrito de Buenaventura.

Por todo lo anterior, los elementos del modelo de APS diferencial que se configura con estas comunidades, no puede ser monitoreado ni evaluado desde el marco tradicional. Por el contrario, todo el ejercicio

de investigación –señala– unos ejes de valoración a entender y monitorear como resultado de la experiencia. Entre ellos:

1. Las capacidades construidas para facilitar el empoderamiento de las comunidades en los asuntos de salud y protección de su entorno; así como los esfuerzos de construcción de capacidades comunitarias y auto determinación en el cuidado de la salud.
2. La acción y participación de actores en el bienestar común.
3. El desarrollo de instrumentos sociales para producir conocimiento, informar, proporcionar soporte, o apoyo a personas o grupos en el cuidado de la salud, el entorno y sus riesgos.

En esta unidad se encuentra el tablero de monitoreo y evaluación construido por la comunidad de Puerto Merizalde. A través de este tablero, la comunidad busca monitorear el autocuidado en salud y un territorio saludable.





















Nunca (Ninguna vez a la semana)














A veces (Dos veces a la semana)













Siempre (Una vez al día)

<i>Imagen</i>	<i>Hábitos</i>	<i>Valoración 1</i>	<i>V2</i>	<i>V3</i>	<i>V4</i>
	Hace parte de mi dieta diaria más de una comida cultivada en el territorio (pancoger).				
	Acompaño de mecató mis comidas al menos una vez al día.				
	Me motiva y me gusta el consumo de bebidas alcohólicas, drogas.				
	Cuando preparo los alimentos lavo mis manos.				
	Antes de tomar los alimentos mis manos están limpias por el agua y el jabón.				
	Cuento con elementos de aseo para ir al baño.				
	Lavo mis manos después de ir al baño.				
	Duermo con mi mascota en mi habitación.				
	Mi mascota tiene carnet de vacunación.				

<i>Imagen</i>	<i>Hábitos</i>	<i>Valoración 1</i>	<i>V2</i>	<i>V3</i>	<i>V4</i>
	Desparasito mis mascotas frecuentemente.				
	Limpio a mi mascota (eliminación de garrapatas o pulgas).				
<i>Imagen</i>	<i>Tratamiento del agua</i>	<i>Valoración 1</i>	<i>V2</i>	<i>V3</i>	<i>V4</i>
	Cocino el agua antes de preparar alimentos con ella.				
	Uso un filtro para el agua es parte de mi rutina diaria				
	Pongo cloro al agua para purificarla				
<i>Imagen</i>	<i>Seguimiento al cuidado en salud</i>	<i>Valoración 1</i>	<i>V2</i>	<i>V3</i>	<i>V4</i>
	Llevo control de citas médicas y uso de medicamentos				
	Tengo el carnet de vacunación con esquemas completos y al día				

<i>Imagen</i>	<i>Seguimiento al cuidado en salud</i>	<i>Valoración 1</i>	<i>V2</i>	<i>V3</i>	<i>V4</i>
	Lavo mis dientes después de cada comida.				
	Desparasito a los niños regularmente.				
	Llevo control de citas prenatales.				
	Llevo control de citas odontológicas y tratamientos.				
<i>Imagen</i>	<i>Actividad física</i>	<i>Valoración 1</i>	<i>V2</i>	<i>V3</i>	<i>V4</i>
	Participación en los torneos de futbol de la comunidad.				
	Realizo actividades como caminar, el futbol, natación al menos dos días a la semana				
<i>Imagen</i>	<i>Actividad física</i>	<i>Valoración 1</i>	<i>V2</i>	<i>V3</i>	<i>V4</i>
	Reutilizo las botellas plásticas.				

<i>Imagen</i>	<i>Disposición de basuras</i>	<i>Valoración 1</i>	<i>V2</i>	<i>V3</i>	<i>V4</i>
	Utilizo los desechos organicos (cascaras, ramas, hojas) para abono.				
	Reciclo cajas, cartón, papel para mejorar mi territorio.				
<i>Imagen</i>	<i>Gestión del riesgo</i>	<i>Valoración 1</i>	<i>V2</i>	<i>V3</i>	<i>V4</i>
	En caso de una emergencia hago uso de la cadena de llamado.				
	Conozco los puntos de encuentro en mi comunidad en caso de evacuación.				
	Identifico en el mapa de riesgos las zonas vulnerables de mi territorio.				

Reflexión final:

La construcción de un modelo de salud diferencial, desde la mirada Intercultural, es un campo sensible en la agenda de gobierno y en la política pública de los tomadores de decisiones de la región pacífica. La comunidad afrodescendiente que habita el Consejo Comunitario de la Cuenca del Río Naya, pese a las grandes afectaciones que han tenido por la presencia de actores al margen de la ley, ha logrado avanzar en la construcción de un Modelo de Atención Primaria en Salud, atendiendo a sus propias prácticas en medicina tradicional, sus creencias y valores.

Este ejercicio acercó a los líderes y lideresas sociales a una importante reflexión en torno a

las preguntas: ¿qué es salud?, ¿qué es una comunidad saludable?, ¿cuáles son los principales problemas de salud que afectan a los habitantes del territorio?, ¿cuál es la importancia de los determinantes sociales en la salud de una comunidad?, ¿tiene el individuo, la familia y la comunidad responsabilidad en el cuidado de la salud?, ¿qué acciones se pueden llevar a cabo para el cuidado de la salud?, ¿cómo desarrollar un modelo de APS adaptado a las condiciones socio-culturales del Consejo Comunitario de la Cuenca del Río Naya?

Asimismo, a lo largo de los cuatro módulos se abordaron algunos elementos teóricos de la estrategia de APS renovada, el Plan Decenal de Salud Pública, el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Política de Atención

en Salud (PAIS), acompañado de un amplio marco normativo y jurídico alrededor del Sistema General de Seguridad Social en Salud: artículos 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia, ley 100/93, ley 1122/07, ley 1438/2011, ley 1751 de 2015, resolución 1841 de 2013, ley 1753/15, ley 70/93, resolución 0429 de 2016, orientadas a dar a conocer a los participantes algunas herramientas para la gestión territorial de la salud, pero, particularmente, los mecanismos con los que cuentan como ciudadanos para la exigencia del derecho a la salud como un derecho fundamental, de obligatorio cumplimiento por parte del Estado colombiano.

Este ejercicio de Investigación-Acción-Participación además de haber dado como

producto un modelo de Atención Primaria en Salud, diseñado por la misma comunidad, permitió en los participantes del Diplomado "Participación y Autonomía para una salud propia del Litoral pacífico" desarrollar capacidades de gobernanza para la gestión territorial de la salud, fortalecer el tejido social y crear capital social comunitario a través del trabajo en equipo y la implementación de las intervenciones propuestas, así como hacer consciencia de la responsabilidad que tiene el individuo, la familia y la comunidad en el cuidado de su salud.

Referencias bibliográficas.

Ministerio de Salud y de la Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud. "Un sistema de salud al servicio de la gente". Recuperado a partir de <https://goo.gl/ctiDKh>

Ministerio de Salud y de la Protección Social. (2014). Gestión Integral del riesgo en Salud, 39

Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Organización Mundial de la Salud. (2005). Determinantes sociales de la salud. Recuperado 18 de septiembre de 2017, a partir de <https://goo.gl/tuA5hT>

Organización Mundial de la Salud. (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado 10 de septiembre de 2017, a partir de <https://goo.gl/B8kVJ4>

República de Colombia. (2014). Lineamientos generales para el desarrollo del modelo integral en atención en salud para el sistema general de seguridad social en salud. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Recuperado a partir de <https://goo.gl/8HF7E8>



“Viabilidad de desarrollar un modelo diferencia basado en atención primeria en salud para municipios con alta dispesión rural del Litoral Pacífico” Contrato 879-2015

Financiación:

Colciencias, Universidad Icesi,
Universidad Santiago de Cali,
Pontificia Universidad Javeriana - Cali y
Universidad Libre - Seccional Cali.

Investigadora Principal:

Marta Cecilia Jaramillo-Mejía

Equipo de co-investigadores:

Universidad Icesi:

Helena María Cancelado Carretero
Diana María Dávalos Pérez
Luis Fernando Barón Porras

Universidad Santiago de Cali:

Janeth Cecilia Gil Forero
Ivanoba Pardo Herrera
Pedro Nel Beitia Cardona
Bellazmin Arenas Quintana

Pontificia Universidad Javeriana, Cali:

Paula Cristina Bermúdez Jaramillo
Claudia Isabel Vivas Tobar
Naydú Acosta Ramírez
Yolanda Zapata Bermúdez

Universidad Libre, Seccional-Cali:

Olga Osorio Murillo

Asistentes de investigación:

Laura Catalina Blandón Lotero
Juan Manuel Gómez González