

El caso de la implementación de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS) en la localidad de Suba, Bogotá – Colombia

The Case of the Implementation of the Strategy of Comprehensive Primary Health Care in the Locality of Suba, Bogotá - Colombia

O Caso da Estratégia da Implementação da Atenção Primaria Integral de Saúde (APIS) na localidade de Suba – Colombia

Naydú Acosta Ramírez**, Román Vega Romero***

Fecha de recepción: 31-03-08 Fecha de aceptación: 16-05-08

* Este trabajo fue realizado en el marco del Convenio de Cooperación Técnica No. 650 entre la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, el Hospital de Suba II Nivel ESE y la Pontificia Universidad Javeriana. Los autores agradecen al equipo de trabajo del Hospital de Suba, constituido por Sandra Lozano, Olga Lucía Velásquez, Carolina Zárate, Fernando Mendígaña, Miguel Romero, Iván Alvarado, Jackelin Sandoval, Diana Jiménez, Julia Cabarcas, César Monsalve, Dora Duarte, Martha Aponte, Soraya Murcia, Susana Naranjo y Camilo Jiménez. Su valiosa colaboración hizo posible este trabajo, pero asumimos la responsabilidad completa por el contenido de este artículo.

** Profesora asociada de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: naydu-acosta@gmail.com.

***Profesor asociado de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: roman.vega@javeriana.edu.co.

Resumen

Se presenta el análisis situacional de los avances y vacíos estratégicos en la implementación de la estrategia de atención primaria integral en salud (APIS) en Suba, realizado con enfoque de estudio de caso y técnicas multimétodo. La investigación evidencia que los logros se deben a una estructura de gobernanza con apoyo político, gubernamental, comunitario y liderazgo del sector salud, que han permitido desarrollar un modelo de gestión fundamentado en eficiencia social y calidad. Dentro de los frutos se destaca una territorialización exitosa con una amplia cobertura, caracterización y atención de grupos prioritarios. Sin embargo, existen retos como el impacto en la sostenibilidad financiera de los servicios especializados del Hospital, y el desarrollo adecuado del enfoque familiar y comunitario, entre otros.

Palabras clave autores: Atención primaria integral de salud (APIS), estudios de casos, acción intersectorial, participación comunitaria, gestión en salud, equidad en salud.

Palabras clave descriptores: Atención primaria de salud (APIS), estudios de casos, gestión en salud, equidad en salud.

Abstract

The study presents the situational analysis of the strategic advances and gaps of the implementation of the strategy of comprehensive primary health care (APIS) in Suba. The study follows a case study methodology and mixed-method techniques. The investigation illustrates that the achievements are due to a government structure with political, governmental, and community support, and leadership from the health sector. This has allowed the development of a management model founded in social efficiency and quality. The highlighted results include a successful territorialization with a wide coverage, characterization, and attention of priority groups. However, there are challenges such as the impact in the financial sustainability of the specialized services of the hospital, and the adequate development of the family and community focus, among others.

Key words authors: Comprehensive Primary Health Care, Case Studies, Interdepartmental Action, Community Participation, Health Management, Health Equity.

Key Words descriptive: Primary Health Care, Case Studies, Health Management, Health Equity.



Introducción

Este documento presenta el análisis situacional de la experiencia de implementación de una estrategia de atención primaria integral en salud (APIS) en la localidad de Suba (división político administrativa del distrito capital de Bogotá), desarrollado con el propósito de mostrar su avances, aciertos y desaciertos, los cuales son elementos de análisis que pueden ser usados por otras entidades locales, nacionales e internacionales interesadas en la implementación de modelos de APIS como modelo integrador de la provisión de servicios de salud, la acción intersectorial y la participación comunitaria, en la búsqueda del mejoramiento con equidad de las condiciones de salud de la población [1,2].

El abordaje metodológico utilizado fue un estudio de casos con técnicas multimétodos e incluye la revisión y análisis de fuentes secundarias y primarias de información, empleando entrevistas, talleres con informantes claves, observación en campo y revisión documental. El abordaje teórico adopta el marco lógico canadiense de evaluación de la atención primaria en salud (APS) [3], por lo cual inicialmente se presenta el análisis del contexto social y político que enmarcan la formulación y desarrollo de la APIS en la localidad, posteriormente se profundiza en sus características presentando tanto el modelo filosófico-conceptual en el que se fundamenta la estrategia, como su modelo operativo y su proceso de implementación. Finalmente, se presentan los resultados tanto en términos de productos y servicios de salud, como de resultados en salud.

Contexto social y político. Suba es una de las localidades¹ pioneras con relevantes resultados en la implementación de la estrategia de

Atención Primaria Integral de Salud (APIS) en Bogotá desde su lanzamiento en el año 2004 [4,5], situación que se presenta por el decidido apoyo del gobierno local y de la comunidad a la estrategia, propiciado por el liderazgo del sector salud representado por la dirección del Hospital de Suba, y unas condiciones políticas y sociales particulares.

Suba tiene una importante trayectoria histórica, un gran dinamismo en su crecimiento poblacional y una considerable diversidad en sus características poblacionales y problemáticas. Las evidencias de poblamiento en la zona por grupos de la comunidad indígena “Muisca” se remontan a los siglos VIII y XI [6] En las últimas décadas la localidad presenta un acelerado crecimiento demográfico y una rápida expansión del área urbana, pasando en pocos años de suelos de uso predominantemente agrícola a un uso residencial, mezclado con actividades comerciales. Esta transformación se ha dado sin una planeación adecuada, ya que en una parte importante del territorio la urbanización se ha extendido ocupando áreas ambientales importantes como los cerros, rondas de los ríos y humedales [7]. Si bien ese crecimiento poblacional se relaciona esencialmente con una mayor urbanización, también existe una importante participación de la problemática social del desplazamiento forzado por los conflictos internos del país [8].

La localidad de Suba es una de las más grandes en extensión (cuarto lugar en Bogotá), y en tamaño poblacional (segundo lugar), contando con un total de 911.925 habitantes en el año 2005 [9] de los cuales se estima que el 34,1% se encontraban por debajo de la

¹ Las localidades son unidades político administrativas del distrito capital dirigidas por alcaldes locales (elegidos por el alcalde mayor del Distrito) y las juntas administradoras locales, las cuales son conformadas por representantes elegidos por voto popular de los diversos barrios y sectores de una localidad.

línea de pobreza, de acuerdo con los datos de la Encuesta de Calidad de Vida del 2003 [10]. Por estas razones, Suba fue definida en emergencia social en el marco del Plan de Desarrollo Distrital 2004-2008, “Bogotá Sin Indiferencia: un compromiso social contra la pobreza y la exclusión”. Posteriormente, se inicia la formulación participativa del plan de desarrollo local mediante eventos denominados “encuentros ciudadanos” y la técnica de cartografía social que identifica las problemáticas y los servicios sociales disponibles, e infraestructura local, y delimita los sectores con deterioro de la calidad de vida que son denominadas “Zonas de Condiciones de Vida Vulnerable”, sobre las cuales debía concentrarse la implementación de las políticas y programas de los diversos sectores sociales, incluidos los de salud. Este último propósito se logra mediante la construcción de la matriz de integración sectorial, en la cual los diversos sectores presentan los programas y recursos dirigidos hacia la intervención de las mismas prioridades. En este contexto, y acorde con las definiciones de Mayntz [11], la estructura de gobernanza en Suba se caracteriza porque las instituciones estatales y no estatales, los actores públicos, privados y comunitarios, participan y cooperan en la formulación y la aplicación de políticas públicas, como actores corporativos autónomos que establecen mecanismos de coordinación y se organizan para interactuar en función del principio de colaboración mutua.

Bajo estas condiciones, en el Plan de Desarrollo Local del periodo 2005-2008 se privilegiaban las intervenciones de salud y nutrición [12], evidenciado en que se asigna el segundo y tercer lugar por monto presupuestal al Programa Bogotá Sin hambre (15%) y al Programa Salud para la Vida Digna (13%). Este último incluye los proyectos de promoción de la universalización progresiva a la atención en salud, mediante acciones integrales de salud, incluida la estrategia de

APIS, la dotación de instituciones de salud de carácter público y el apoyo a la construcción de alcantarillado y acueducto.

La formulación de la estrategia de APIS. Siguiendo el enfoque de la política Distrital de salud del 2004 orientada hacia la garantía del derecho a la salud [13], fundamentado en la estrategia de atención primaria en salud [14] y en el enfoque promocional de calidad de vida y salud [15], el Hospital de Suba II Nivel ESE (Empresa social de Estado) diseñó un modelo de APIS, con un enfoque de salud familiar y comunitaria, el cual en su enfoque filosófico-conceptual se basa en los siguientes valores, principios y elementos: la equidad, el respeto a los derechos de las personas, la universalidad en el acceso, la integralidad de la atención, la continuidad de los servicios, la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios, la eficiencia, y la promoción de la ciudadanía [16].

La equidad en salud es el valor orientador que busca la distribución de los recursos y servicios de tal forma que se pueda atender a los grupos de población en función de sus necesidades de salud, facilitando que estos logren el máximo de sus capacidades y su proyecto de vida. Por eso, dentro de las estrategias y acciones planteadas para disminuir las inequidades se incluyen: priorización de la inversión mediante la territorialización y caracterización de las necesidades de la población a través de la aplicación de encuestas socioeconómicas (con énfasis en la identificación de la población sin aseguramiento), ampliación y ubicación adecuada de puntos de atención primaria, de dispensación de medicamentos y toma de muestras, y descentralización de la consulta especializada.

El respeto a los derechos de las personas implica que la atención debe promover el reconocimiento de éstas como sujetos primordiales de su propia salud, la de su fa-



milia y su comunidad. Además, exige actuar de manera responsable y con transparencia en todos los aspectos relacionados con las decisiones en torno a la salud. Para garantizar y restablecer los derechos se diseñó una estrategia pedagógica para la transferencia de conocimientos tomando como base normativa los mecanismos de Participación Social en Salud descritos en el Decreto 1.757, dirigido al fomento, calificación, organización y empoderamiento de los ciudadanos en procesos de planeación participativa, gestión y control social, y responsabilidad social en la promoción de la salud.

El principio de universalidad en el acceso busca asegurar, con el trabajo coordinado de todos los actores del sector, una cobertura real para la atención, promoción y recuperación de la salud de toda la población, en la medida que es un derecho fundamental de todas las personas. Las estrategias planteadas para lograr mejoramientos en el acceso a los servicios de salud en la localidad incluyeron: ampliación de los puntos de atención y el correspondiente aumento de la capacidad instalada, ampliación de servicios y extensión de los horarios de atención, una central de información “*Call Center*” y servicios *Web* para validar derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS)² y por ende agilizar la atención de los usuarios.

El principio de la integralidad en la atención

² El SGSS es un sistema de aseguramiento con intermediación de Empresas promotoras de Salud y afiliación acorde a la capacidad de pago, el cual comprende un régimen contributivo para la población del sector formal de la economía e independientes que se afilian con recursos propios; un régimen subsidiado con afiliación para la población más pobre mediante subsidios provenientes de recursos públicos; y la población vinculada al sistema que recibe directamente servicios de la red pública y adscrita de instituciones de salud de las direcciones locales de salud.

en salud se define como la provisión continua y con calidad de un amplio rango de servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, dirigida a las personas en el contexto de su familia y comunidad, desarrollada en corresponsabilidad por el sector salud, la sociedad y otros sectores sociales. Las personas son reconocidas en su carácter multidimensional como seres biopsicosociales, inmersos en un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y ecológicas. La atención aborda las diversas necesidades de salud de las personas en cada ciclo de su vida (niñez, adolescencia, adultez, senectud), sean hombres o mujeres, desde la fecundación hasta la muerte. La integralidad de la atención requiere el trabajo de equipos multidisciplinarios y de una atención continua en todos los niveles, ordenando de forma flexible los flujos de atención y de recursos, y asegurando una atención de creciente complejidad en caso de ser necesaria. Esto implica la complementariedad de los servicios al interior de un establecimiento de salud o de la red de instituciones y procesos de coordinación interinstitucionales. La estrategia para lograr este principio ha sido desarrollar un Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, el cual se describe en detalle más adelante.

El principio de continuidad de la atención comprende lo siguiente:

- a) Todos los servicios que recibe una persona tanto en los centros de atención como en otros espacios, ya sea referido a la promoción, prevención, recuperación o rehabilitación, deben estar relacionados e integrados y complementarse para atender a sus necesidades de salud.
- b) Debe establecerse continuidad entre la atención que se recibe en un establecimiento de salud del primer nivel de atención y otros establecimientos de mayor complejidad. Esto se consigue mediante la

articulación funcional de establecimientos en redes de servicios y con la creación de mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia.

La calidad implica orientar los esfuerzos institucionales hacia la obtención del máximo beneficio para las personas, familia y comunidad, sin aumentar sus riesgos mediante la aplicación del conocimiento y tecnología apropiada, tomando en cuenta las expectativas, percepciones y la satisfacción de los usuarios externos e internos, así como las capacidades y limitaciones de recursos de la institución, en concordancia con la dignidad de la persona y los valores sociales. Las estrategias para lograr la calidad son el fomento de una cultura encaminada al autocontrol y la autodisciplina, y el desarrollo del sistema de control interno y el sistema de garantía de la calidad³.

La eficiencia social en la atención comprende la asignación de los recursos a aquellos grupos más vulnerables o en situaciones de riesgo de forma que el gasto proporcione los mayores resultados en términos de mejora en la situación sanitaria de la población. Además, se plantearon estrategias de manejo financiero que incluye un sistema contable y de costos, planeación presupuestal y plan de inversiones.

La participación y promoción de la ciudadanía implica promover y apoyar la participación de la persona, la familia y la comunidad para mejorar las condiciones de salud. Igualmente, conlleva fortalecer su corresponsabilidad en el desarrollo, mantenimiento y control de la calidad de los servicios, creando nuevas prácticas de participación y de debate, de diálogo interpersonal y escucha, y establecimiento de acuerdos e intereses comunes.

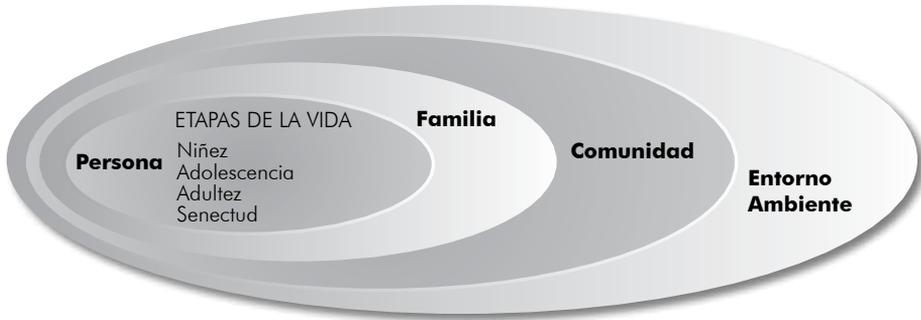
Así, el modelo filosófico conceptual del enfoque de APIS adoptado en Suba se diferencia del modelo Distrital en que tiene explícitos los principios de calidad y eficiencia social, aspectos fundamentales para la orientación de un enfoque gerencial con principios sociales que gira en dos ejes: satisfacción de las necesidades de su población y sostenibilidad financiera. En el primer eje se desarrollan estrategias tanto para el cliente externo como el interno, mediante el desarrollo del sistema de control interno y garantía de calidad, y ejecución de proyectos como el denominado "Humanización de la atención", el cual buscan mejorar las relaciones y buen trato para los usuarios en las instituciones de salud. En el segundo eje se incluye la búsqueda activa de fuentes de financiamiento, mediante proyectos con otras instituciones y sectores sociales, planeación y control financiero y priorización de gasto.

A su vez, el enfoque familiar y comunitario se concibe como la forma de aplicar las acciones de salud tomando como eje central las necesidades de salud de las personas en el contexto de la familia y de la comunidad, en lugar de centrarse exclusivamente en los daños o enfermedades individuales. El Modelo concibe que para poder prestar una atención adecuada, es necesario considerar a la familia como algo diferente a la suma de sus miembros. A su vez, la comunidad y el ambiente forman parte intrínseca de la realidad de las personas y la familia. Por ello, el abordaje de la atención integra todos estos aspectos. Los problemas de salud son asumidos desde una comprensión amplia y compleja. Por ello para la acción se procura un abordaje intersectorial, vinculando las intervenciones de los sectores de educación, vivienda, trabajo, transporte, etc. y los gobiernos locales, como una forma de responder a las causas de fondo de los problemas de salud y no sólo a sus consecuencias. Como las dimensiones de la persona, familia, comunidad y su entorno

³ Reglamentado por la Ley 87/93, Decreto 1599/05 MECI 1000-2005, Decreto 1011/06).



FIGURA 1.
MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO. DIMENSIONES DE ACCIÓN



Fuente: Hospital de Suba, 2007. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria. Documento de trabajo institucional. Bogotá: Hospital de Suba II nivel-ESE.

están correlacionadas entre sí, la atención se considera completa cuando se actúa en esas diversas dimensiones, las cuales se presentan en la siguiente figura:

Este modelo filosófico establece una visión multidimensional y biosicosocial de las personas e implica la provisión multidisciplinaria, continua y coherente de la atención con acciones intersectoriales, para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, con la finalidad de mejorar el estado de salud y fomentar el pleno desarrollo de la población.

Por otra parte, en el modelo operativo de la estrategia de APIS en la localidad se destaca el desarrollo de los siguientes elementos estructurales y funcionales:

- La conformación de los programas de atenciones integrales: conjunto de servicios personales o individuales por ciclo vital, los programas de atenciones familiares y los planes comunitarios,
- La definición de grupos funcionales multidisciplinares: encargados de la ejecución de los programas de atención integral.
- La estandarización de procesos operativos: incluye la definición de las “rutas de atención” que permiten la canalización de los usuarios tanto a los servicios de salud, como a otras instituciones y servicios sociales (por ejemplo, al sector de educación para niños desescolarizados).

En el enfoque de APIS implementado en la

FIGURA 2.
MODELO OPERACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA
DE APS EN LA LOCALIDAD DE SUBA



Fuente: Hospital de Suba, 2007. Informe de gestión 2004-2006. Bogotá: Hospital de Suba II nivel-ESE.

localidad de Suba los servicios de salud se reorientan y reorganizan en un denominado “Complejo de Atención Primaria en Salud” que tiene la estructura que se esquematiza en la siguiente figura:

La base del modelo operativo es la definición y caracterización de Territorios y Microterritorios que congregan las poblaciones que recibirán las intervenciones en salud específicas dirigidas a mejorar sus condiciones de vida y salud. Estas acciones o intervenciones incluyen tanto actividades personales de los servicios de salud denominadas “Servicios Básicos Individuales de Atención en Salud”, como las actividades colectivas de “Salud Pública”. Estas intervenciones puede llegar a derivar la necesidad de utilización de Servicios Complementarios de Atención, tales como: consulta especializada, servicios

de apoyo diagnóstico o terapéutico, hospitalización, urgencias, servicios quirúrgicos o de cuidado crítico. Además, de acuerdo con las necesidades sociales identificadas en los territorios se pueden involucrar y activar acciones intersectoriales y comunitarias mediante las diversas redes, instituciones y organizaciones sociales y comunitarias de los territorios, mediante un trabajo de cooperación interinstitucional coordinado con el gobierno local que se ha denominado gestión social integral.

Este modelo operativo surge al pasar de una atención basada en la resolutivez de las patologías individuales con servicios principalmente de tipo curativo, a un modelo de prestación de servicios basado en la APIS con Enfoque Promocional de Calidad de Vida y Salud, que incluye la identificación de necesidades indi-



viduales y sociales y su respuesta con servicios integrales, coordinados y continuos, los cuales incluyen: educación y promoción para la salud, prevención de enfermedades, atención curativa, acciones de seguimiento y rehabilitación, participación y organización social.

Por esta razón, la perspectiva de la Atención Primaria en Salud en Suba se caracteriza porque enmarca todas las acciones e intervenciones ofrecidas por el Hospital de Suba y su red de instituciones en el territorio para la atención de las necesidades de salud de su población, sin fragmentar los conceptos técnicos actuales conocidos como I y II nivel de atención; por el contrario, las actividades e intervenciones se presentan como complementarias en la medida en que son parte de un solo continuo de atención integrada.

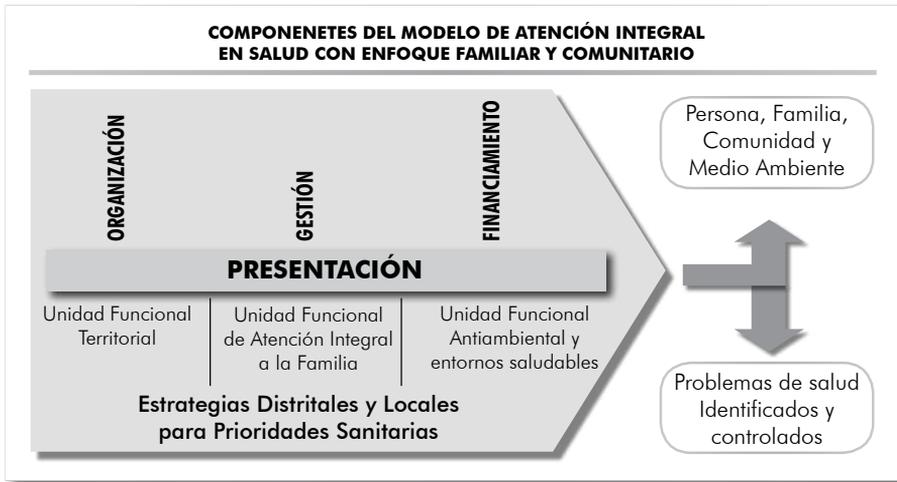
En el modelo es primordial el incluir todas las intervenciones requeridas de acuerdo con cada uno de los ciclos vitales de los individuos que conforman la comunidad, teniendo como referencia aquellos ciclos vitales definidos por el Sistema de Seguridad Social de Salud (SGSSS) actual y las correspondientes acciones definidas en los planes de atención para cada uno de ellos. Esto quiere decir que para cada ciclo vital se tienen actividades propias de Prevención de la Enfermedad, Promoción de la Salud y Protección Específica, además de las actividades de Atención a los Daños de la Salud,

y como una parte fundamental también se incluyen las actividades de Vigilancia en Salud Pública.

Para lograr la integración de los servicios de tipo preventivo y curativo se articulan los diversos planes de beneficios, servicios y recursos definidos por las diferentes fuentes de financiación del SGSS como son: el Plan de Atención Básica (PAB, actualmente denominado Plan de intervenciones colectivas), el Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado (POSc y POSs), Actividades no POS, Actividades de Promoción y Prevención (PyP), Proyectos de la Unidad Ejecutora Local (UEL), Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), Aportes del Sector Privado, Donaciones, etc. La integración y articulación de los servicios de salud, fragmentados en el SGSSS en diferentes planes e instituciones, se logra mediante la conformación de los “programas de atención integral” y mecanismos de coordinación de la atención como las “rutas de atención” que permiten la canalización de los usuarios a los diversos servicios e instituciones tanto del sector salud como de otros sectores sociales.

Un elemento característico del modelo operativo para el desarrollo de la estrategia de APIS en la localidad es que esta se incluye dentro de la plataforma estratégica de la ESE - Hospital de Suba, otorgándole así un papel preponderante dentro de su gestión y en la organización requerida para la provisión de

FIGURA 3.
COMPONENTES ESTRUCTURALES DEL MODELO DE ATENCIÓN
INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO



Fuente: Hospital de Suba, 2007. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria. Documento de trabajo institucional. Bogotá: Hospital de Suba II nivel-ESE.

los servicios de salud. Los componentes que estructuran y hacen viable la operación y desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario en la localidad de Suba, se presentan gráficamente y se describen a continuación:

- *Componente de prestación/provisión.* El componente de prestación comprende la definición de las unidades o grupos de personas directamente a cargo de la ejecución de los servicios de salud incluidos en los Programas de Atención Integral ya descritos. En el Modelo de APIS en Suba estas unidades corresponden y se desagregan en la Unidad Funcional Territorial, la Unidad Funcional de Atención Integral a la Familia y la Unidad Funcional Ambiental y de Entornos Saludables. Las unidades funcionales son grupos multidisciplinarios conformados por personal de las diversas dependencias del hospital (salud pública, servicios ambulatorios, hospitalarios) y su red de instituciones, responsables del

desarrollo del Modelo en las dimensiones de persona, familia y comunidad, en los diversos escenarios: hogar, escuela, comunidad, establecimientos de salud, medio ambiente.

- *Componente de organización.* Este componente comprende la conformación del conjunto de instituciones de la red (Centros de Atención Primaria-CAPs, Centros de atención Médica Inmediata-CAMI, Unidades Primarias de Atención-UPAs y el centro especializado del Hospital de Suba) que conforman la oferta sanitaria para cubrir las necesidades de salud de las personas, la familia y la comunidad, de acuerdo al Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario. Se destaca que actualmente los CAP están a cargo de un operador externo de carácter privado con el cual se tienen convenios con contratos y seguimiento de resultados.
- *Componente de gestión.* Este componente comprende los procesos operativos y de



gestión institucional que brindan soporte a la provisión y organización de los servicios de salud para el logro de resultados sanitarios, dentro del contexto del Modelo de atención para la localidad. Los procesos de gestión de la APIS que se han incorporado a la institución se pueden agrupar en los siguientes: planeación, organización y coordinación y finalmente la evaluación y control de la estrategia de APS. Estos procesos se direccionan desde la sede administrativa de la ESE, la cual cuenta con una oficina de gestión pública y autocontrol, a través de la cual se han definido y recientemente están en proceso de actualización los manuales de calidad y los manuales de procesos y procedimientos de la institución, dentro de los cuales la estrategia de APIS está inmersa y participa de manera transversal. El proceso de planeación, es el punto de partida para el desarrollo de la estrategia de APIS, comprenden desde el diagnóstico y priorización de necesidades y grupos de intervención, hasta la búsqueda de fuentes de financiamiento de los programas y servicios definidos para el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, con el cual se operacionaliza la estrategia de APIS en la localidad.

Otro de los procesos de gestión que se han estructurado recientemente es la evaluación de resultados de la estrategia de APIS. Así, ante la ausencia de un sistema de información enfocado en el seguimiento de los resultados e impacto de la APIS en las condiciones de salud de la población de la localidad, en el segundo semestre del 2007 se conformó un grupo de trabajo con funcionarios del hospital de Suba y los investigadores de este proyecto con el fin de realizar un proceso concertado y participativo de revisión y definición de los indicadores relevantes para el monitoreo y evaluación del desarrollo de la APIS en la localidad.

En la fase inicial, se conformó un conjunto amplio de variables e indicadores sobre eventos de salud sensibles a la acciones de APS, resultado de la revisión de literatura científica sobre el tema [19]. Paralelamente se revisó la información que genera periódicamente la institución sobre el modelo de APIS. El siguiente paso fue confrontar ese conjunto de indicadores contra la información disponible en la institución, con el fin de viabilizar la definición y operacionalización de los indicadores de seguimiento de la estrategia de APIS. Finalmente, se definieron los indicadores prioritarios y factibles para el sistema de monitoreo y evaluación de la estrategia en la localidad, y se desarrollaron fichas técnicas para los indicadores trazadores de APIS, las cuales incluyen la definición conceptual, la operacionalización, periodicidad de recolección, y responsables de su estimación, entre otros aspectos.

- *Componente de financiamiento.* Este componente viabiliza la implementación de la estrategia mediante la obtención de los recursos necesarios para la ejecución de actividades del modelo de APIS, realizando una adecuada distribución presupuestal que considera los criterios de equidad y solidaridad, desarrollando los mecanismos de seguimiento de resultados y desarrollando capacidad para el uso eficiente de los recursos por parte de la red de instituciones involucradas (incluido el seguimiento de resultados del operador privado a cargo de los CAP).

La implementación de la estrategia de APIS.

En la implementación de la estrategia APIS en la localidad de Suba se pueden diferenciar tres fases de desarrollo que se detallan a continuación:

- La primera fase: adopción y adaptación de la estrategia de APS en la localidad.
- La segunda fase: redefinición y reorien-

tación de los servicios y procesos de atención.

- La tercera fase: consolidación de un “Complejo de Atención Primaria”.

La primera fase tiene como punto de partida y aspecto relevante la voluntad política del alcalde local, quien lideró el proceso de apoyo a la estrategia de APS y fomentó la concertación de acciones con otros sectores sociales a través del Consejo de Gobierno Local (CGL) y el Consejo Local de Política Social (CLOPS), en donde tienen representación diversos sectores e instituciones de la localidad. El proceso se inició en el año 2004 con la construcción conjunta del diagnóstico local a través del CLOPS, en el cual cada institución aportó su información dando como resultado un documento unificado en el que se identificaron las principales problemáticas de la localidad.

Este fue el insumo utilizado en los encuentros ciudadanos de priorización de necesidades y poblaciones a intervenir y aportó también en la formulación del Plan de Desarrollo Local 2005-2008. Los encuentros ciudadanos involucraron la participación de las redes sociales, organizaciones comunitarias, organizaciones sociales, comunidad, el Gobierno Local y todas las instituciones representativas de Suba. De este trabajo conjunto, además de definir las principales necesidades de la comunidad de la localidad, se establecieron acuerdos transectoriales para que todas las entidades de la localidad orientaran sus acciones hacia la intervención de las mismas prioridades.

En el diagnóstico local, con el proceso participativo anteriormente descrito, se destacan la identificación de las siguientes problemáticas consideradas como las prioritarias a intervenir, para la población de la localidad:

1. Mortalidad evitable.
2. Seguridad alimentaria.

3. Discapacidad.
4. Violencia intrafamiliar, depresión, suicidio.
5. Inseguridad: delincuencia y accidentalidad, uso de sustancias psicoactivas, pandillismo, sectas satánicas.
6. Deterioro ambiental.
7. Sectores sin acueducto y alcantarillado.
8. Vías para el transporte de la población.

Con el fin de establecer las intervenciones que cada sector desarrollaría en la solución a estos problemas, se estableció en el CGL la construcción de la matriz de integración sectorial, instrumento en el que cada institución muestra los proyectos y acciones que ejecuta, las zonas donde se desarrollan, las metas anuales y el valor de la inversión. Este ejercicio permite avanzar hacia la complementariedad y la coordinación de los actores sociales de la localidad. En el CGL se acordó que la destinación de los recursos y las intervenciones se orientarían a la solución de los ocho problemas mencionados anteriormente y que se definieron como prioritarios.

La priorización implicó también definir las zonas geográficas con prioridad para la intervención, las cuales son identificadas a través de la construcción de un mapa social que identifica las UPZ más vulnerables, denominadas territorios, y posteriormente se definen los sectores con mayor deterioro, conformando así “microterritorios” específicos que corresponden a los barrios o zonas que están sufriendo un proceso acelerado de deterioro de la calidad de vida por factores económicos, ambientales y cambio en el uso de los suelos.

En los microterritorios priorizados, acorde con los lineamientos de la SDS desde el nivel Distrital, se implementa el programa Salud a Su Hogar (SAHS), mediante el cual se conformaron inicialmente 5 grupos extra-murales de APS, quienes se encargaron de



realizar la identificación y caracterización de los territorios en un trabajo conjunto con la comunidad y las organizaciones sociales. De este trabajo surgió la necesidad de contar con una mayor infraestructura de tipo físico, adecuada específicamente para que cumpliera con los requerimientos de habilitación para la prestación de los servicios en lo referente a la atención del daño de la salud y la realización de algunas de las actividades de tipo comunitario. Posteriormente, la concertación lograda entre los diversos sectores sociales implicó también definir el aporte que cada una destinaría a la ejecución de la estrategia. Este proceso permitió concretamente adelantar las gestiones para que el Departamento Administrativo de Acción Comunal (DAAC) apoyara la adecuación de dos salones comunales como puntos de atención primaria en salud en los barrios Aguadita y Lisboa.

La segunda fase del proceso de implementación se centró en la redefinición y reorientación de los servicios y procesos de atención en salud que se venían prestando en las instituciones de la ESE de Suba, las cuales se caracterizaban por su marcada tendencia hacia la atención resolutive y curativa, con limitadas acciones preventivas. Teniendo en cuenta esta consideración, y con una evaluación individual de cada uno de los funcionarios asistenciales en cada uno de los centros de atención ya establecidos en la red del Hospital de Suba (3 CAMI's y 2 UPA's), se redistribuyeron las actividades para establecer las personas que estarían dedicadas de tiempo completo a las acciones e intervenciones de promoción y prevención, para empezar a generar el impacto necesario de estas acciones en salud. Estableciéndose así, además de los equipos extramurales (pertenecientes a la estrategia SASH), los equipos intramurales encargados de realizar todas las intervenciones incluidas en el modelo de APIS para la localidad, para lo cual

se involucra también al área de Salud Pública la cual era la encargada de las actividades e intervenciones colectivas, mediante la estrategia de intervención por "ámbitos" de intervención definidos para la localidad.

La segunda fase de implementación de la estrategia se caracteriza por un progresivo desarrollo y reorganización de la atención, pasando de sólo cinco centros de atención ambulatoria enfocados hasta el 2004 en intervenciones resolutive de salud, a conformar un complejo de atención que integra progresivamente desde el 2005 hasta el 2007 a siete nuevos Centros de Atención Primaria (CAP) con énfasis en intervenciones de promoción y prevención, y una unidad móvil, para un total de 13 centros de atención.

Una peculiaridad del modelo es que existe en general una amplia diversidad y considerable número de recursos humanos (un total de 331 personas) involucradas en la estrategia, y si bien es preponderante la participación del personal de salud que tradicionalmente se involucra en la estrategia de APS en otros países y contextos (15 equipos conformados por promotores, médicos, enfermeras, auxiliares para atender un promedio de 1.200 familias), en Suba también se integran como personal fundamental a otros profesionales de las ciencias sociales y de la salud: cinco trabajadoras sociales, once técnicos de ambiente, cinco psicólogos, un antropólogo, entre otros; evidenciando y reafirmando el énfasis del modelo en los elementos sociales y comunitarios, en las problemáticas definidas como prioritarias y los grupos más vulnerables (p .ej., los grupos étnicos, desplazados, discapacitados, etc).

Así, en la segunda fase de desarrollo de la estrategia de APS fue imprescindible consolidar y estructurar el modelo de operación mediante la generación de mecanismos e insumos necesarios para fortalecer el desa-

rollo del enfoque de APIS en la localidad, como fueron:

- Definición y caracterización de una Línea de Base poblacional definida.
- Priorización de grupos poblaciones vulnerables mediante georreferenciación a microterritorios identificados como los de mayor vulnerabilidad.
- Definir procesos institucionales estratégicos.
- Estandarizar procesos en cuidado ambulatorio y definir procesos institucionales de los servicios.
- Definir un conjunto de cuidados esenciales, mediante programan integrales de atención, que van más allá de los ambientes clínicos institucional, e incluye aspectos como fortalecer el proceso de la ciudadanía en salud.
- Organizar un sistema de servicios de salud integrados.
- Identificar y vincular diversas fuentes de financiamiento: Fondo Financiero Distrital de salud (FFDS) asociado a la Alcaldía Mayor y la SDS, el Fondo de Desarrollo Local (FDL) asociado a la Alcaldía Local de Suba, Aseguradores del SGSSS (EPS del régimen contributivo y subsidiado), Particulares, etc.
- Sistema de información para la gestión.
- Gestión centrada en la mejoría de la calidad y la evaluación del desempeño de los servicios.

A partir del 2006 se inicia la tercera fase con la conformación del denominado “Complejo de Atención Primaria en Salud”, el cual afianza los desarrollos de Salud a Su Hogar y los integra de manera articulada con los otros procesos, recursos e instituciones de la localidad involucrados en la atención “de

lo social” y de salud en los territorios, con el fin de lograr una articulación que se ha denominado “Gestión Social Integral”.

En la localidad de Suba la implementación del enfoque integral de APS en esta tercera fase se realiza mediante los denominados “grupos funcionales” ya mencionados, conformados por equipos y grupos de personas a cargo de las diferentes actividades y servicios incluidos en el Modelo de APS. Así, Los integrantes del Grupo Funcional Territorial son:

- Equipos de Salud a Su Hogar (SASH).
- Grupos de los Ámbitos escolar, laboral, familiar, barrial.
- Grupo de Vigilancia en salud pública.
- Equipos de Medio ambiente.
- Oficina de atención al usuario y participación social.

A su vez, los integrantes del Grupo Funcional de Atención Integral a la Familia son:

- Profesionales de los centros de atención: CAP’s, CAMIs, UPAs, Centro de servicios especializados.
- Coordinadores de las unidades funcionales de servicios médicos, enfermería y salud oral.

Los integrantes del Grupo Funcional de Medio Ambiente y Entornos Saludables son los profesionales de participación social y salud pública de las líneas de seguridad alimentaria, enfermedades compartidas entre el hombre y los animales, servicios de salud, industria y ambiente, saneamiento básico.

Por otra parte, los actores sociales clave, tanto institucionales como comunitarios, se integran en un proceso de Gestión Social Integral, que promueve la participación de



la comunidad y de los sectores que afectan las determinantes Sociales, de manera que se involucren de manera positiva en la construcción de ciudadanía. Así, se han conformaron 15 grupos comunitarios en los microterritorios que corresponde a zonas de condiciones de vida vulnerables, denominados “Núcleos de Gestión”, los cuales son creados como espacios de concertación, participación, planeación, retroalimentación y seguimiento de las necesidades, problemáticas sociales y las intervenciones implementadas.

Los resultados. Se destacan los procesos de territorialización, caracterización y seguimiento de los microterritorios prioritarios en los que se concentra la estrategia y la adscripción de las poblaciones más vulnerables a los centro de atención, aspecto en los cuales se presenta un

alto desempeño. En 2007 se cumple la meta de 70 microterritorios cubiertos con la estrategia de APIS, los cuales corresponden a un total de 84,270 familias y 242.646 personas [20]. Con los 70 microterritorios se logra cubrir el 100% de la población de la localidad de los estratos 1, 2 y un pequeño porcentaje del estrato 3, es decir, se garantiza la cobertura en salud en las zonas críticas de concentración de problemas sociales de la localidad. Cada microterritorio tiene un centro de atención asignado que busca resolver las necesidades de salud identificadas tanto en promoción y prevención, intervenciones de tipo resolutivo y en caso de ser necesario se realiza la remisión a los servicios especializados.

A su vez, se han identificado varios grupos poblacionales prioritarios (gestantes, menores de un año, enfermos crónicos) los

TABLA 1.
LOGROS EN LA IDENTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE GRUPOS PRIORITARIOS EN LOS MICRO TERRITORIOS
PRIORIZADOS CON LA ESTRATEGIA DE APIS, LOCALIDAD DE SUBA, 2007

Grupo poblacional /Programa de APS		Asiste al programa de APS	%	No Asiste al programa	%	TOTAL	%
Gestantes / control prenatal	Visita inicial de caracterización	1283	86%	211	14%	1494	100%
	visita de seguimiento	567	91%	59	9%	626	100%
Niños menores de un año / control de C y D	Visita inicial de caracterización	2176	85%	390	15%	2566	100%
	visita de seguimiento	998	80%	256	20%	1254	100%
Vacunación en menores de un año / esquema completo para la edad	Visita inicial de caracterización	3841	93%	273	7%	4114	100%
	visita de seguimiento	1447	89%	179	11%	1626	100%
Mujeres en edad fértil 25-69 años / citología vaginal	Visita inicial de caracterización	33637	68%	15911	32%	49548	100%
	visita de seguimiento	11612	82%	2611	18%	14223	100%
Diabéticos (programa de control)	Visita inicial de seguimiento	1810	85%	316	15%	2126	100%
	visita de seguimiento a septiembre de 2007	332	96%	14	4%	346	100%
Hipertensos (programa de control)	Visita inicial de seguimiento	7377	87%	1113	13%	8490	100%
	visita de seguimiento a septiembre de 2007	1361	97%	43	3%	1404	100%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Visitas a las ESEs de primer nivel y segundo fusionadas. Consolidado cuantitativo SASH.

cuales presentaron inicialmente limitadas coberturas en programas de promoción y prevención (PyP), pero en el seguimiento posterior mejoraron debido al proceso de canalización a los servicios de salud, como se muestra en la siguiente tabla:

Así, de acuerdo con la información de seguimiento de grupos prioritarios, con corte a septiembre del 2007, se destaca que la estrategia de APS tiene un desempeño adecuado para la atención de mujeres en edad fértil, mujeres gestantes, personas con diabetes y personas con hipertensión arterial. Ya que se encuentra que en las visitas posteriores de seguimiento de esos grupos, éstos presentan un aumento en la asistencia a los programas de control y los programas de promoción y prevención específicos. Por ejemplo, la asistencia a controles prenatales de las gestantes pasa de un 86% en la visita de caracterización a un 91% de asistencia en la visita de seguimiento, mientras que la asistencia al programa de citología pasa de un 68% en la visita inicial a un 82% en el seguimiento posterior.

Por el contrario, en el seguimiento de los menores de un año captados en los microterritorios se encuentre una ligera disminución en la asistencia a los programas de APS trazadores (vacunación, control de crecimiento y desarrollo), en relación con lo encontrado en el momento de la caracterización. Esto indica que se requieren mayores esfuerzos, un mejor análisis del proceso de atención y redefinir estrategias apropiadas para fomentar la vinculación a los servicios de APS para este grupo poblacional.

Se destaca igualmente el cambio y transición desde un enfoque curativo a un enfoque preventivo-promocional, lo cual se evidencia en las primeras causas de consulta ambulatoria registradas entre el 2005 y el 2007 en las instituciones de la red del Hospital de Suba. Así,

mientras en el 2005 las consultas corresponden en mayor frecuencia a atención resolutive como la caries dental, la hipertensión esencial primaria y las enfermedades infecciosas agudas de las vías respiratorias, con tasas de consulta anual que oscilan entre el 97,4 y el 37,3 por 10.000 habitantes; en el primer semestre del 2007 aparece en el tercer lugar como causa de consulta la atención y supervisión de la salud de otros niños o lactantes sanos, y en cuarto lugar la supervisión del embarazo.

Desde el enfoque promocional de calidad de vida y salud, y el enfoque de transectorialidad de las actividades del modelo de APIS con otros programas dirigidos al entorno, saneamiento y salud ambiental, se destaca el desarrollo de los siguientes proyectos especiales:

- **Saneamiento básico alternativo:** proyecto piloto dirigido a intervenir las familias que carecen de los servicios de acueducto y alcantarillado en la vereda Chorrillos. Uno de los logros destacables es que los biosólidos de las excretas de los tanques de reposo de las unidades de saneamiento alternativo se están empleando como abono agrícola, bajo la asesoría del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA).
- **Fitomedicamentos:** el objetivo fue la promoción y uso racional de plantas medicinales, potenciación de conocimientos sobre el uso medicinal de las plantas a nivel profiláctico y terapéutico, respetando parámetros de seguridad, eficacia, calidad y racionalidad e identificar las buenas y malas prácticas relacionadas con el uso medicinal de las plantas comercializadas en las plazas de mercado de Suba. Se capacitaron profesionales de salud del Hospital de Suba incluido el equipo de Salud a su Hogar y 450 personas de la comunidad, principalmente vendedores de plantas medicinales de la localidad. También se analizaron las dinámicas de comercialización de estas plantas por



parte de sus vendedores y se realizó una campaña de información a nivel distrital. La capacitación incluyó preparación de remedios caseros útiles para el tratamiento de enfermedades comunes, reconocimiento visual de las plantas estudiadas e identificación de signos de alarma como la ERA y EDA. Se hizo entrega de la cartilla mini vademécum, afiches alusivos a la fitoterapia y un kit de plantas.

ción participativa de esta. Uno de los logros obtenidos fue la organización del Encuentro de Educación Ambiental de Suba, primer encuentro interinstitucional y ciudadano que se llevo a cabo en el Colegio Lisa Meitner, fortalecimiento al componente pedagógico de proyectos ambientales escolares (PRAE), formación de Monitores Ambientales Comunitarios (MAC), con un programa con temáticas “hacia una vivienda saludable”.

También es de destacar la creación desde finales del 2006 del Comité De Atención Primaria Ambiental – Capa –, el cual es una estrategia de gestión de la Atención Primaria Ambiental (APA), que pretende posicionar la política de Salud Ambiente por medio de la construc-

Respecto a resultados en indicadores de estado de salud sensibles a la implementación de APS, se encuentra que aunque la mortalidad materna, posneonatal y la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) e Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años tienen tendencia decre-

TABLA 2.
TENDENCIAS EN INDICADORES DE SALUD, SUBA 2002-2006

Años	2.002	2.003	2.004	2.005	2.006
Mortalidad materna (tasa por 100.000 nacidos vivos)	50,1	70,9	55,3	20,4	34,8
Mortalidad infantil (tasa por 1.000 nacidos vivos)	13,8	12,1	14,2	12,6	13,2
Mortalidad por EDA en menores de 5 años (tasa por 100.000 menores de 5 años)	5,3	2,7	5,5	1,4	-
Mortalidad por neumonía en menores de 5 años (tasa por 100.000 menores de 5 años)	21,3	17,6	19,1	28,9	11,1
Mortalidad posneonatal (tasa por 1.000 nacidos vivos)	5,3	3,7	4,4	4,9	5,2

Fuente: Hospital de suba, 2007. Informe de seguimiento a indicadores de la situación en salud frente a la estrategia de atención primaria en salud en la localidad de Suba 2003 – 2007. Noviembre de 2007.

ciente (véase la tabla 2), consistente con la tendencia distrital; sin embargo, no hay disponible información desagregada que permita identificar los cambios específicos en los microterritorios cubiertos que puedan ser atribuidos a la estrategia de APS.

de los principios de APS, realizado mediante un abordaje cuantitativo comparativo entre instituciones públicas a cargo de la estrategia APIS e instituciones privadas que no la desarrollan, realizado mediante el método de encuesta de evaluación rápida

Retos pendientes. Los resultados de tres estudios recientes⁴ sobre la estrategia de APS en la localidad han mostrado retos importantes en aspectos económicos y en la aplicación del Modelo de salud integral, familiar y comunitaria. Así, el estudio del desempeño del Hospital de Suba en el logro

⁴ Estudios específicos financiados por el Hospital de Suba ESE, desarrollados en el marco de la presente investigación, orientados a llenar vacíos de información y dar evidencias de áreas críticas de análisis en la implementación de la estrategia de APS en la localidad.

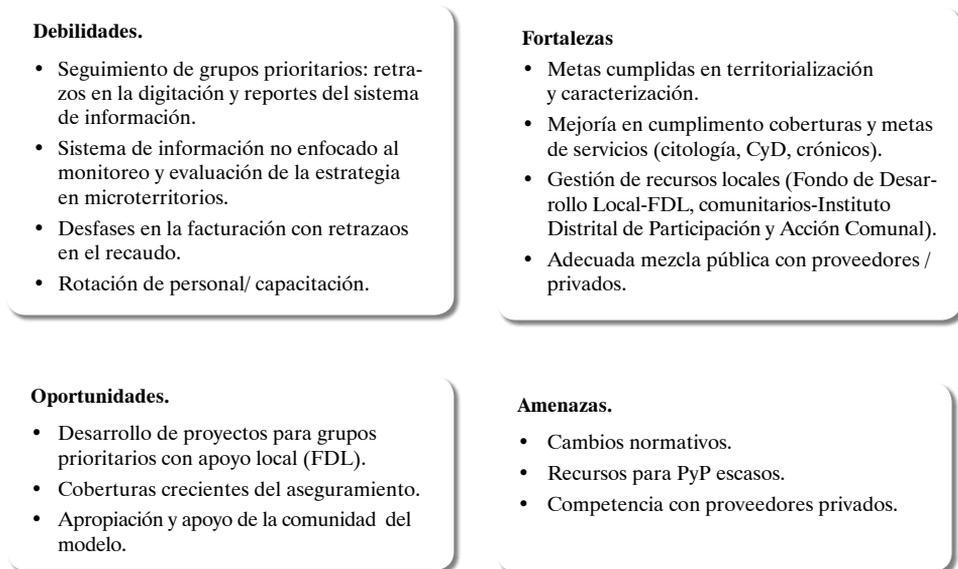
a usuarios, profesionales, coordinadores y gestores de la estrategia, ha revelado que hay importantes logros en el desempeño de los principios de APS, principalmente en integralidad, para la cual hay una diferencia significativa a favor del sector público a cargo de la estrategia de APIS en la localidad. No obstante, también se destaca por presentar la menor calificación el desempeño el enfoque familiar y comunitario, tanto en las instituciones del Hospital de Suba-ESE como en las instituciones del sector privado que fueron estudiadas [21].

A su vez un estudio con técnicas cualitativas sobre la experiencia de participación social en la localidad muestra que a pesar de los avances en la participación comunitaria, aún subsiste instrumentalización y utilización de la participación comunitaria para canalizar recursos y

legitimar discursos, programas, planes y prácticas institucionales, sin lograr un adecuado empoderamiento comunitario [22]. Por otra parte, la evaluación económica de la implementación de la estrategia de APS en la localidad mostró que si bien la estrategia es costo efectiva, ya que permite disminuir mortalidad evitable y obtener ganancias en años de vida a un costo aceptable, se encuentra que puede verse afectada la sostenibilidad financiera de los servicios especializados del Hospital por el impacto de la estrategia en la reducción de demanda de estos servicios, y por la inadecuación de los mecanismos de contratación y pago, que privilegian las acciones resolutivas como la hospitalización.

Dentro de este contexto, se hizo un análisis estratégico (DOFA) de las debilidades y fortalezas internas descubiertas por este estudio en la implementación de la estrategia

FIGURA 4.
ANÁLISIS ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE APIS EN SUBA

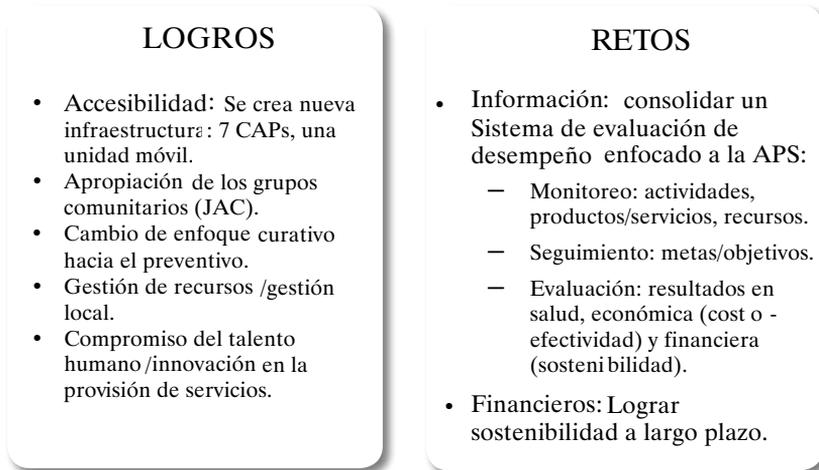


Fuente: Elaboración propia.



de APIS en la localidad, y paralelamente se identificaron las oportunidades y amenazas del

FIGURA 5.
LOGROS Y RETOS PENDIENTES DE LA IMPLEMENTACIÓN
DE LA ESTRATEGIA DE APIS, HOSPITAL DE SUBA-ESE, 2007



Fuente: Elaboración propia.

entorno en el que ésta se desenvuelve, lo cual permitió identificar áreas críticas para el desarrollo a futuro de la estrategia, como se esquematiza a continuación en la siguiente figura:

A su vez, el resumen de los logros más relevantes y los retos pendientes es el siguiente:

Conclusión

La implementación de una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque integral para garantizar el derecho a la salud y mejorar la protección social con principios y valores centrados en la accesibilidad, integralidad y equidad, es una alternativa que puede ser desarrollada por los prestadores de servicios, como los hospitales públicos, para afrontar la fragmentación y segmentación de

la atención de salud para la población entre diversos actores, en el marco de un sistema de salud basado en el mercado como el SGSS en Colombia, el cual no logra una adecuada coordinación para la provisión de diversos conjuntos de servicios. Así, un modelo de APIS mediante mecanismos como la territorialización, canalización, coordinación e integración de la atención (Rutas de atención, Programas de Atención por Ciclos Vitales, Planes familiares y comunitarios, formatos de referencia) aborda la problemática estructural del SGSS que segmenta a la población en grupos de afiliación según capacidad de pago (contributivo, subsidiado, vinculado y sus respectivas redes de proveedores de servicios), y que fragmenta la atención en diversos y desarticulados planes de atención (acciones colectivas del PAB, servicios de PyP y servicios personales del POS).

Referencias

1. Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus Selective Primary Health Care: Lessons for Global Health Policy. *Health Affairs* 2004; 23: 167-76.
2. CGHRI - Canadian Global Health Research Initiative / Teasdale-Corti Global Health Research Partnership Program. Revitalizando salud para todos: Aprendiendo de las experiencias de atención primaria integral de salud - APIS. Lineamientos del proyecto. Ottawa: University of Ottawa; 2007.
3. Watson D, Broemeling A, Reid R, Black Ch. A Results-Based Logic Model for Primary Health Care. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, in the University of British Columbia; 2004.
4. SDS - Secretaría Distrital de Salud - Alcaldía Mayor de Bogotá. La atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Versión publicada el 10 de junio de 2004.
5. SDS - Secretaría de Salud - Alcaldía Mayor de Bogotá. Nuestro balance. Salud a su hogar, un año después. Salud a su Hogar en cifras y en hechos. Boletín Informativo de la Secretaría de Salud. Bogotá; 2005.
6. Alianza Entrepueblos. Hacia una ciudad intercultural. Visión panorámica de los pueblos indígenas, afrodescendientes, raizal y rom que habitan en el distrito capital (en línea) [citado el 4 de noviembre de 2007]. Disponible en: www.quechuanetwork.org/yachaywasi/GruposEtnicosBogotaVisionPanoramica.doc.
7. Zárate C, Marín E. Diagnóstico local de salud con participación social, localidad 11 Suba. Bogotá: Hospital de Suba, ESE; 2003.
8. Hospital de Suba. Informe de gestión 2004-2006. Bogotá: Hospital de Suba II nivel-ESE; 2007.
9. Dane. Boletín del censo general 2005. Perfil localidad Suba-Bogotá (en línea) [citado el 27 de septiembre de 2007]. Disponible en: www.dane.gov.co/files/censo2005/perfiles/bogota/suba.pdf.
10. Alcaldía Mayor de Bogotá. Por un compromiso social contra la pobreza en Bogotá (en línea) [citado el 27 de septiembre 2007]. Disponible en: http://www.sdp.gov.co/www/resources/vff_documento_politica_social_luis_garzon.pdf.
11. Mayntz E. El Estado y la sociedad civil en la gobernanza moderna. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. No. 21, oct. 2001 (en línea) [citado el 27 de septiembre de 2007]. Disponible en: www.clad.org.ve/rev21/mayntz.pdf.
12. Alcaldía Local de Suba. Acuerdo No. 004 de 2004, del 3 de Septiembre de 2004. Por el cual se adopta el plan de desarrollo económico social y de obras públicas para la localidad de Suba. 2005-2008.
13. Vega Romero R, Acosta Ramírez N, Mosquera Méndez PA, Restrepo Vélez MO. La política de Salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. En prensa para publicación en *Medicina Social* 2008; 3, (2).
14. OMS - Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URRS, 6-12 de septiembre de 1978. Serie salud para Todos No. 1, Ginebra.
15. D'Elia Y, De Negri A, Huggins Castañeda M, Vega M, Bazó M. Estrategia de promoción de la calidad de vida. La construcción de políticas públicas por la calidad de vida desde una perspectiva de derecho y equidad. Documento de Trabajo, Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Agencia de Cooperación Alemana GTZ; 2002.
16. Hospital de Suba. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria. Documento de trabajo institucional. Bogotá: Hospital de Suba II nivel-ESE; 2007.
17. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *Health Serv Res*. 2003; 38(3): 819-53.
18. SDS - Secretaría Distrital de Salud. Visitas a las ESEs de primer nivel y segundo fusionadas. Consolidado cuantitativo SASH. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2007.
19. Martínez J, Gómez R, Acosta Ramírez N, Vega Romero R. Evaluación rápida del desempeño de los atributos de APS en Suba. Informe final. Suba. 2008.
20. Restrepo Vélez O. Análisis y síntesis de evidencias disponibles sobre la experiencia de participación y empoderamiento comunitario (PEC), propiciado por la estrategia de Atención Primaria en Salud

