



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

Diseño de la estrategia G.P.S. (Grupo Primario Social), como una forma de dispensarizar para mitigar los problemas de salud y la pobreza en Colombia.

Alumnos:

**Yunier Castillo Rivera.
Guillermo Tejada Urrego.
Diego Pineda Álvarez**

Asesor:

**Dr. Jorge Humberto Blanco.
Coordinador Especialización en Gerencia de la Salud Pública.**

**Universidad CES
Especialización en Gerencia de la Salud Pública.**

**Medellín
2020**

RESUMEN

El Grupo Primario Social (G.P.S.), es una estrategia intersectorial que en conjunto con la Dispensarización ayudará a reducir la vulnerabilidad en los servicios de salud y la pobreza extrema en la comunidad, formando una red de protección de los factores de riesgo existentes y así tratar de mitigar las trampas de la miseria, que cubre y consolida el sistema de promoción y prevención, donde se estructura como modelo de acompañamiento extramural, no solo a la situación social de la población pobre sino a la demanda de los servicios de salud. El G.P.S representará el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia, la comunidad y los diferentes sectores administrativos del municipio manteniendo en todo momento una adecuada comunicación para resolver a tiempo los problemas no solo de salud sino problemas sociales, económicos, educacionales, locativos, laborales, etc.

Palabras clave: Grupo Primario Social, Dispensarización.

ABSTRACT

The Social Primary Group (GPS) is an intersectoral strategy that, together with Dispensation, will help reduce vulnerability in health services and extreme poverty in the community, forming a protection network for existing risk factors and thus trying to mitigate the pitfalls of misery, which covers and consolidates the promotion and prevention system, where it is structured as a model of extramural accompaniment, not only to the social situation of the poor population but also to the demand for health services. The GPS will represent the first level of contact between individuals, the family, the community and the different administrative sectors of the municipality, maintaining adequate communication at all times to solve not only health problems but also social, economic, educational, locative problems in time, labor, etc.

Keywords: Primary Social Group, Dispensation.

TABLA DE CONTENIDO.

1	ANTECEDENTES Y FORMULACION DEL PROBLEMA.....	5
1.1	Planteamiento del problema	7
1.2	Justificación.	12
	MARCO TEÓRICO	16
1.3	Salud Pública.....	16
1.4	El Sistema de Salud colombiano	17
1.5	La APS en Colombia.....	18
1.6	Población Vulnerable	18
1.7	GPS (Grupo Primario Social).....	20
1.8	Dispensarización.....	25
2	OBJETIVOS	28
2.1	Objetivo General	28
2.2	Objetivos específicos	28
3	METODOLOGÍA.....	28
4	RESULTADOS	29
4.1	Estructura y organización.	29
4.1.1	Conformación y funciones de los CAS, CMS y GPS.....	29
4.1.2	Principios en los que se basa el funcionamiento de los GPS.....	32
4.1.3	Sectorización y asignación de familias.....	34
4.1.4	Actividades de los GPS.....	35
4.1.5	Intervenciones y prioridades de los GPS:	36
4.2	Proceso de implementación de la estrategia.	38
4.3	Plan de evaluación.....	40
5	CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES	47
6	REFERENCIAS.....	49
7	ANEXOS	51

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de evaluación42

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Longitudinalidad y continuidad en APS.....	33
Figura 2. Esquema de composición del GPS y funcionamiento.....	35
Figura 3. Muestra la Planeación, Ejecución y Evaluación de la estrategia GPS....	40

1 ANTECEDENTES Y FORMULACION DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La pobreza es una epidemia que afecta a millones de personas en nuestro planeta. En el mundo, 1.400 millones de personas sufren pobreza extrema y casi 900 millones sufren hambre, no tienen acceso al agua potable y a otros servicios básicos como la salud y la educación. (1)

Colombia no es la excepción y la pobreza llegó al 27% en el año 2018, lo que quiere decir que 13'073.000 personas se encuentran en situación de pobreza, un leve aumento si se considera que en el 2017 había 12'883.000 colombianos en esta situación, lo anterior significa que 190.000 personas ingresaron a esta categoría. El Dane también dio a conocer que la desigualdad en el ingreso de los hogares aumentó, ya que el coeficiente de Gini fue de 0,517, luego de que en el 2017 había sido de 0,508 (2).

Causas de la pobreza (3):

- Modelo comercial multinacional
- Corrupción
- Cambio climático
- Enfermedades y epidemias
- Desigualdades en el reparto de recursos
- Crecimiento de la población
- Conflictos armados
- Discriminación de género
- Despilfarro de alimentos
- Desinterés de los países desarrollados por acabar con la pobreza

Por otro lado, la pobreza multidimensional que tiene en cuenta diferentes variables tales como: condiciones educativas del hogar, condiciones de la niñez y juventud, salud, trabajo, acceso a servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda, aumentó y llegó a 19,6% (1,8% más que en el 2016). Esto quiere decir que en solo 2 años 1'107.000 personas entraron al nivel de pobreza multidimensional. (2)

No es casualidad, entonces, que seis de los ocho Objetivos de Desarrollo del Sostenible (ODS) suscritos por los países miembros de las Naciones Unidas tengan que ver con el estado de salud de una sociedad. Estos objetivos están relacionados con la pobreza, el hambre, la mortalidad, la presencia de ciertas

enfermedades e incluso, con el acceso a agua potable y a medicamentos esenciales, por consiguiente, la Atención Primaria en Salud (APS), es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la Salud Pública hacia las comunidades más vulnerables (3).

En Colombia, el Gobierno Nacional para el período 2004-2006, a través de un documento CONPES y otros documentos de política de largo plazo, incluido el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 (PND), propuso una guía orientada a alcanzar los ODS. En particular, la Visión Colombia 2019 II Centenario planteó dos grandes metas, que también fueron recogidas por el CONPES y el PND, (i) lograr la cobertura universal en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), lograr que la totalidad de la población colombiana esté asegurada en salud, ya sea mediante el Régimen Contributivo-RC o mediante el Régimen Subsidiado-RS. El PND recoge esta meta estableciendo que para el 2010 toda la población vulnerable debe estar afiliada al RS (4).

Los sistemas sanitarios y la práctica de la medicina han tenido tradicionalmente casi como único objetivo, aún lo tienen hoy, la enfermedad, y han dirigido sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos para el abordaje de las patologías establecidas, presentando poca o nula atención a su prevención y a la conservación y promoción de la salud, desde una perspectiva tanto individual como colectiva. (5)

Los sistemas sanitarios deberían girar la brújula de sus objetivos fundamentales. Todos, profesionales sanitarios, planificadores, políticos y ciudadanos, somos conscientes de que el sistema sanitario no debe dedicarse en exclusiva a garantizar el derecho del enfermo a hacer correctamente diagnosticado y tratado, sino que también deben preocuparse de que no enferme, que se mantenga sano, a través de acciones de promoción de la salud y preventivas enfocadas primordialmente desde una perspectiva comunitaria y de cambio de los hábitos y estilos de vida no saludables. (5)

Estas consideraciones no son nuevas muchos las han expuesto y analizado con anterioridad a partir de los primeros años de la década de los '60 y sobre todo a raíz de la conferencia de la OMS de Alma-Ata (1978) (4,6), (3,5) el conjunto del entramado profesional social y político de gran parte de las naciones ha ido asumiendo, no sin dificultades y errores, la necesidad de reorientar los sistemas sanitarios (7).

El derecho de una atención de salud óptima es uno de los derechos fundamentales de las personas, familias y comunidades, y para su consecución necesita de la colaboración y coordinación de distintos sectores técnicos y sociales. Entre ellos el sistema de salud tiene un papel relevante, pero ha de contar siempre con las aportaciones de otros sectores como por ejemplo educación, vivienda, comunicación, agricultura y empleo (4,7).

Al igual que en otros campos, en el de la salud también se hace cada vez más evidente la necesidad de una cooperación internacional efectiva para el abordaje de una parte significativa de los problemas y para la desaparición progresiva de las grandes desigualdades existentes en este ámbito entre distintos países.

Para continuar progresando en la consecución de un nivel de salud cada vez mejor no basta con reorientar el sistema sanitario y propiciar la colaboración intersectorial e internacional, es preciso que los gobiernos eleven la prioridad del gasto en salud, lo que, en un contexto de recursos limitados y en ocasiones escasos significa disminuir lo que se dedican a otros campos socialmente menos justificables. (5)

Atención primaria y Medicina de familia son elementos íntimamente relacionados ya que la primera es el ámbito de actuación natural de los profesionales expertos en la segunda. Asumir la necesidad de proseguir con los avances técnicos en el campo diagnóstico y terapéutico no debe hacernos olvidar que estamos en un momento de inflexión de la curva en que el crecimiento de las intervenciones sanitarias y tecnológicas según el modelo previo no se traduce con la intensidad esperable en cambios positivos ostensibles en su impacto sobre la situación de salud de la población (4,7).

Muchos de los países de América del Sur y del Caribe iniciaron a mediados de los años noventa procesos de reforma de sus sistemas sanitarios que han conseguido mejorar algunos indicadores básicos de salud como las tasas de mortalidad perinatal e infantil y la esperanza media de vida. En estos países han crecido, en cambio, otros problemas emergentes como la violencia, la obesidad o el consumo de drogas, que están incidiendo de forma muy negativa sobre la situación de salud. A pesar de los cambios impulsados por la Organización Panamericana de Salud (OPS) y los gobiernos nacionales, no se ha logrado incrementar suficientemente la accesibilidad y la equidad de los servicios de salud en gran parte de los países de este continente ni desarrollar sistemas sanitarios en los que la OPS tenga la consideración y recursos precisos para poder constituirse como elemento nuclear o central de los mismos. Sin embargo, en países como

Argentina, Brasil, Chile, México, Costa Rica, Panamá y Cuba se han realizado progresos importantes en los últimos quince o veinte años en este ámbito (7).

En Estados Unidos, al menos antes de los procesos de reforma iniciados en 2010 por la Administración del presidente Obama, con un sistema sanitario no regulado y un 16% de la población sin cobertura sanitaria, la atención primaria se centra en la asistencia prestada en consultas individuales o de centros de salud públicos y privados (8). Aproximadamente el 20% de la población es atendida por HMO (Health Maintenance Organizations) de financiación pública (8). Las consultas de atención primaria son realizadas por médicos de familia, internistas y pediatras, esencialmente. La orientación comunitaria de la atención es escasa y la APS no siempre es el primer nivel de contacto de los ciudadanos con el sistema sanitario. Tampoco existe una organización territorial que permita la asignación de un conjunto poblacional a cada médico, grupo o centro. Excepto en las HMO, los pacientes pagan directamente el coste de cada consulta y de las pruebas o medicamentos prescritos (8). En Canadá, el sistema sanitario es de cobertura universal y está financiado a través de los impuestos, y los profesionales suelen trabajar en grupos pequeños formados casi exclusivamente por médicos de familia. Excepto en el estado de Quebec, la atención no suele tener una orientación comunitaria clara y no hay adscripción personal o poblacional a cada médico o centro. Los médicos son remunerados por el gobierno por cada visita que realizan. En el continente africano, los progresos son aún menores que en América Latina. En el año 2008 la mayoría de los países de África se comprometieron (Declaración de Argel) a fortalecer sus sistemas de salud a partir de estrategias basadas en la APS y con un esquema de prioridades básicas centradas en la mejora de la provisión de alimentos y medicamentos esenciales para combatir el hambre y las grandes epidemias (sida y malaria), respectivamente, en la potenciación y regulación de las medicinas tradicionales, que son utilizadas por más del 80% de la población (8). En Asia, concretamente en la República Popular China, desde principios de la década de los noventa se ha ido incrementando la implantación de la medicina de familia, pero no ha sido hasta el año 2006 que se ha puesto en marcha un nuevo proceso de reforma del sistema sanitario que prioriza la APS, con una clara orientación comunitaria y basada en la actividad de médicos de familia trabajando en centros de salud (8). En la India, a pesar de planes teóricos que desde 1983 promueven la APS, se ha avanzado muy poco en la práctica y siguen persistiendo graves problemas de accesibilidad y de falta de equidad en su sistema sanitario. En Japón no existe un nivel individualizado de atención primaria y la asistencia ambulatoria corre a cargo de especialistas diversos (medicina interna, pediatría y otros). Los pacientes

deben pagar una cantidad de dinero más o menos significativa para recibir asistencia (más para los ingresos en hospitales) y medicamentos, y existe un 15% de la población menor de 65 años que no tiene aseguramiento sanitario. En la evolución del sistema sanitario español se pueden distinguir dos etapas principales: la integrada por los años de la dictadura del general Franco (1939-1975) y la posterior de la época de desarrollo democrático. En la primera etapa se creó, en 1942, el Seguro Obligatorio de Enfermedad financiado a través de las cuotas de los trabajadores y empresarios y con una cobertura progresiva de los distintos sectores de producción industriales y agrarios. En 1974 se aprueba la Ley General de la Seguridad Social en la que se avanza en la configuración territorial del sistema asistencial, se amplía el número de colectivos con derecho a prestación sanitaria, se establece con ciertas limitaciones la capacidad de elección de médico general, pediatra y tocólogo, y se organizan los centros e instituciones sanitarias clasificándolas en cerradas (hospitales) y abiertas (ambulatorios) (8).

En 1978, con la aprobación de la Constitución española, se inicia la segunda etapa, coincidiendo con la celebración de la Conferencia de Alma-Ata. En el Texto Constitucional se recoge el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud y se señala que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública mediante medidas preventivas y las prestaciones y servicios necesarios, fomentando la educación sanitaria. A partir del año 1981 se inicia un profundo proceso de descentralización de las competencias sanitarias del Estado a las Comunidades Autónomas.

En 1984 se inicia el proceso de reforma de la asistencia primaria con la promulgación del Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud en el que se establece la división territorial en Zonas Básicas de Salud, cada una de ellas atendida por un Centro de Salud y un Equipo de Atención Primaria. (8)

Asimismo, se establecen las características primordiales del sistema sanitario español:

- Cobertura universal y no discriminativa de todos los ciudadanos.
- Financiación pública a través de impuestos (Presupuestos Generales del Estado).
- Gratuidad de las prestaciones asistenciales (copago en farmacia).
- Descentralización competencial y coordinación estatal.
- Garantía de calidad de la atención prestada.
- Potenciación de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

- Participación comunitaria. (8)

Organización territorial en Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud. En las Áreas de Salud (alrededor de 250.000 habitantes) se presta tanto atención primaria (APS) como hospitalaria especializada. Este ámbito territorial recibe denominaciones diversas en distintas Comunidades Autónomas: región, distrito, sector, etc. (8)

En Australia y Nueva Zelanda, la atención primaria ha alcanzado un nivel importante de desarrollo tanto desde una perspectiva asistencial como de los programas de formación graduada y de posgrado, cuentan con sociedades científicas potentes y los procesos de reforma de los sistemas sanitarios de estos dos países han prestado atención especial a estrategias basadas en la APS. (8)

En este contexto, el funcionamiento adecuado del sistema de salud en Colombia cobra una gran importancia. Por un lado, es un instrumento poderoso para incrementar el bienestar de la población y, por otro, si ese sistema no funciona de manera apropiada, el logro de las metas establecidas se verá comprometido. Adicionalmente, aún con un funcionamiento adecuado, el impacto del cumplimiento de estas metas sobre el bienestar y las finanzas públicas será sustancial. Sin embargo, ese adecuado funcionamiento está relacionado con otros elementos como el institucional, el financiero y, de manera importante, el de regulación. (9)

1.2 Justificación.

Los elementos que caracterizan a la APS, con independencia del país o comunidad en que se desarrolle, son los siguientes:

- Integral: abordando los problemas y necesidades de salud de la persona desde una perspectiva biopsicosocial, considerando siempre sus componentes biológicos, psicológicos y sociales como partes indisociables de los procesos de salud-enfermedad.
- Integrada: asumiendo que los procesos de atención sanitaria deben contemplar de forma constante y coordinada actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.
- Continuada y longitudinal: desarrollando sus actividades a lo largo de toda la vida de las personas, en los diferentes lugares en que vive y trabaja y en

el seno de los distintos recursos, centros y servicios del sistema sanitario (centro de salud, hospital, urgencias...).

- Activa: realizada por unos profesionales que no se limitan a actuar como receptores pasivos de los problemas y demandas, sino que trabajan de forma activa y anticipatoria detectándolos en sus fases más precoces.
- Accesible: sin existencia de barreras que dificulten la utilización de sus recursos por las personas que los necesiten o que las discriminen en función de su raza, creencias o situación económica.
- Desarrollada por equipos: formados por profesionales sanitarios (medicina, enfermería...) y no sanitarios (trabajo social, administración...).
- Comunitaria y participativa: enfocando la atención de las necesidades y problemas de salud tanto desde una perspectiva personal como colectiva o comunitaria, y contando con la participación y constante de los actores implicados.
- Programada y evaluable: a partir del desarrollo de actuaciones que respondan a objetivos y métodos predeterminados y con herramientas de evaluación adecuadas.
- Docente e investigadora: con capacidad y reconocimiento docente e investigador en los ámbitos que le son propios. Para desarrollar en la práctica una APS que responda a los conceptos anteriores se pueden diseñar distintos entornos organizativos que van desde la asistencia en consultas individuales aisladas hasta el trabajo en equipo en el seno de centros de salud integrales, con múltiples variantes dependiendo del contexto. Sin menospreciar los valores de los diferentes modelos, parece existir un consenso mayoritario sobre las ventajas que ofrece la organización en equipos multidisciplinarios al incrementar la efectividad y la eficiencia de muchos de los componentes de los procesos de atención. (8)

La atención familiar y comunitaria es la que presta el conjunto de servicios y profesionales que, desde una situación de proximidad a la población, enfocan sus actuaciones bajo una triple perspectiva: personal, familiar y colectiva, con una orientación estratégica hacia la mejora de la salud a través del abordaje de los problemas y necesidades existentes. La atención familiar y comunitaria se desarrolla esencialmente en el marco de la APS y constituye su elemento nuclear de intervención. De la misma forma que para la APS no existen respuestas de validez universal, para la atención familiar y comunitaria es también esencial la necesidad de adaptación estratégica y operativa a la gran diversidad y complejidad de los contextos y modelos familiares y de cultura y

organización colectiva, guiados siempre por valores de defensa de la dignidad humana, equidad, solidaridad y ética profesional. (8)

Las personas viven y se desarrollan en colectividad, y es en este contexto en el que adquieren y comparten valores y objetivos. La estructuración social en núcleos familiares o de convivencia habitual, y la de éstos en comunidades más o menos amplias, son elementos que no pueden quedar al margen de la estrategia e implementación de la atención de salud. La asistencia personal individual debe estar necesariamente integrada con el enfoque familiar y comunitario y esta perspectiva global ha de fundamentarse en la participación y corresponsabilización de todos los actores implicados en el abordaje de los determinantes de salud a través de las acciones y programas de promoción, prevención, asistencia y cuidados que constituyen la atención familiar y comunitaria. (8)

En el Plan de Gobierno 2012-2015 del municipio La Dorada, Caldas, se implementó una estrategia C.A.S (Célula de Atención Social), teniendo sus bases en el período 2005-2007 como Células de Acción Solidarias, la cual creaba una red de protección social para la vigilancia de la vulnerabilidad y los factores de riesgo creando una herramienta sistemática y sistematizada de oferta y diagnóstico social para la administración municipal que cubre y consolida el sistema de promoción social, donde se estructura como modelo de acompañamiento extramural, no solo de la situación social de la población pobre, sino también a la demanda de servicios de salud.

Una de las actividades de las C.A.S, dentro de su accionar social, es la captación de factores de riesgo en salud dentro de la población a intervenir obtenidas de la ficha familiar y, además, el acompañamiento de un equipo asistencial extramural, que presta servicios de salud y que es direccionado y contratado por una de las ESE públicas del municipio, realizando demanda inducida y haciendo vigilancia y promoción de la salud y prevención de la enfermedad, impactando de forma positiva en la población en cuanto al mejoramiento de los principales problemas de salud y de vulnerabilidad del municipio.

Tomando la experiencia de los sistemas de salud de otros países y del enfoque que le dan a la APS y medicina familiar, los múltiples enfoques que han hecho muchos autores como Zurro sobre la atención primaria en salud, además de la estrategia que se implementó en el municipio de La Dorada Caldas, nos dimos a la tarea de idear y diseñar un plan de intervención que tuviera a la altura y abarcara una serie de estrategias para impactar y ayudar al mejoramiento de situación de

salud de la población y condiciones sociales que mitigara los estados de vulnerabilidad de cualquier municipio en el territorio nacional.

Por tanto, surge a partir de este conjunto de ideas la estrategia G.P.S. (Grupo Primario Social), la cual es la puerta que se puede abrir desde las administraciones municipales para apoyar la APS y a su vez ayuda a mitigar la situación de pobreza y los problemas de salud de la población colombiana en estado de indefensión social. Es una estrategia que se encargará a través de un grupo integral multidisciplinario, en descubrir las situaciones sanitarias y de pobreza y tratar de esquivar estos obstáculos para salir de ella. Esta estrategia se plasmará desde un Plan de Desarrollo y por qué no, desde una política pública. Es desde ahí, donde se podrán programar todas las dimensiones de desarrollo sentidas y expresadas por la comunidad, que, junto a una visión de ciudad, deberán implementarse para lograr el desarrollo, tan necesario para conseguir que nuestras familias, base de la sociedad colombiana, puedan construir una vida digna, lo que constituye la esencia de nuestro diario transcurrir.

El Grupo Primario Social (G.P.S.) propenderá porque cada uno de los miembros de las familias estén identificados, estratificados, saludables (con acceso a la salud), educándose, con seguridad alimentaria, con acceso a la justicia, con oportunidad de vivienda, con oportunidad de empleo y con capacidad de ahorro, así como oportunidades culturales y deportivas, generando tejido social. Este grupo interdisciplinario, a través de las atenciones en los Consultorios de Atención Social (C.A.S.), en el Consultorio Móvil Social (C.M.S.), de las vistas domiciliarias, de los encuentros ciudadanos, de las rendiciones de cuentas y de las jornadas de atención positivas, que todos los habitantes, sean atendidos por unos servicios de salud más humanos, oportunos, integrales y de calidad. Vigilantes de respetar y defender la institucionalidad y los derechos de los prestadores de servicios de salud, pero también de cada uno del resto de los actores de la atención primaria en salud.

La intención del proyecto es presentar y discutir las ideas prevalecientes que mantienen que los sistemas de salud deben ser considerados simultáneamente sistemas sociales y culturales. El sector salud no puede actuar solo, porque la mayoría de los factores determinantes de la salud están fuera de su competencia.

La estrategia para el desarrollo de la política de salud de la población contempla al menos tres direcciones: 1. fortalecer la comprensión de la población sobre factores determinantes de la salud y promover la participación popular en acciones que mejoren la salud de la población, 2. fortalecer la comprensión de los factores determinantes de la salud y apoyar

el enfoque de salud de la población en otros sectores de gobierno, distinto al de salud y en organismos de masa y sociales, 3. Promover y desarrollar iniciativas integrales, interdisciplinarias e intersectoriales de salud de la población para priorizar elementos claves que potencialmente puedan repercutir de modo importante en la salud de la población. (10)

MARCO TEÓRICO

1.3 Salud Pública

En todas las sociedades la medicina se ocupa de la lucha contra las enfermedades, no obstante, se ha abierto paso, de modo lento, pero firme, el criterio de que la salud humana requiere que la organización de la sociedad dedique atención, con prioridad, a prevenir la enfermedad y promover la salud. Los sistemas de salud deben ser considerados simultáneamente como sistemas sociales y culturales. No sólo sistemas de atención médica curativa. (10)

“En ningún sitio se encuentra la enfermedad humana como ‘mera naturaleza’, ya que siempre está condicionada y modificada por la actividad social y por el ambiente cultural que crea tal actividad” (10).

[...] “la ciencia médica, en su núcleo más interno y esencial, es una ciencia social”. Una conocida frase de Virchow, en 1848 ratificó el concepto de las relaciones entre los problemas de salud y sociales” (10).

“La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en grande” (10).

Una última cita, para dar fin a esta breve historia:

Mil ochocientos cuarenta y ocho (1848) es el año del nacimiento del concepto de medicina social. Es también el año de los grandes movimientos revolucionarios en Europa. Al igual que las revoluciones, el concepto de medicina social surge casi simultáneamente en varios países europeos. Salomón Newmann y Rudolf Virchow hablan de medicina social en Alemania; Jules Guérin en Francia; William Farr en Inglaterra; Francisco Pucionotti en Italia. Es también el año de los poetas políticos: Heinrich Heine y Lamartine. ¿Qué relación existe entre todos estos acontecimientos? ¿Una simple coincidencia o algo más profundo que liga hechos tan dispersos en un todo estructurado? (10)

Esta cita de Juan César García sintetiza el lugar y momento en que surgen con gran fuerza las ideas que vinculan la salud-enfermedad humanas con lo social y cultural, como se desprende de las citas previas, donde no debe perderse de vista lo económico, político, educacional y psicológico en la determinación de la salud y la enfermedad, que ya había sido enunciado desde mucho antes. Ahora, 150 años después, al proyectarnos al siglo XXI, estas ideas, con amplio respaldo en los conocimientos científicos producidos en ese tiempo, tanto en ciencias médicas como sociales, nos llevan a la afirmación de las primeras líneas de este texto. (10)

La Salud Pública es la actividad encaminada a mejorar la salud de la población. Ahora bien, para entender mejor esta definición tenemos que desglosar los términos utilizados en ella, a saber, «salud» y «población». Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), «salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad». Es una definición progresista, en el sentido que considera la salud no sólo como un fenómeno somático (biológico) y psicológico, sino también social. La definición reconoce, acentúa y subraya que las intervenciones salubristas incluyen no sólo los servicios clínicos que se centran en su mayor parte en lo somático y psicológico, sino también las intervenciones sociales tales como las de producción, distribución de la renta, consumo, vivienda, trabajo, ambiente, etc. (6)

1.4 El Sistema de Salud colombiano

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. En la Declaración de Alma-Ata, 1978, en la Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978, expresó la necesidad de una acción urgente por partes de todos los gobiernos, profesionales sanitarios e implicados en el desarrollo y por parte de la comunidad mundial para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo. (11)

Hasta hace menos de 5 años parecía existir una prohibición expresa para hablar de atención primaria en Colombia. Luego de la reforma sectorial

sanitaria impuesta por la Ley 100 de 1993 la atención primaria era un tema proscrito del sistema de salud, posiblemente por ir en contravía de los intereses de la reforma y de los actores dominantes en ella. Hoy, sin duda se da un renacer de la atención primaria, sin que ello signifique que hemos logrado hacer las transformaciones necesarias y urgentes que amerita el sistema. Lo destacable ha sido el hecho de adoptarla, de haber quedado contenida en el articulado de la Ley 1438 de 2011 (la atención primaria como la estrategia fundamental). (12)

1.5 La APS en Colombia.

- Es una estrategia que contempla tres componentes integrados e interdependientes: la acción intersectorial / transectorial por la salud, la participación social, comunitaria y ciudadana, y los servicios de salud.(10)
- Se ajusta al contexto político, económico y social del país.
- Está centrada en los individuos, las familias y las comunidades
- Se encuentra orientada a establecer condiciones de materialización del goce efectivo del derecho a la salud y la reducción de inequidades, mediante la atención integral a la salud desde una perspectiva de determinantes sociales y económicos,
- No es solo una provisión sectorial de servicios de salud, sino la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable.
- Hace énfasis en promoción de la salud. (13)

En atención primaria, deberíamos pensar en un médico sanitarista (salubristas) que ejerza todas las funciones de la Salud Pública y no sólo las asistenciales y gerenciales (atención gerenciada) que hoy le impone el modelo neoliberal. Sus funciones deberán ser múltiples, bajo este enfoque, empezando por las funciones clínicas y de prestación que seguirán siendo inobjetables, pero también las de educación para la salud, las administrativas y organizativas de servicios y las de monitoreo y seguimiento de los programas existentes dentro de la atención primaria, asumiendo como propia la más importante de todas, la de participación comunitaria. (12)

1.6 Población Vulnerable

En los últimos tiempos el tratamiento del problema de la vulnerabilidad social constituye un concepto manido en la literatura científico-social, lo que tiene cierta lógica a partir del advenimiento de las crisis cíclicas del capitalismo que engendran desempleo, desamparo, pobreza, desigualdad y por tanto, vulnerabilidad social. El término vulnerabilidad en su origen etimológico emana del latín *vulnus*, que puede traducirse como «herida»; la partícula *-abilis*, que es equivalente a «poder de»; y el sufijo *-dad*, que significa «cualidad». De este modo, la vulnerabilidad puede ser entendida como, la cualidad que tiene alguien o algo para poder ser herido o dañado. Las personas vulnerables son aquellas que, por distintos motivos, no tienen desarrollada la capacidad para prevenir, resistir y sobreponerse de un impacto y, por lo tanto, se encuentran en situación de riesgo. En este mismo sentido Villa (2001) considera que, por vulnerabilidad se entiende el riesgo o probabilidad de que un individuo, un hogar o una comunidad puedan ser lesionados o dañada a raíz de cambios en las condiciones del contexto en que se ubica o en virtud de sus propias limitaciones. (14)

En la reunión del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del período de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), celebrada en Ciudad de México en abril de 2000, las delegaciones nacionales solicitaron al Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) –División de Población de la CEPAL– que elaborara un documento sobre Vulnerabilidad social: comunidades, hogares e individuos, mandato que fue recogido en la resolución 577 (XXVIII) de la Comisión. Este documento fue elaborado y publicado en 2002 y en él se expresa: «la vulnerabilidad es el resultado de la exposición a riesgos, aunado a la incapacidad para enfrentarlos y la inhabilidad para adaptarse activamente» (CEPAL-ECLAC, 2002, s/p). En tal sentido se puede entender la vulnerabilidad de manera general, como la exposición continuada a determinados riesgos (Naciones Unidas, 2003; Henoch, 2010). Una de las características de la utilización del concepto es su amplitud, en tanto podemos encontrar la utilización de este tanto por las ciencias naturales y técnicas, hasta por las ciencias sociales (Coy, 2010). Pero lo que hay de común siempre, es la exposición al riesgo o a determinados factores de riesgo. (14)

Riesgo es un vocablo especialmente polisémico y, por lo tanto, deja cierto margen a las ambigüedades (de Almeida, Castiel y Ayres, 2009). Un enfoque comúnmente utilizado para el afrontamiento de situaciones vulnerables es el de reducción de riesgos. La vulnerabilidad es la

disposición interna a ser afectado por una amenaza. Si no existe vulnerabilidad no se produce la destrucción. Depende del grado de exposición, de la protección, de la reacción inmediata, de la recuperación básica y de la reconstrucción. El segundo y el tercero conforman la homeostasis y los dos últimos la resiliencia y ambas constituyen la resistencia. La prevención de riesgos por reducción de la vulnerabilidad se logra cuando se actúa sobre estas cinco áreas que la componen. (14)

De manera que la exposición a riesgos es también utilizada como expresión de vulnerabilidad social en un sentido amplio, tal y como señala Pizarro (2001) en el análisis de la situación de América Latina: «el concepto de vulnerabilidad parece ser el más apropiado para comprender el impacto transformador provocado por el nuevo patrón de desarrollo en el plano social y para captar esa mayor exposición a riesgos en que se encuentra una gran masa de los habitantes de América Latina en el actual período histórico. (14)

1.7 GPS (Grupo Primario Social)

No es casualidad que seis de los ocho Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) suscritos por los países miembros de las Naciones Unidas tengan que ver con el estado de salud de una sociedad. Estos objetivos están relacionados con la pobreza, el hambre, la mortalidad, la presencia de ciertas enfermedades e incluso, con el acceso a agua potable y a medicamentos esenciales. Sin embargo, hay que tener en cuenta que cada territorio y situación es diferente, con lo cual hablar de la casuística general es más que complejo. Según estudios de las siguientes organizaciones, Colectivo de Potenciación Comunitaria, Pobreza Mundial o EuroSur hacen un estudio de algunas de las causas de esta situación en el mundo. “El objetivo de muchas organizaciones como Oxfam Intermón es luchar contra la pobreza en el mundo. Sin embargo, para poder extirparla, primero hay que entender cuáles son sus causas y pensar en las posibles soluciones para atajarla de raíz” (3).

Por tanto, en América Latina, el objetivo de organizar servicios de salud que cubran la totalidad de la población en niveles de atención integrados y descentralizados.

Fue nuevamente ratificado por los Estados Miembros en el 2005, como parte del llamado "Proceso de Renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas". En el artículo III de la Declaración de Montevideo, se

recoge: "[...] los modelos de atención de salud deben [...] fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención". En Junio de 2007, La Agenda de Salud para Las Américas 2008-2017, en su párrafo 49, señala la necesidad de: "[...] fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local de modo de facilitar la entrega de servicios comprensivos y oportunos, [...]" En la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud, señala la necesidad de desarrollar redes de servicios de salud basadas en la atención primaria, de financiamiento público y cobertura universal dada su capacidad de aminorar los efectos de la segmentación y la fragmentación y su articulación con el conjunto de las redes sociales. (15)

En este contexto, el Grupo Primario Social (G.P.S.), es una estrategia multidisciplinaria e intersectorial que se crea para la reducción de la vulnerabilidad en los servicios de salud y la pobreza extrema en la comunidad, formando una red de protección de los factores de riesgo existentes y así tratar de mitigar las trampas de la miseria, que cubre y consolida el sistema de promoción y prevención, donde se estructura como modelo de acompañamiento extramural, no solo a la situación social de la población pobre sino a la demanda de los servicios de salud. Está formado por 4 componentes:

1. Acompañamiento familiar extramural.
2. Gestión de la oferta y el acceso preferente.
3. Fortalecimiento intersectorial favoreciendo que las familias cumplan con los logros básicos que les permita superar las trampas de pobreza y mejorar condiciones de vida.
4. Disminuir los factores de riesgo y vulnerabilidad.

Éste a su vez estará conformado por un Consultorio de Atención Social (C.A.S.) y un Consultorio Móvil Social (C.M.S.), el Consultorio de Atención Social tendrá una distribución horizontal debido a la conformación de profesionales de diferentes ramas pero con un único objetivo, es decir, será un equipo multidisciplinario donde estén presentes el médico general como coordinador y garante de que sean cumplidos a cabalidad los objetivos específicos, seguido de un profesional y/o auxiliar de enfermería, higienista oral, trabajador social, psicólogo, gestoras sociales y al menos 10 líderes de la comunidad. El Consultorio Móvil Social, vehículo dotado con equipos básicos necesarios para la atención de los pacientes,

garantizará en aquellos sectores de la comunidad donde sea imposible el acceso, una atención oportuna e integral.

El Grupo Primario Social (GPS) a través del Consultorio de Atención Social (C.A.S.) y Consultorio Móvil Social (C.M.S.) propenderá porque cada uno de los miembros de las familias estén identificados, estratificados, saludables (con acceso a la salud), educándose, con seguridad alimentaria, con acceso a la justicia, con oportunidad de vivienda, con oportunidad de empleo y con capacidad de ahorro, así como oportunidades culturales y deportivas, generando tejido social. Este grupo multidisciplinario, se encargará de promover y prevenir en los ciudadanos, la necesidad de encontrar una vida digna. Vincularán a cada uno de los miembros de las familias intervenidas, para implementar y fortalecer la misión de que la población tenga una vocación definida, llena de oportunidades, próspera y pujante, pero, sobre todo, de que vivamos en tolerancia y en una sana convivencia.

Apoyarán y estimularán, un desarrollo urbanísticamente amable e incluyente; inculcando en los miembros de la familia que intervienen, una visión definida de lo que se quiere de ciudad, respetando el espacio público y la propiedad privada, a través de un crecimiento planificado, con criterios de competitividad y sostenibilidad, cumpliendo con los deberes y respetando los derechos, garantizando eficiencia económica, equidad social y calidad ambiental, porque así lo requiere el mundo. También velarán, pregonarán y estimularán una administración transparente, honesta y eficiente, con enfoque gerencial, promoviendo también la inclusión, la participación ciudadana y la equidad. Lo harán a través del respeto, que ellas mismas estimularán y ayudarán a articular, con una comunicación efectiva entre la comunidad y los gobernantes, por medio del acompañamiento diario y periódico, durante las visitas domiciliarias, los encuentros ciudadanos, las rendiciones de cuentas y de las jornadas de atención positivas. Impulsarán y defenderán la equidad social, la equidad de género, el libre culto, el respeto por los niños, los ancianos (adultos mayores).

El GPS representará el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia, la comunidad y los diferentes sectores administrativos del municipio manteniendo en todo momento una adecuada comunicación para resolver a tiempo los problemas no solo de salud sino problemas sociales, económicos, educacionales, locativos, laborales, etc. Además, contendrá elementos esenciales para guiar la política de salud y social en las diferentes comunidades, municipios y departamentos del país, y es la principal vía para garantizar opciones concretas de acceso a la atención médica y al consiguiente mantenimiento y promoción de la salud. Esta

estrategia permite enfrentar con éxito si se cumplen sus principios básicos, un grupo de procesos objetivos y subjetivos propios del grado de desarrollo socioeconómico actual, entre los que pueden citarse los siguientes, tomado de “Atención familiar y salud comunitaria” (8).

1. Reconocimiento del derecho a la salud: como derecho de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política, o condición económica o social en el marco de la inequidad y la inaccesibilidad económica, geográfica y sociocultural para grandes grupos poblacionales.

2. Crisis fiscal: tendencia al fin del Estado benefactor vs. modelo salud-mercado. - Situación de la formación de recursos humanos:

- Aumento de la fuerza de trabajo médica super especializada desempleada.
- Reestructuración de departamentos académicos para planes de estudio orientados a la APS.
- Creación de departamentos de medicina familiar para la docencia.
- Médicos generales como resultado de la reforma de salud.
- Medicina preventiva como centro de la reforma de salud: implicaciones para los planes de estudio de pregrado y posgrado.

3. Tipo de prestación de servicios:

- Reconocimiento de que la asistencia de salud, centrada en la atención hospitalaria, no puede por sí sola resolver los problemas de salud de la población.
- Tendencia a la fragmentación de la práctica médica.
- Uso indiscriminado e irracional de tecnologías.
- Incremento del peligro de iatrogenia en las áreas biológica y psicológica. - Transición demográfica:
 - Crecimiento de la población mundial.
 - Gran proporción de hombres y mujeres en edad activa.
 - Aumento acelerado del grupo humano de adultos mayores.
 - Migración rural hacia las ciudades.

4. Transición epidemiológica:

- Cambio en el perfil epidemiológico con incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y de problemas de salud de origen eminentemente social.
- Creciente control de las enfermedades transmisibles.

- Permanencia en grandes grupos humanos de enfermedades infectocontagiosas, prevenibles por vacunas o tributarias de ser disminuidas con acciones educativas y de promoción sanitaria.

5. Aumento de los costos:

- Incremento de los costos de la tecnología sanitaria.
- Impacto financiero de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Aumento progresivo de los costos de la práctica médica.

1. Necesidad del reconocimiento de la importancia de la dimensión sociobiológica:

- Reconocimiento de la necesidad de intervención sociobiológica como un método fundamental para el desarrollo del proceso de atención a la salud en la contemporaneidad.
- Incremento de las necesidades subjetivas de la población a partir de la existencia de un mayor conocimiento sobre la salud.
- Urgencia de una relación médico-paciente más personalizada, más comunicativa y participativa.
- Desarrollo de las relaciones puramente contractuales entre el médico y el paciente.
- Creciente insatisfacción de los pacientes y sus familiares por inadecuada comunicación de información y afecto por parte del médico y el equipo de salud.
- Necesidad de cambios en el estilo de vida para promover salud.
- Aumento de las exigencias de la sociedad a los médicos, caracterizado por: tendencia a la autonomía de los pacientes vs. al paternalismo y hegemonismo médico, e incremento del nivel cultural de la población.
- Vulnerabilidad sociobiológica en el marco del deterioro de las condiciones de existencia social: enfermedades de fin de siglo como soledad, suicidio, violencia y drogadicción. Los factores que han sido enunciados contribuyen decisivamente a que se desarrolle una nueva estrategia de atención médica, como respuesta a una necesidad objetiva de la sociedad; por esta causa, vienen desarrollándose varios procesos desde la década de los 60, que se han fortalecido a partir de 1980, y son los siguientes:
 - Resurgimiento de la medicina de familia.
 - Desarrollo y fortalecimiento de la APS. - Declaración de Alma Ata en 1978.
 - Declaraciones de Edimburgo en 1988 y 1993.

- Formación de recursos humanos de pregrado y posgrado con enfoque comunitario. En la actualidad, existen en el mundo dos vertientes fundamentales de APS:
- Modelo biomédico. Que enfoca la atención médica para el individuo en un sistema basado en el encuentro.
- Modelo biopsicosocial más amplio. Que enfatiza el servicio de salud a la colectividad al igual que el servicio individual, y también se llama atención primaria orientada a la comunidad (8,16).

Esta estrategia propenderá por una comunidad sana y más saludable. Vigilantes de que todos los habitantes sean atendidos por unos servicios de salud más humanos, oportunos, integrales y de calidad. Vigilantes también de respetar y defender la institucionalidad y los derechos de los prestadores del servicio, pero también de cada uno del resto de actores en la prestación de los servicios de La Atención Primaria en Salud. Vigilarán y acercarán a los pacientes a los diferentes servicios de salud, antes de que la salud esté resquebrajada, porque intensificarán la Promoción de la salud y la Prevención de la enfermedad.

1.8 Dispensarización

El proceso de Dispensarización constituye el centro de la labor a desarrollar por el Grupo Primario Social, a partir de él se despliega la estrategia de atención ambulatoria del individuo en la comunidad. La Dispensarización en su desarrollo, ha sufrido un profundo perfeccionamiento a partir de las experiencias y avances de los servicios ambulatorios en diferentes países, y como resultado la incorporación y cumplimiento por parte de los sistemas sanitarios, de los principios y objetivos establecidos internacionalmente para alcanzar las metas planteadas por la Organización Mundial de la Salud (17).

La Dispensarización fue concebida originalmente en la antigua Unión Soviética como "un método progresista que comprendía un conjunto de medidas asistenciales y de salud para proteger y fortalecer la salud y la capacidad de trabajo de la población" (18).

Era un procedimiento llevado a cabo por las instituciones ambulatorias (policlínicas) o dispensarios, de donde se derivó su actual denominación. En este modelo de atención se concebía brindar la atención dispensarizada mediante la realización de exámenes integrales a diferentes grupos poblacionales, entre los que estaban incluidos los niños, las embarazadas, los jóvenes en edad del servicio militar, los deportistas, los trabajadores

vinculados a determinadas profesiones u oficios de riesgo, los veteranos de la Segunda Guerra Mundial, entre otros. Además incluían en el control a los pacientes enfermos portadores de determinadas afecciones crónicas (cardiovasculares, pulmonares, neurológicas, gastrointestinales, etc.) que requerían una atención sistemática. (17)

Por tanto, concebimos la Dispensarización como un proceso coordinado y gerenciado por el GPS. Es la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud y social de las personas en una comunidad determinada, y supone su registro, diagnóstico, intervención y seguimiento con el propósito de influir en la mejoría de su estado de salud, mediante la planificación y desarrollo de intervenciones que contribuyan a ello (17).

Como se aprecia, esta definición lleva implícitos varios atributos esenciales que la caracterizan. Es un registro, aplica una evaluación, realiza intervenciones y supone un seguimiento de los individuos dispensarizados (18):

- Registro, porque se recogen en un censo las características sociodemográficas de las personas que atiende el equipo de salud, agrupadas por familias y en estrecha relación con el entorno que integran una comunidad. Las características sociodemográficas se refieren a la edad, sexo, color de piel, profesión, ocupación y escolaridad; así como también las características estructurales y condiciones higiénicas de la vivienda, los factores de riesgo y enfermedades que padece. También incluye información sobre la constitución y funcionamiento familiar, factores socioeconómicos y de cultura sanitaria.
- Evaluación, porque contempla un examen integral de cada persona independientemente de su estado de salud y aborda al individuo biológica, psicológica y socialmente, lo que posibilita clasificarlo en diferentes categorías dispensariales, según se verá más adelante.
- Intervención, porque este proceso prevé la orientación de medidas al individuo para promover salud, evitar daños, tratando de modificar positivamente o eliminar, cualquier condición que pueda favorecer la enfermedad. A su vez contempla la aplicación de procedimientos y acciones educativas o terapéuticas en las cuales puede estar o no presente la prescripción de medicamentos.
- Seguimiento, porque se trata de un proceso continuo, donde se producen ajustes sistemáticos de la atención y las intervenciones, en dependencia de las variaciones en el estado de salud/enfermedad individual y la respuesta a las medidas previamente aplicadas (17).

Para considerar que una persona está dispensarizada se deben haber cumplido los requisitos siguientes:

- Tener reflejados en la historia de salud familiar e individual, sus datos sociodemográficos y los inherentes a su estado de salud.
- Que se le haya practicado una evaluación integral por el GPS y como consecuencia esté clasificado atendiendo a los grupos de Dispensarización establecidos.
- En el último año el seguimiento se realizó con la periodicidad que se requiere, de acuerdo con sus características individuales. (17)

El propósito de la Dispensarización es, en definitiva, contribuir a mejorar el estado de salud individual y consecuentemente el de la población. En este proceso se identifican los riesgos y daños a la salud de cada persona, mediante procedimientos básicos de observación, exploración física e instrumental, interpretación y análisis de los resultados. Al mismo tiempo favorece la planificación de las acciones y los recursos para la atención a las necesidades del individuo, e influye en su educación, capacidad de autoevaluación y cuidado de su estado de salud o enfermedad. (17)

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Diseñar un modelo de Dispensarización de servicios a través de Grupos Primarios Sociales (GPS), como una forma de mitigar los problemas de salud y la pobreza en Colombia.

2.2 Objetivos específicos

- Diseñar la estructura y organización del GPS.
- Definir la metodología de implementación de la estrategia GPS.
- Formular la metodología para la evaluación de la estrategia GPS.

3 METODOLOGÍA

El diseño metodológico de este trabajo está basado en la realización de un proyecto de intervención y desarrollo con el objetivo de diseñar una estrategia encaminada en la necesidad de mitigar la situación de Salud Pública que aqueja a los municipios de nuestro país. Por tanto, haciendo revisiones bibliográficas utilizando como método de búsqueda Google Académico, de diferentes Sistemas de Salud en múltiples países como España, Inglaterra, países asiáticos como Japón, República Popular China, África, Nueva Zelanda, Australia, Estados Unidos, Canadá, países de América Latina y el Caribe como Argentina, Brasil, Chile, México, Costa Rica, Panamá y Cuba, además esta estrategia tiene sus inicios en Colombia en el municipio La Dorada Caldas en el período 2012-2015 donde se incluyó en el Plan de Gobierno como Células de Atención Social partiendo de la base de una estrategia iniciada en el período 2005-2007, la cual creaba una red de protección social para la vigilancia de la vulnerabilidad y los factores de riesgo creando una herramienta sistemática y sistematizada de oferta y diagnóstico social para la administración municipal que cubre y consolida el sistema de promoción social, donde se estructura como modelo de acompañamiento extramural, no solo de la situación social de la población pobre, sino también a la demanda de servicios de salud. Todo lo anterior mencionado se evidencia en la Justificación y Marco Teórico del proyecto.

4 RESULTADOS

A continuación, se presenta de manera detallada los contenidos básicos que configuran la estrategia de Dispensarización de servicios a través de Grupos Primarios Sociales. La propuesta contempla los elementos fundamentales que debería contener esta modalidad de prestación de servicios al ser implementada en una entidad territorial.

4.1 Estructura y organización.

4.1.1 Conformación y funciones de los CAS, CMS y GPS.

La conformación de un Grupo Primario Social estará formada por uno o varios Consultorios de Atención Social (CAS) y un Consultorio Móvil Social (CMS).

1. Los Consultorios de Atención Social (CAS), son espacios o sedes locativas en cada uno de los sectores del municipio, creados para la atención de 500 a 600 familias. Estas sedes tendrán una infraestructura y un equipamiento completo para atender a la comunidad. Estarán conformados por unos espacios específicos como consultorio de medicina y odontología ambulatoria, sala de vacunación, de procedimientos, de sutura, sala de espera y archivo. En estos espacios confluirán el personal de atención, intervención e impacto en salud con la comunidad que requiera de los servicios.

Los CAS, serán los sitios de ejecución de las actividades de Atención Primaria en Salud, donde se implementarán todas las acciones de Promoción y Prevención. Contando con un recurso humano amplio y profesional, conformado por:

- Médico general: Será el coordinador y garante de que sean cumplidos a cabalidad los objetivos específicos. Obviamente deberá tener la capacitación integral de todos los servicios a manejar, como Código Fucsia (Víctimas de violencia sexual), curso de soporte vital básico y avanzado, curso de AIEPI, entre otros. Además, este médico será el encargado de continuar con el control de los pacientes domiciliarios que requieran este servicio, garantizando de esta forma, la evolución clínica diaria y vigilando su estado de salud y entorno social.
- Profesional y/o auxiliar de enfermería, serán las personas que acompañarán los servicios prestados por los médicos, además serán entrenadas y capacitadas para la toma de muestras en caso que se requieran; como de la programación de las actividades de enfermedades crónicas no transmisibles, planificación familiar, controles prenatales, citologías, charlas educativas,

atención al adulto mayor, dirigirán las actividades de la comunidad con las gestoras sociales y los líderes sociales caracterizados, acompañarán al médico a las consultas domiciliarias, al ingreso domiciliario y hospitalización en casa. Serán las garantes de todas las actividades extramurales.

- Odontólogo será el encargado de las actividades de atención odontológica, higiene oral, detartraje, restauraciones en resina, endodoncia, exodoncia y sellantes.
- Higienista oral y/o Auxiliar de Odontología: Acompañará al profesional en los temas anteriormente citados.
- Trabajador (a) social: Vigilará los temas de convivencia y desarrollo social y familiar en la comunidad y su principal accionar será realizando visitas con periodicidad a las personas y familias que así lo requieran.
- Psicólogo: Se encargará de impartir charlas para el mejoramiento del comportamiento social y familiar de los miembros de esta. Apoyará a los gestores sociales a la hora de dispensarizar para realizar un adecuado diagnóstico de la estructura y funcionamiento de las familias visitadas, así como la intervención oportuna de parte del profesional en caso de que se requiera. Ayudará y apoyará en las charlas educativas a la comunidad en cuanto al desarrollo psicológico de los niños y abordaje a los problemas de este tipo de problemas en los adultos. Será el encargado de realizar apoyo psicológico a las gestantes, adultos mayores y por qué no en la participación de duelo como guías espirituales, cuando esta se requiera.
- Nutricionista: Se encargará de vigilar la malnutrición (desnutrición y sobrepeso) en los miembros de las familias y será el encargado de educar a la población en cuanto a la importancia de mantener una dieta sana y saludable.
- Terapeuta físico y respiratorio: Se encargará de la recuperación física y rehabilitación de las personas que han tenido limitaciones motrices y/o discapacidades por cualquier causa dentro de la comunidad, buscando mejorar la funcionalidad de estas.
- Gestoras sociales: Son las personas encargadas de obtener la información a través de las fichas familiares mediante el proceso de Dispensarización y de ser las personas, junto con los líderes de la comunidad, de darse cuenta de los hechos de vulnerabilidad, que muchas veces son ocultados por la comunidad. Previa capacitación por personal calificado.
- 10 líderes de la comunidad (líderes sociales zonales): son el contacto directo del personal idóneo de la estrategia con la comunidad. Hecho que podrá ayudar a la caracterización de las personas más vulnerables de la población. Serán vigías, guardianes, defensores de los derechos de la comunidad,

garantes de que las actividades de intervención se realicen a cabalidad, produciendo el impacto, en las personas verdaderamente afectadas y necesitadas.

- Y en un futuro no muy lejano, especialistas básicos como, por ejemplo, Internistas, Ginecólogos, Pediatras, Geriatras, Cirujanos y especialistas en Medicina Familiar.

Este Consultorio médico cumplirá con los requisitos esenciales y tendrá la habilitación de los servicios que presta, por el ente rector de salud del departamento y tendrá el acompañamiento de la administración municipal en cabeza de la secretaría de salud.

2. Un Consultorio Móvil Social (CMS), es una estrategia extramural, que hace parte fundamental del GPS. Está basado en una unidad de consultorio médico y odontológico, en un vehículo de alto cilindraje con la adecuación de dos compartimentos especiales en el volco de dicho vehículo, amplios y cómodos, donde se adecúan un consultorio médico en el primer espacio, con camilla, escritorio, silla, tanque de oxígeno, mesa de mayo para los dispositivos médicos y lugar de alistamiento de medicamentos, aire acondicionado, sistema de ventilación y aireación, como de recolectores y guardián de desechos biológicos. El segundo espacio donde se adecúa un consultorio odontológico con la silla odontológica, escritorio, silla, mesa odontológica para el alistamiento de los dispositivos odontológicos, también con recolectores y guardián de desechos biológicos. Igualmente, con un ambiente óptimo, aireación y aire acondicionado o sistema de ventilación, para crear un ambiente agradable, haciendo más soportable el tiempo de estancia de los profesionales y del paciente de turno.

Este Consultorio móvil debe estar equipado de todas las herramientas necesarias para prestar unos excelentes y eficientes servicios de salud. Dotados de un conductor, conocedor de todo el manejo y buen funcionamiento de este. Además, debe contar con el talento humano profesional y técnico altamente calificado para la prestación de los servicios.

La función principal del CMS, es la de prestar servicios de salud, médico-odontológicos en forma extramural, para acompañar in situ, a cada uno de los sectores populosos y de difícil acceso como suburbios y veredas del municipio, previamente identificados y dispensarizados por los gestores sociales, con el adecuado diligenciamiento de las fichas familiares. Esto definitivamente, hará una atención personalizada y sectorial, donde la clave es que los servicios de salud se hagan en forma de búsqueda activa, tratando de realizar una promoción y prevención de las enfermedades y del estado social en los hogares de la

comunidad; no esperando a que lleguen los pacientes a las IPS y ESES (centros de salud, clínicas y hospitales), ya complicados o con enfermedades o patologías avanzadas. Es la mejor manera de prestar servicios de salud y una verdadera Atención Primaria en Salud.

Este Consultorio Móvil Social, debe de estar habilitado por la dirección territorial y haber cumplido todos los requisitos esenciales necesarios para una óptima prestación de servicios ambulatorios.

3. El Grupo Primario Social (GPS), es una estrategia del municipio, con carácter multidisciplinario e intersectorial, que se crea para la reducción de los problemas de salud y la vulnerabilidad ocasionada por la pobreza extrema en la comunidad, formando una red de protección de los factores de riesgo existentes y así tratar de mitigar las trampas de la miseria, que cubre y consolida el sistema de promoción y prevención, donde se estructura como modelo de acompañamiento extramural, no solo a la situación social de la población pobre sino a la demanda de los servicios de salud. El GPS representará el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia, la comunidad y los diferentes sectores administrativos del municipio manteniendo en todo momento una adecuada comunicación para resolver a tiempo los problemas no solo de salud sino también determinantes de salud, problemas sociales, económicos, educacionales, locativos, laborales, etc. Además, contendrá elementos esenciales para guiar la política de salud y social en las diferentes comunidades, municipios y departamentos del país, y es la principal vía para garantizar opciones concretas de acceso a la atención médica y al consiguiente mantenimiento y promoción de la salud.

Este a su vez estará compuesto por uno o varios Consultorios de Atención Social y Consultorio Móvil Social (según la población a intervenir e impactar). El GPS es el centro de mando estructural de la estrategia a desarrollar. Contará con el talento humano idóneo, un médico líder y un Profesional en Enfermería con preparación en el área administrativa y/o especialización, que garantice el correcto funcionamiento y cumplimiento de los objetivos establecidos, supervisando de forma activa y constante las actividades a desarrollar por cada uno de los CAS y CMS que lo componen para la exitosa consecución de resultados y su permanencia en el tiempo.

4.1.2 Principios en los que se basa el funcionamiento de los GPS

1. Longitudinalidad y continuidad de los cuidados. Ya se han señalado antes las características esenciales de la APS, pero es importante volver sobre estos dos conceptos, estrechamente relacionados pero diferentes: la longitudinalidad traduce

el mantenimiento a lo largo del tiempo de una vinculación profesional con la persona basada en la confianza mutua, el respeto y la corresponsabilidad y no está necesariamente relacionada con un problema o diagnóstico. La continuidad hace referencia a la conexión entre las distintas actuaciones asistenciales relativas a un problema de salud, actuaciones que pueden ser realizadas por distintos profesionales y en diferentes ámbitos del sistema sanitario (8,16).

Los profesionales de atención familiar y comunitaria deben poder garantizar la longitudinalidad de la relación con sus pacientes y, al mismo tiempo, contribuir de forma decisiva a la mejor coordinación de las actuaciones asistenciales, base de la continuidad. Unos procesos de atención que desarrollen en grado óptimo la longitudinalidad y la continuidad contribuirán de forma decisiva a mejorar la efectividad y la eficiencia del conjunto del sistema sanitario de nuestro país.

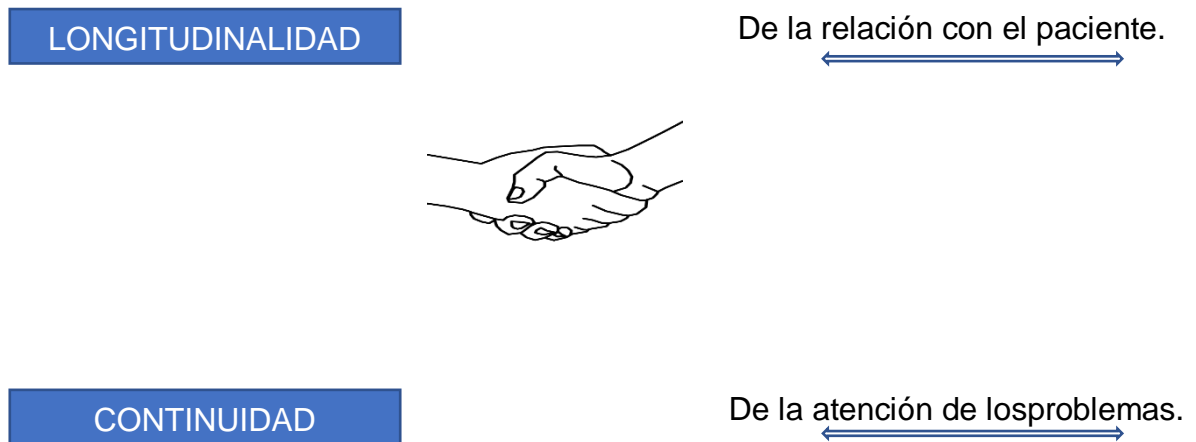


Figura 1. Longitudinalidad y continuidad en APS.

Fuente: elaboración propia

2. El enfoque intersectorial. Los GPS socializarán con cada uno de los actores los problemas de la población objeto y concertarán las metas y los compromisos definidos con la comunidad, esto será el fundamento de una gestión integral y el logro de los resultados con base en una planeación participativa. Como se mencionó anteriormente el GPS será un grupo multidisciplinario lo cual permitirá un adecuado funcionamiento facilitando la atención oportuna de la población y la

recopilación de datos con menos sesgos y que proporcionen a posterior información veraz para futuras investigaciones o proyectos de este tipo.

El instrumento fundamental para registrar y recopilar toda la información necesaria es la ficha familiar (ver anexo 1,2 y 3) que permita identificar y caracterizar a todas las familias para su intervención mediante la Dispensarización de servicios sociales logrando consolidar de esta forma los 9 momentos importantes de la intervención:

- Identificación
- Estratificación
- Aseguramiento
- Educación
- Seguridad Alimentaria
- Acceso a la Justicia
- Empleo
- Habitabilidad
- Ahorro

4.1.3 Sectorización y asignación de familias.

El Grupo Primario Social (GPS) a través del Consultorio de Atención Social (CAS) y Consultorio Móvil Social (CMS) tendrá a cargo de 500 a 600 familias para un total aproximado de 1500 a 2500 personas, entre ellas, niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores, previo estudio demográfico de la población donde se instalará y se llevará a cabo la estrategia, por ejemplo, cada municipio está compuesto por barrios, veredas y corregimientos por lo tanto mediante la georreferenciación se sectorizará cada lugar mencionado y de acuerdo al número de familias y personas establecidas anteriormente se creará uno o más CAS conformando de esta forma al GPS, asimismo cada Consultorio de Atención Social tendrá a cargo los actores mencionados anteriormente y cumplirá con un programa de actividades previamente establecido y socializado con cada uno de los integrantes, estableciendo responsables de cada actividad y tiempo estimado de cumplimiento de la misma.

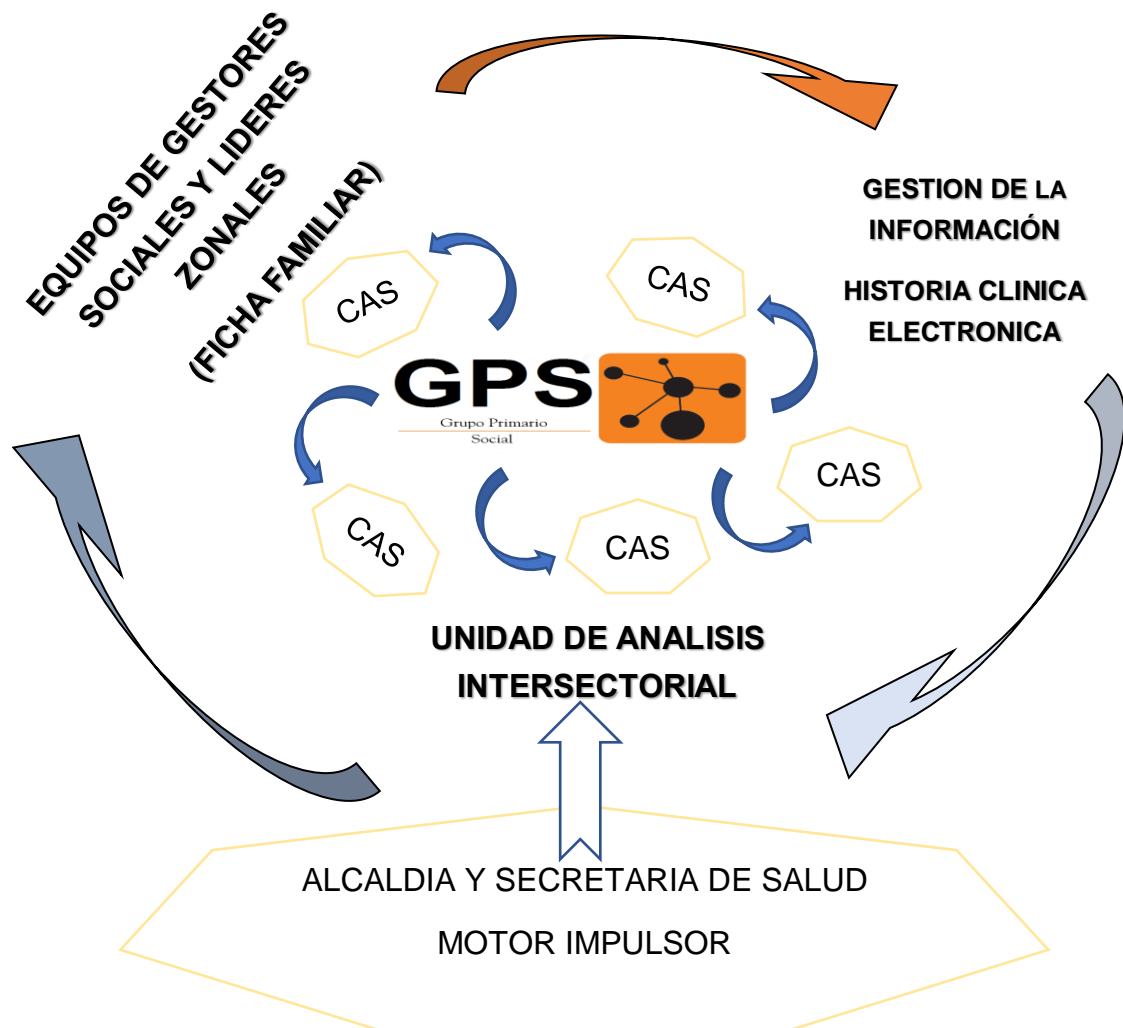


Figura 2. Esquema de composición del GPS y funcionamiento

Fuente: elaboración propia

4.1.4 Actividades de los GPS

La visita es la actividad fundamental de un EPS. La realización de visitas a cada una de las familias que se encuentran en un sector y que son responsabilidad de un CAS, se enfoca a detectar los principales problemas de salud y socioeconómicos por el cual atraviesa ese núcleo familiar y a partir de ello se formulará e implementará un plan de intervención. Por tanto, se realizarán tres tipos de visita:

1. Una visita diagnóstica personal y familiar donde se obtenga información personal, factores de riesgo, enfermedad y/o discapacidad o secuelas por complicaciones de sus antecedentes personales, en ese mismo tiempo se verificará el tipo de funcionalidad de la familia, afectividad, grado de escolaridad, estado socioeconómico, hacinamiento y por la etapa que atraviesa, se identifican también las condiciones de la vivienda teniendo en cuenta el cumplimiento de las necesidades básicas sanitarias, agua potable, alcantarillado, servicios de electricidad, gas natural, baño sanitario, presencia de animales, condiciones de higiene y salud, presencia de vectores distribución de residuos biológicos y sólidos, entre otros,
2. En una segunda visita se elabora un plan de intervención, en el que se acuerdan con la familia las acciones de salud y otras de orden social que se desarrollan para mejorar la situación encontrada en el proceso diagnóstico.
3. Visitas de seguimiento para verificar las mejoras establecidas en el plan de intervención y/o el cumplimiento final de las actividades asignadas a cada uno de los responsables de ellas.

4.1.5 Intervenciones y prioridades de los GPS:

Los GPS desde la perspectiva deberán orientar las intervenciones a las siguientes prioridades y actividades.

Primer proceso: (Programa de salud infantil - valorización de coberturas útiles para menores de 0 a 5 años)

- Se realizan visitas domiciliarias.
- Revisión niños con esquema PAI completo.
- Demanda inducida a Crecimiento y Desarrollo.
- Seguimiento a casos reportados como malnutrición (obesos y con bajo peso)
- Captación de niños con desnutrición global
- Remisión de niños a los diferentes especialistas en caso de que lo requiera.

Segundo proceso:(Programa de salud sexual y reproductiva)

- Detección de cáncer de seno,
- Cáncer de cérvix y próstata.
 - Remisiones a toma de citologías
 - Autoexamen de mama
 - Examen de próstata
 - Planificación familiar

- Educación en Enfermedades de transmisión sexual.
- Demanda inducida hacia los programas de atención al adolescente, atención al joven y hacia los programas de control prenatal.

Tercer proceso: (Seguimiento a las políticas de seguridad alimentaria)

- Detección y seguimiento de casos de niños de mal nutrición (bajo peso y obesos)
- Educación en alimentación saludable a la comunidad.
- Remisión y seguimiento por desnutrición aguda.

Cuarto proceso: (Seguimiento a las políticas de salud mental)

- Tamizaje de personas con problemas de trastorno mental.
- Mitigación del consumo y direccionamiento al programa de salud mental del PIC.

Quinto proceso: (Seguimiento a las políticas de salud oral)

- Demanda inducida a los programas de PyP de salud oral.

Sexto proceso: (Seguimiento a las políticas de estilos de vidas saludables)

- Apoyo y seguimiento a los clubes saludables.
- Acompañamiento a los adultos mayores en los programas de estilos de vida saludables.

Séptimo proceso: (Seguimiento a las políticas de control de vectores)

- Educación a la comunidad en enfermedades transmitidas por vectores (Dengue, Leptospirosis, Leishmaniosis, Zika y Chikungunya entre otros)
- Acompañamiento a las fumigaciones peri focales.
- Recolección de inservibles.

Octavo proceso: (Seguimiento a las enfermedades de interés en salud pública)

- Realizar búsqueda activa de sintomáticos respiratorios
- Realizar educación en TBC
- Cercos epidemiológicos

Noveno proceso: (Seguimiento a otras actividades)

- Remisiones a la ESE, Clínicas y/o Hospitales de mayor nivel de complejidad.

- Capacitación y charlas educativas a gestantes, discapacitados, adulto mayor y población en general.
- Actualización de fichas familiares.
- Entrega de mercados conseguidos a través del padrino y / o de los programas de la administración municipal.
- Mejoramiento de vivienda a través del padrino y / o de los programas de la administración municipal (secretaría de planeación).
- Acueducto, alcantarillado.
- Consecución de empleo a través del padrino y / o de la administración municipal.

4.2 Proceso de implementación de la estrategia.

La implementación es el proceso de puesta en marcha de la estrategia incluye un momento de planificación y una fase ejecución de las actividades por parte de los GPS.

El momento de la planeación parte de hacer un estudio demográfico exhaustivo de la población a intervenir, revisar el Análisis de Situación de Salud de ese territorio o municipio, identificar los sectores más vulnerables de ese territorio en cuanto al aspecto socioeconómico, determinar cuáles son las zonas con difícil acceso y limitación para su desplazamiento al centro de salud más cercano. Una vez obtenida toda esta información y la identificación de todos estos factores, se planeará en conjunto con la administración municipal, secretaria de salud, secretaria de planeación y ESE del municipio el presupuesto económico y recurso humano idóneo que se debe contratar, además se deberá socializar con toda la población garantizando de esta forma su compromiso para una adecuada funcionalidad de esta estrategia.

El momento de ejecución de este proceso estará a cargo del GPS conformado por los diferentes CAS y por los miembros de cada uno de estos como ya se ha mencionado anteriormente, una vez se haya georreferenciado el territorio y determinado el número de familia que estará a cargo de cada Consultorio de Atención Social, llevando a cabo las actividades y programas establecidos para el mejoramiento de la situación de salud y vulnerabilidad de esa población y esta a su vez, se evaluará periódicamente ya sea a través de las visitas de seguimiento, la cual es una actividad obligatoria para el cumplimiento de la estrategia, auditorías y contralorías de los recursos asignados y para garantizar el adecuado funcionamiento del Grupo Primario Social. Las actividades básicas que deben desarrollar los GPS serán:

1. Identificación de los líderes sociales zonales, los cuales se encargarán de informar los problemas y cambios existentes en la comunidad.
2. Tabulación y análisis de los registros y datos obtenidos mediante las fichas familiares durante la Dispensarización, que estará a cargo de las gestoras sociales, previa capacitación por personal calificado.
3. Clasificar la vulnerabilidad a través de cada uno de los factores de riesgo de cada uno de los 9 momentos encontrados mediante la Dispensarización.
4. Capacitación permanente de los integrantes del Grupo Primario Social con la intención de mejorar cada día en la prestación de los servicios de salud y la identificación de vulnerabilidad.
5. Identificar, distribuir y comprometer a los padrinos sociales para proporcionar una fuente de ayuda en cuanto a lo social, laboral, educacional, nutricional y de vivienda.
6. Realizar análisis periódico del cumplimiento de las actividades encaminadas al mejoramiento de la situación social y del proceso salud – enfermedad, mediante las estrategias establecidas en los análisis de situación de salud (ASIS).
7. Construir y adaptar un Banco de Ofertas como horas laborales profesionales y no profesionales, prendas de vestir, alimentos, utensilios de construcción, quedando abiertos de esta forma a la posibilidad de ayuda por parte de las instituciones o empresas privadas y/o personas del común que deseen colaborar.
8. Georeferenciar las familias y los factores de riesgo manteniendo actualizada de forma dinámica la situación de salud de la población, comunidad y municipio.

En la figura 3 se presenta un resumen de las etapas de implementación del modelo de Dispensarización de servicios a través de GPS

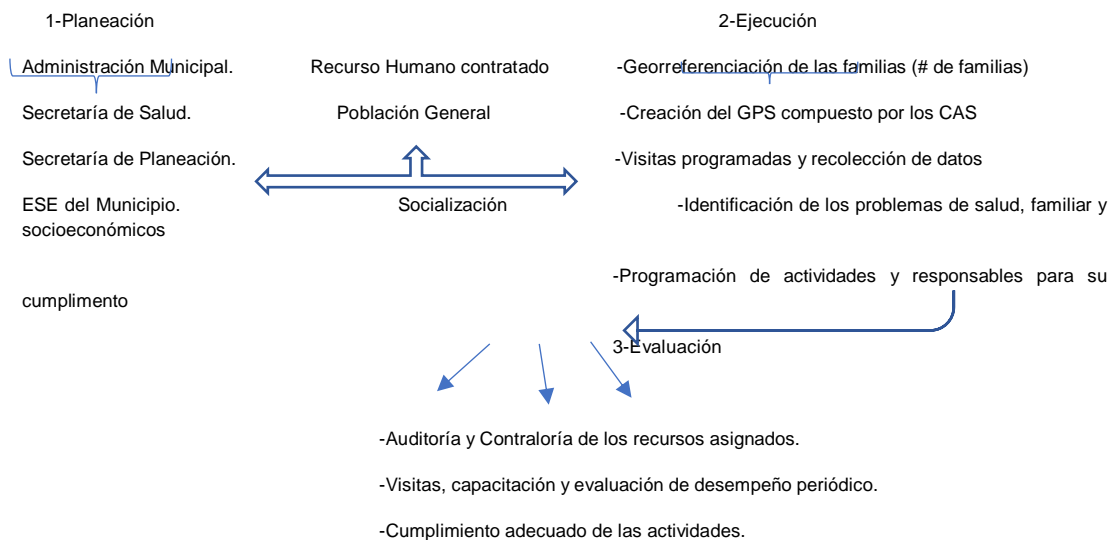


Figura 3. Muestra la Planeación, Ejecución y Evaluación de la estrategia GPS

Fuente: elaboración propia

4.3 Plan de evaluación.

La estrategia de intervención debe contar con un plan de evaluación que permita hacer una medición de seguimiento y de resultados de la estrategia. El plan debe contener los siguientes elementos: el objetivo de la evaluación, los elementos que deben ser evaluados, los indicadores que serán utilizados para el análisis, que información debe ser recolectada para construir esos indicadores, que metodología y fuentes de información se requerirán y con qué periodicidad se evaluarán los indicadores.

Para lograr una evaluación integral se deben definir indicadores de tipo poblacional, de estructura, de proceso y de resultados, encaminados a evaluar la estrategia de una forma sistémica e integral. A continuación, se presenta la matriz de evaluación presentando algunos ejemplos de posibles indicadores. Estos deberán ser definidos de acuerdo con las características del territorio y de las especificidades del programa.

Tabla 1. Matriz de evaluación

Objetivo de la evaluación	Nombre del indicador	Operacionalización del indicador	Información requerida	Fuente de la información	Metodología de recolección	Responsables
Evaluar el cumplimiento de los procesos y el logro de los resultados	Proporción de personas con X patología De cada una de las familias encuestadas.	$\frac{\text{Personas con X patología}}{\text{Total de población objeto}} \times 100$	Se requiere conocer el número de personas enfermas de cada una de las familias que se encuentran el territorio donde se llevara a cabo la estrategia.	-Fichas familiares.	-Revisión de los datos obtenidos a través de la Dispensarización.	-Gestores Sociales. -Médico General a cargo del CAS. - Coordinador médico del GPS.

de la estrategia de GPS	Proporción o porcentaje de la población estrato socioeconómico 1 y 2 del total de la población.	$\frac{\text{Población estratos 1 y 2 del Sisbén}}{\text{Total de la población}} \times 100$	Necesitamos saber el número de la población estrato 1 y 2 y también el total de la población del territorio.	-Fichas familiares. Encuestas de la plataforma del SISBEN (Secretaría de Planeación). -Censo DANE 2018 (Gobierno Nacional.)	- Revisión de los datos obtenidos a través de la Dispensarización. -Revisión de encuestas de Empresas Públicas. -Revisión plataforma del SISBEN	-Gestores Sociales. -Médico General a cargo del CAS. - Coordinador medico -Secretario (a) de Planeación - Coordinador del SISBEN
	Proporción o porcentaje de las familias funcionales comparado con el total de las familias.	$\frac{\text{Familias funcionales}}{\text{Total, de las familias}} \times 100$	Necesitamos saber el número de familias funcionales en e territorio	-fichas familiares	- Revisión de los datos obtenidos a través de la Dispensarización.	-Gestores Sociales. -Médico General a cargo del CAS. - Coordinador médico del GPS.

Porcentaje de recursos invertidos en la Atención Primaria en Salud (APS)	de Recursos para el lineamiento de APS $\frac{\text{Recursos del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)}}{\text{Recursos del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)}} \times 100$	el	Recurso monetario que llega al fondo local de salud para el PIC y para Salud Publica.	- Fondo local de salud (secretaría de hacienda). -PIC. (Secretaría de Salud)	Revisión de la información en la Secretaría de Hacienda y Secretaría de Salud.	-Secretaría de hacienda. -Secretaría de Salud. Secretaría de Planeación
Proporción porcentaje de viviendas que requieren mejoramiento	o Número de viviendas a mejorar $\frac{\text{Número de viviendas a mejorar}}{\text{Total, de viviendas.}} \times 100$		Se requiere conocer el total de viviendas que requieren intervenciones para mejoras	-Fichas familiares. - Planificación y seguimiento de las actividades realizadas.	-Revisión de los datos obtenidos a través de la Dispensarización. Evidencias fotográficas.	Líderes Zonales. Gestores Sociales. Administración municipal. Secretaría de Planeación
Porcentaje de la población con acceso a la educación.	de la Población con acceso a la educación $\frac{\text{Población con acceso a la educación}}{\text{Total, de la población del territorio.}} \times 100$		Conocer el total de personas del territorio que se encuentran realizando algún tipo de estudios.	-Fichas familiares. - Encuestas de la plataforma del SISBEN.	- Revisión de los datos obtenidos a través de la Dispensarización. Información recogida de Base de	-Gestores Sociales. -Médico General a cargo del CAS. - Coordinador médico

Porcentaje de la población que ejercen algún empleo formal.	$\frac{\text{Total de la población con algún vínculo laboral.}}{\text{Total de la población de ese territorio.}} \times 100$	Conocer el total de personas con algún tipo de vínculo laboral.	-Fichas familiares. - Encuestas de la plataforma del SISBEN.	datos de del GPS. SISBEN y DANE - Revisión de los datos obtenidos a través de la Dispensarización. -Información recogida de Base de datos de SISBEN y DANE	-Gestores Sociales. -Líderes zonales.
Proporción de las viviendas que fueron intervenidas con la estrategia.	$\frac{\text{Número de viviendas que fueron intervenidas}}{\text{Número total de viviendas que requerían intervención}} \times 100$	Conocer el número de viviendas dañadas que fueron intervenidas por la estrategia GPS.	- Fichas Familiares .	- Revisión de los datos obtenidos a través de la Dispensarización	-Gestores Sociales. -Líderes Zonales.

Proporción de la población intervenida por una necesidad X.	$\frac{\text{Número de personas con una necesidad X que fueron intervenidas.}}{\text{Número total de Población con una necesidad X.}} \times 100$	Se requiere conocer el número de población enferma intervenida con la estrategia.	-Fichas Familiares - Revisión de los datos obtenidos a través de la Dispensarización -Historia Clínica electrónica.	-Médico General a cargo del CAS. - Coordinador médico del GPS.
---	---	---	---	---

Fuente: elaboración propia

5 CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Con el diseño de esta estrategia estamos seguros de que lograremos un impacto positivo no solo en las personas, barrios o comunidades sino también en todo un país, el cual esta carente de una atención digna a pesar de los diferentes cambios que se han establecido en el sistema sanitario, llevando la salud al alcance de todos y todas las personas necesitadas. Sabemos que la salud está marcada y su alcance significativo y duradero depende de impactar en unos determinantes que han jugado y juegan un papel preponderante en la obtención de esta, es por ello por lo que estamos seguros, que debemos intervenir estos determinantes asegurando una vida digna a través de unos servicios de Salud, con unos estándares establecidos y con la calidad que requiere la atención de la población. Además de la intervención en otros temas como en la mitigación de la pobreza, la disminución de la violencia, del consumo de sustancias psicoactivas nocivas para la salud de nuestros jóvenes, generando y aumentando empleos, vinculando a la población y dándole el papel protagónico para que ellos mismos sean los máximos garantes del cumplimiento de los objetivos de esta estrategia. Es importante recalcar en forma de conclusión, que la base de esta estrategia nació a partir de las experiencias del Sistema de Salud de otros países y del sueño llevado a cabo en el municipio la Dorada en los años 2005-2007, que se ajustó y se implementó en los años 2012-2015 y 2016-2019, pero creemos que, con la Estrategia GPS, culminaremos un sueño, que le podrá aclarar la situación de salud y social a todas las personas del territorio nacional, sobre todo a las personas más vulnerables.

“... El médico será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma y va al hospital, sino que tendrá un papel especial en la medicina preventiva, en fin será un «Guardián de la Salud» (16).

Por tanto, recomendamos con toda seguridad la implementación de la estrategia GPS ya que estará dando cumplimiento a varios Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) y propenderá porque cada uno de los miembros de las familias estén identificados, estratificados, saludables (con acceso a la salud), educándose, con seguridad alimentaria, con acceso a la justicia, con oportunidad de vivienda, con oportunidad de empleo y con capacidad de ahorro, así como con oportunidades culturales y deportivas, generando tejido social. Este grupo interdisciplinario, a través de las atenciones en los Consultorios de Atención Social (CAS), en el Consultorio Móvil Social (CMS), de las vistas domiciliarias, de los encuentros ciudadanos, de las rendiciones de cuentas y de las jornadas de atención positivas, garantizará que todos los habitantes sean atendidos por unos servicios de salud más humanos, oportunos, integrales y de calidad. Vigilantes de

respetar y defender la institucionalidad y los derechos de los prestadores de servicios de salud, pero también de cada uno del resto de los actores de la atención primaria en salud.

Esta estrategia va a evitar el colapso en las urgencias, el número de consultas prioritarias, el mejoramiento de la salud de las personas disminuirá el número creciente de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, mejorará la expectativa de vida y porque no disminuirá la situación y el alto porcentaje de pobreza en nuestros municipios. Porque es a partir del GPS y con cada una de las plataformas o lineamientos de la estrategia, que lo lograremos.

Es importante recomendar a las administraciones municipales, que la puesta en marcha de esta estrategia y su exitoso funcionamiento solo requiere de voluntad política y administrativa; que muchas personas pudientes están dispuestas a colaborar, solo por el hecho de que esto disminuirá muchos conflictos y problemas sociales, que son los que dan al traste con el buen desarrollo de las ciudades y municipios pequeños. Recomendamos la socialización de la Estrategia GPS en las diferentes instituciones y, sobre todo, sensibilizar a las personas pudientes del territorio, porque serán ellos, con los aportes de caridad, obviamente ayudados y apoyados por las inversiones del municipio, para impactar en forma más vehemente y fehaciente y sobre todo en forma definitiva, dejando una huella marcada de mejoría y de avance en la sociedad, única razón de ser de las administraciones municipales.

Es por todo lo anterior que recomendamos que este ejercicio se haga desde la Administración Municipal, con la responsabilidad directa de la Secretaría de Salud ya que podría ser caballito de batalla en un plan de gobierno y después de la posesión de la administración, ser una de las metas en los planes de desarrollo, y por qué no, que esta Estrategia se convierta en una de las formas de calificar la gestión de los mandatarios y de su equipo de trabajo.

Todo trabajo que sea de impacto Social y más este, que impacta no solo lo social, sino en la Salud (derecho fundamental), deben ser de absoluta acogida por los gobiernos, porque creemos que la finalidad de los seres humanos y mucho más, la de las administraciones Municipales y de todos los políticos, es servir y sobre todo, de servir a los más necesitados. Por una óptima salud, por una educación integral y profesional, por un empleo digno, por un sueldo digno, por una vida digna. La medicina es la mejor de todas las profesiones, pero la medicina más humana es la mejor de todas las medicinas.

6 REFERENCIAS

1. EO La Paz. Pobreza. [Online].; 2020. Available from: <https://eolapaz.com/pobreza-2/#:~:text=La%20pobreza%20es%20una%20epidemia,la%20salud%20y%20la%20educaci%C3%B3n.>
2. Revista Dinero. Por estas razones crecieron los niveles de pobreza en Colombia. [Online].; 2020. Available from: [https://www.dinero.com/pais/articulo/crecen-los-niveles-de-pobreza-en-colombia/270504.](https://www.dinero.com/pais/articulo/crecen-los-niveles-de-pobreza-en-colombia/270504)
3. OXFAN. Las causas de la pobreza en el mundo. [Online].; s.f.. Available from: [https://blog.oxfamintermon.org/las-causas-de-la-pobreza-en-el-mundo/.](https://blog.oxfamintermon.org/las-causas-de-la-pobreza-en-el-mundo/)
4. Mendieta D, Jaramillo C. El sistema general de seguridad social en salud de Colombia. universal, pero ineficiente: a propósito de los veinticinco años de su creación. Revista Latinoamericana de Derecho Social. 2019 Julio-septiembre;(29).
5. Medicos Familiares. ¿Qué es la Atención Primaria de la Salud (APS)? [Online].; 2017. Available from: [https://www.medicosfamiliares.com/comunidad/que-es-la-atencion-primaria-de-la-salud-aps.html.](https://www.medicosfamiliares.com/comunidad/que-es-la-atencion-primaria-de-la-salud-aps.html)
6. Navarro V. Concepto actual de salud pública. [Online].; 2013. Available from: [https://ifdcsanluis-slu.infod.edu.ar/sitio/material-de-estudio-del-ano-2013/upload/navarro.pdf.](https://ifdcsanluis-slu.infod.edu.ar/sitio/material-de-estudio-del-ano-2013/upload/navarro.pdf)
7. Zurro A, Cano J, Gené J. Atención primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia. 8th ed.: Elsevier; 2019.
8. Zurro A, Jodar G. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. [Online].; 2018. Available from: [https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/1_0.pdf.](https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/1_0.pdf)
9. Santa María M, García F, Roza S, Uribe M. Un diagnóstico general del sector salud en Colombia: evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación. [Online].; s.f.. Available from: [http://www.med-informatica.net/FMC_CMCB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/SaludRetosRegulacion_MauricioSantamaria_cap1_final.pdf.](http://www.med-informatica.net/FMC_CMCB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/SaludRetosRegulacion_MauricioSantamaria_cap1_final.pdf)
10. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Revista

Cubana de Salud Pública. 2004; 30(3).

11. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Atención primaria de salud. [Online].; s.f.. Available from: https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/.
12. Franco Á. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2015; 33(3).
13. Ministerio de Salud. Atención Primaria en Salud. [Online].; s.f.. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Atencion-primaria-en-salud.aspx>.
14. Araujo R. Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? Novedades en población. 2015; 11(210).
15. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las américas. [Online].; 2010. Available from: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307.
16. Álvarez R. Medicina General Integral La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
17. Batista R, Sansó F, Feal P, Corratgé H. La dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad. Rev Cuba Med Gen Integral. 2001 Abril; 17(2).
18. López P. Cobertura Universal en Salud y el caso cubano. Rev Cuba Salud Pública. 2015 Marzo; 41(1).

EVOLUCION DE LA FAMILIA										FAMILIA N°							
GRUPO PRIMARIO	HISTORIA DE SALUD FAMILIAR										CONSULTORIO	EPS					
FECHA																	
FUNIONAL																	
DISFUNCIONAL																	
FECHA DE DIAGNOSTICO										IDENTIFICACION DE LOS PROBLEMAS			MEDIDAS		PLAZO DE CUMPLIMIENTO		
															C	M	L

