

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



Edwin Rolando González-Marulanda

**Análisis de implementación de la Estrategia “Enfamilia-APS” del  
Programa de Salud de la Universidad de Antioquia.  
Medellín, Colombia.**

Rio de Janeiro

2020

Edwin Rolando González-Marulanda

**Análisis de implementación de la Estrategia “Enfamilia-APS” del  
Programa de Salud de la Universidad de Antioquia.  
Medellín, Colombia.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Helena Magalhães de Mendonça.

Rio de Janeiro

2020

Título do trabalho em inglês: Implementation analysis of the “Enfamilia-APS Project” of the Universidad de Antioquia’s Health Insurance Program (Medellín, Colombia).

O presente trabalho foi realizado com o apoio do PEC-PG Programa de Estudantes-Convênio de Pós-Graduação, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES - PEC-PG).

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

G643a González-Marulanda, Edwin Rolando.  
Análisis de implementación de la Estrategia “Enfamilia-APS” del Programa de Salud de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia / Edwin Rolando González-Marulanda. — 2020.  
108 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientadora: Maria Helena Magalhães de Mendonça.  
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Promoção da Saúde. 3. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 4. Pesquisa em Sistemas de Saúde Pública. 5. Seguridade Social. 6. Colômbia. I. Título.

CDD – 23.ed. –613

Edwin Rolando González-Marulanda

**Análisis de implementación de la Estrategia “Enfamilia-APS” del  
Programa de Salud de la Universidad de Antioquia.  
Medellín, Colombia.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em: 07 de agosto de 2020

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup>Dra.Mônica de Castro Maia Senna  
Universidade Federal Fluminense

Prof.<sup>a</sup>Dra.Alda Maria Lacerda  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria de Fátima Lovato Tavares  
Fundação Oswaldo Cruz- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup>Dra.Rosa Maria da Rocha  
Fundação Oswaldo Cruz- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup>Dra.Maria Helena Magalhães de Mendonça (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro  
2020

A mi Alma Máter, Universidad de Antioquia, que me acogió desde mi juventud como estudiante y transformó la forma en que veo la vida. Recién graduado me recibió y con generosidad me dio todas las oportunidades de desarrollo académico y laboral. Y que sigue transformándome y enseñándome. ¡Gratitud eterna!

## AGRADECIMIENTOS

Un camino de éstos, más aún cuando se hizo más largo de lo usual, es imposible sin el apoyo y compañía de muchas personas.

Un agradecimiento especial a mi familia, que siempre creyó en mí y me apoyó de manera incondicional aún sin saber si llegaría a este punto: a mi madre y mis hermanas que me incluyeron en sus oraciones; a mi padre que me acompañó con su ejemplo.

A Dany que ha sido soporte y apoyo incondicional en la última fase de esta caminata. Sin su amor, compañía y confianza, habría sido mucho más difícil.

A los amigos que acompañaron generosamente: mi comadre Paola que siempre me recordó que era posible y me sorprendía con su fe en mí; Patola, siempre dispuesta a acompañar y tender una mano fraterna; y a quienes siempre tuvieron una voz de aliento: Rau, May, Santi, Esteban, Marce y Paty.

A mis colegas y compañeros de trabajo quienes siempre me apoyaron y particularmente mis colegas del Grupo de Desarrollo Académico “Salud, Desarrollo y Sociedad” por toda la solidaridad y apoyo incondicional en momentos críticos. No podría dejar de mencionar y agradecer el apoyo recibido por los decanos de mi Facultad, particularmente los doctores María Patricia Arbeláez, Álvaro Franco y José Pablo Escobar quienes fueron más allá del apoyo institucional e hicieron esfuerzos personales para que el proceso pudiera llegar a buen puerto. Una mención especial al maestro, profesor Rubén Darío Gómez, mentor e inspiración, que con generosidad me acogió desde el inicio de mi vida laboral, me respaldó y apoyó con mis aspiraciones académicas. Siempre tendré la sensación de que no correspondí como se lo merecía. A los profesores Héctor Bayron Agudelo y Lisardo Osorio quienes generosamente me respaldaron, aun comprometiendo su patrimonio, para que pudiera viajar fuera del país; expresión de confianza y solidaridad que no sé cómo recompensar.

A las colegas de “Enfamilia-APS”, en especial a Maribel Cano, Natalia Duque y, nuevamente, Pato, por su convicción y mística en su trabajo y por el apoyo recibido para viabilizar esta investigación y el acceso a la información de la Estrategia.

A profesionales comprometidos que cuidaron de mi salud mental y me sostuvieron en los momentos más difíciles: a Mercedes por su vocación, entrega y gran, gran compromiso; a Guillermo por su palabra y escucha atenta; a los colegas Jorge Calle, Santiago Duque y Diana Suárez porque, con su fe en que era posible, ayudaron a mantenerme a flote.

A la ENSP, a los grandes maestros y maestras que conocí allí, al equipo humano administrativo que apoyó toda mi estadía en dicho claustro. Una mención especial para Eduardo por su disposición permanente a apoyar los trámites administrativos y al profesor Nilson Costa, por haber viabilizado esta nueva oportunidad. Al ambiente académico y cultural de Rio de Janeiro que marcaron un punto de inflexión en mi vida personal y en mi concepción técnico-política de las posibilidades de construcción de un Sistema de Salud Universal basado en el reconocimiento de la salud como un derecho humano. Al pueblo brasilero y a los gobiernos progresistas que conocí porque me acogieron, pero también porque me enseñaron, fuera de las aulas, la importancia de las luchas por la inclusión, contra el racismo, contra la pobreza, por el reconocimiento de la dignidad humana, pero sobre todo de que la lucha debe ser constante porque los avances siempre estarán bajo amenaza. A ese gran pueblo, aguerrido, alegre, generoso, acogedor, mi reconocimiento, agradecimiento y mi esperanza de que tiempos mejores lleguen para quedarse.

Un agradecimiento especial de todo corazón a mi orientadora, la profesora María Helena, quien no sólo me guio por los meandros de esta investigación, sino que me dejó quizá el aprendizaje más importante de toda esta experiencia que es la de vivir en la práctica los valores que decimos defender en la educación: poner primero el reconocimiento de la dignidad del otro; el acompañamiento respetuoso reconociendo ritmos y particularidades, sin juicios; el acto educativo como un acto esperanzador; en fin, todo lo que se espera de un proceso formativo humanista. Ese es su legado para mí. Ojalá algún día pueda honrar su ejemplo y sabiduría. Gran mujer y maestra. ¡Larga vida!

## RESUMEN

Las propuestas en Promoción de la Salud en el campo de los servicios de salud tienen varios desafíos en su diseño e implementación: hay una tensión fundamental entre propuestas basadas en el modelo biomédico y otros abordajes de corte psicosocial o sociopolítico. En su implementación, existen aspectos del contexto que condicionan su ejecución y alcances más allá de las intenciones y fundamentación teórico-conceptual. Objetivo: realizar un análisis de implementación de la Estrategia “Enfamilia-APS” del Programa de Salud de la Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia). Metodología: estudio de caso único. Se realizaron grupos focales, entrevistas y análisis documental, considerando nivel directivo, nivel operativo y usuarios. Resultados: se identificaron aspectos claves en tres niveles del contexto. Contexto macro: influencia del modelo de aseguramiento en salud en un contexto de mercado con fragmentación del cuidado y “desterritorialización” en la acción de las aseguradoras; concepción de la gestión del riesgo con serias limitaciones para la acción intersectorial y el abordaje de los determinantes de la salud. Contexto meso: estructura demográfica de la población afiliada con tendencia al envejecimiento, aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas y del consumo de tecnología diagnóstica/terapéutica y atención especializada con presión hacia el gasto en atención clínica y énfasis en lo curativo. También se identificó la baja asignación de presupuesto a programas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, incluida la Estrategia, que lleva a baja cobertura. La contratación a través de pago por capitación debilita las acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y su desarticulación con la atención curativa. Contexto micro: importancia de la concepción adoptada en promoción de la salud, diferencias en las expectativas del alcance de la Estrategia, discontinuidad en los contratos para su ejecución, el efecto de la reducción del presupuesto en el diseño y alcances de la propuesta. Conclusión: el análisis de implementación de un programa permite comprender la influencia del contexto en su ejecución. Identificar los aspectos que afectan el desarrollo de una propuesta como “Enfamilia-APS” permite advertir sus límites y posibilidades ajustando las expectativas a sus condiciones de posibilidad.

Palabras clave: Análisis de implementación. Atención Primaria en Salud. Promoción de la Salud. Evaluación de Programas en Salud. Investigación en Sistemas de Salud.



## RESUMO

As propostas em Promoção da Saúde no campo dos serviços de saúde apresentam vários desafios na sua concepção e implementação: existe uma tensão fundamental entre as propostas baseadas no modelo biomédico e outras abordagens psicossociais ou sociopolíticas. Em sua implementação, existem aspectos do contexto que condicionam sua execução e abrangência para além das intenções e fundamentação teórico-conceitual. Objetivo: realizar uma análise de implantação da Estratégia “Enfamilia-APS” do Programa de Saúde da Universidade de Antioquia (Medellín, Colômbia). Metodologia: estudo de caso único. Realizaram-se grupos focais, entrevistas e a análise documental, considerando nível gerencial, operacional e os usuários. Resultados: identificaram-se aspectos chaves em três níveis do contexto. Contexto macro: influência do modelo de seguro de saúde em um contexto de mercado com a fragmentação da atenção e "desterritorialização" na atuação das seguradoras; concepção de gestão de riscos com sérias limitações para a atuação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde das populações afiliadas. No nível intermédio: a estrutura demográfica da população afiliada com tendência ao envelhecimento, aumento da prevalência de doenças crônicas e consumo de tecnologias diagnósticas/terapêuticas e de cuidados especializados, com pressão para gastos com cuidados clínicos e ênfase no curativo. Também, foi identificada a baixa alocação orçamentária para programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, incluindo a Estratégia “Enfamilia-APS” que leva à baixa cobertura. Contratação com pagamento por capitação reforça o enfraquecimento das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como a desarticulação dessas atividades com o cuidado curativo. Contexto micro: importância do conceito de promoção da saúde adotado, bem como tensões quanto às expectativas do escopo da Estratégia, a influência da descontinuidade nos contratos para sua execução, o efeito da redução orçamentária no desenho e abrangência da proposta. Conclusão: a análise da implantação de um programa de saúde permite compreender a influência do contexto na sua execução. Identificar os aspectos que afetam o desenvolvimento de uma proposta como o “Enfamilia-APS” permite perceber seus limites e possibilidades, adequando as expectativas às suas condições de possibilidade.

Palavras-chave: Análise de implantação. Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde. Avaliação de programas de saúde. Pesquisa de Sistemas de Saúde.

## ABSTRACT

Health Promotion Projects in the field of health services have several challenges in their design and implementation: there is a fundamental tension between proposals based on the biomedical model and other psychosocial or socio-political approaches. In its implementation, there are aspects of the context that condition its execution and scope beyond the intentions and theoretical-conceptual foundation. Objective: to carry out an implementation analysis of the “Enfamilia-APS Project” of the Universidad de Antioquia’s Health Insurance Program (Medellín, Colombia). Methodology: single case study. Focus groups, interviews and document analysis were carried out considering managerial and operational level and users’ visions. Results: important aspects were identified at three levels of the context. Macro context: the influence of the health insurance model in a market context with the consequent fragmentation of care and "deterritorialization" in the action of insurers; the conception of risk management with serious limitations for intersectoral action and addressing the determinants of the health of the populations assigned to insurers. At the meso level: the demographic structure of the affiliated population with a tendency to aging, an increase in the prevalence of chronic diseases and the consumption of diagnostic and therapeutic technology and specialized care with the consequent pressure towards increasing spending on clinical care and emphasis on curative instead of preventive and promotive care. Also, the low budget allocation to health promotion and disease prevention programs was identified, including for the “Enfamilia-APS Project”, with the consequent low coverage. The contracting-out through capitation payment reinforces the weakening of health promotion and disease prevention actions, as well as the disarticulation of these activities with curative care. At the micro level, the importance of the health promotion conception adopted in was highlighted, as well as tensions regarding the expectations and the scope of the Project, the influence of the discontinuity in the contracts for its execution, the effect of the budget reduction in the design and scope of the proposal. Conclusion: the health program implementation analysis allows us to understand the influence of the context in its performance. Identifying the aspects that affect the development of a proposal such as “Enfamilia-APS” allows us to realize its limits and possibilities, adjusting expectations to its conditions of possibility.

Keywords: Implementation analysis. Primary Health Care. Health promotion. Health Programs Evaluation. Health Systems Research

## LISTA DE ILUSTRACIONES

Cuadro 1 - Funciones e instituciones en el sistema de aseguramiento en salud en Colombia .	20
Cuadro 2 - Comparación regímenes de afiliación en salud, Colombia .....	27
Cuadro 3 - Programas de Promoción y Prevención según Resolución 412 de 2000.....	33
Cuadro 4 - Tipos y características de enfoques en APS. ....	35
Cuadro 5 - Métodos usados en el análisis de implementación según estadio del programa ....	44
Cuadro 6 - Categorías, códigos axiales y códigos abiertos. Análisis implementación. ....	53
Cuadro 7- Síntesis de aspectos claves para la descripción de “Enfamilia-APS” .....	58
Cuadro 8 - Distribución aportes recaudados por el psu.....	62
Cuadro 9- Componentes y Redes de Apoyo Estrategia “Enfamilia-APS” .....	75
Figura 1 - Funciones del sistema y grupos beneficiarios antes y después de la Reforma .....	19
Figura 2 - Estructura del Sistema de Seguridad Social Integral de Colombia .....	21
Figura 3 - Prestaciones y planes de beneficios contenidos en el SGSSS .....	22
Figura 4 - Dependencia jerárquica Estrategia “Enfamilia-APS” .....	26
Figura 5 - Pirámide poblacional programa de salud, comparación 2005-2013.....	56
Figura 6 - Evolución de los recursos invertidos en la estrategia “Enfamilia-aps” 2004-2014	61
Figura 7 - Flujograma de la atención de los usuarios de la Estrategia “Enfamilia-APS” .....	69
Figura 8 - Iceberg de la enfermedad .....	90
Figura 9 - Articulación gestión colectiva e individual del riesgo en el sgsss – colombia.....	91
Figura 10 - Evolución del costo en salud del psu 2003-2013.....	94
Figura 11 - Modelización Estrategia “Enfamilia-APS” .....	97

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1 - Tipo y cantidad de información documental analizada.....	50
Tabla 2 - Tipo de actividad y número de participantes en el análisis de implementación .....	52
Tabla3 - Número y proporción afiliados al PSU con diagnósticos de ECNT según sexo y patología.....	57
Tabla 4- Tipo y número de participantes en el equipo de trabajo. ....	60

## LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
AFP	Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías
ARL	Administradoras de Riesgos Laborales
ATEP	Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DLS	Dirección Local de Salud
DTS	Dirección Territorial de Salud
EAPB	Entidad Administradora de Planes de Beneficios
ECAT	Eventos catastróficos y accidentes de tránsito
ECNT	Enfermedad crónica no transmisible
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EPS	Entidades Promotoras de Salud (es un tipo de EAPB)
FNSP	Facultad Nacional de Salud Pública
IBC	Ingreso Base de Cotización
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PBS	Plan de Beneficios en Salud
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
POS	Plan Obligatorio de Salud (ahora denominado PBS)
PS	Promoción de la Salud
PSU	Programa de Salud, Universidad de Antioquia
SGP	Sistema General de Participaciones
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISBEN	Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales
U de A	Universidad de Antioquia
UPC	Unidad de pago por capitación

## INDICE

<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	14
<b>2</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	16
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	18
3.1	OBJETIVO GENERAL.....	18
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
<b>4</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	19
4.1	SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA.....	19
4.1.1	<b>Regímenes de excepción</b> .....	25
4.2	PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	28
4.2.1	<b>Promoción de la Salud en el SGSSS de Colombia</b> .....	31
4.3	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.....	34
4.4	EVALUACIÓN DE LA ACCIÓN PÚBLICA.....	36
4.4.1	<b>Concepto de evaluación</b> .....	37
4.4.2	<b>Tipos de evaluación</b> .....	38
4.4.3	<b>Modelos Teóricos de la Evaluación</b> .....	39
4.4.4	<b>Análisis de implementación</b> .....	42
4.5	EVALUACIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	46
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	49
5.1	TIPO DE ESTUDIO.....	49
5.2	MUESTREO, CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN PARTICIPANTES ...	49
5.3	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	50
5.4	RIESGOS/BENEFICIOS PARA LOS PARTICIPANTES.....	52
5.5	METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	52
<b>6</b>	<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS</b> .....	54
<b>7</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	56
7.1	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN AFILIADA.....	56
7.2	DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA “ENFAMILIA-APS”.....	57
7.2.1	<b>Estructura organizacional de la Estrategia “Enfamilia-APS”</b> .....	59

7.2.2	<b>Coordinación y recursos humanos de la Estrategia “Enfamilia-APS”</b> .....	59
7.2.3	<b>Recursos económicos de la Estrategia “Enfamilia-APS”</b> .....	60
7.3	<b>CATEGORÍA ‘MODELO DE GESTIÓN’ DE LA ESTRATEGIA</b> .....	62
7.3.1	<b>Proceso de transformación de la Estrategia “Enfamilia-APS”</b> .....	62
7.3.2	<b>Relación Programa de Salud – IPS - Estrategia “Enfamilia-APS”</b> .....	66
7.4	<b>CATEGORÍA ‘MODELO DE ATENCIÓN’ DE LA ESTRATEGIA</b> .....	68
7.4.1	<b>Proceso de atención</b> .....	68
7.4.2	<b>Aspectos emergentes en la categoría ‘modelo de atención’</b> .....	78
7.5	<b>CATEGORÍA ‘MODELO EVALUATIVO’ DE LA ESTRATEGIA</b> .....	86
7.5.1	<b>Gestión de la evaluación</b> .....	86
7.5.2	<b>Concepción de la evaluación</b> .....	87
<b>8</b>	<b>DISCUSIÓN</b> .....	89
8.1	<b>EL CONTEXTO MACRO DE LA ESTRATEGIA “ENFAMILIA-APS”</b> .....	89
8.1.1	<b>Aseguramiento e introducción de mecanismos de mercado en salud</b> .....	89
8.1.2	<b>Gestión del riesgo en salud</b> .....	90
8.1.3	<b>Condiciones de posibilidad de un modelo de APS en el contexto colombiano</b> ...	92
8.2	<b>EL CONTEXTO MESO DE LA ESTRATEGIA “ENFAMILIA-APS”</b> .....	93
8.3	<b>EL CONTEXTO MICRO DE LA ESTRATEGIA “ENFAMILIA-APS”</b> .....	97
8.3.1	<b>Sobre la tensión del modelo biomédico y la promoción de la salud</b> .....	97
8.3.2	<b>Sobre diseño evaluativo y su papel para mejorar la Estrategia</b> .....	99
<b>9</b>	<b>CONSIDERACIONES FINALES</b> .....	102
	<b>REFERENCIAS</b> .....	104



## 1 INTRODUCCIÓN

Desde la Carta de Ottawa, la salud se ha entendido como un recurso para la vida y no como un fin en sí mismo. Antes incluso de la Comisión de Determinantes Sociales inaugurada por la OMS, la Carta de Ottawa ya señalaba que se requerían unos prerequisites para la salud, como la vivienda, la alimentación, el trabajo e incluso la paz. Por lo anterior, se entendía que la salud de la población era una responsabilidad que iba más allá del sector salud y de los servicios que tradicionalmente ofrecía. Se hizo un llamado al trabajo intersectorial y a la abogacía a favor de la salud. Una tarea adicional del sector salud tenía que ver con la reorientación de los servicios hacia enfoques más preventivos.

Incluso hasta el día de hoy, aún 35 años después, el sector salud avanza de manera lenta hacia ese objetivo. En particular, en el caso colombiano, el diseño del sistema de salud hace más difícil aproximarnos a ese propósito. Desde el punto de vista del arreglo institucional, se dificulta el trabajo articulado con otros sectores y el enfoque territorial para contribuir al logro de esos “prerequisites” para la salud.

A pesar de lo anterior, en el Programa de Salud de la Universidad de Antioquia surgió una propuesta que se ha ido construyendo y revisando a lo largo de 15 años. La Estrategia “Enfamilia-APS” es el sueño de quienes pensaban desde sus inicios que un enfoque familiar y con la integración de los servicios de salud era posible lograr mejores niveles de salud de la población afiliada al Programa de Salud. Ha tenido la vocación de mirar la salud trascendiendo el modelo biomédico y ha implementado propuestas que buscan objetivos como tradicionales en el sector salud como el cuidado de sí y de los otros, el fortalecimiento del vínculo, el desarrollo de mayor autonomía y participación en los asuntos que afectan la salud.

No obstante, pese a su fundamentación teórico-metodológica, la Estrategia “Enfamilia-APS” ha tenido dificultades en su implementación que pasan por reducciones en su presupuesto, así como reclamos para que demuestre su efectividad en los términos más clásicos, es decir, en la modificación de indicadores de morbi-mortalidad de la población.

En ese contexto, aparece este estudio, con el fin de indagar, a través de un análisis de implementación, acerca de las condiciones del contexto que han afectado la ejecución de la propuesta, así como las diferentes lógicas, significados y resultados esperados por parte de los diferentes actores involucrados en la concepción, diseño y ejecución de la Estrategia.

Este estudio presenta ese análisis e identifica aspectos críticos del contexto que influyen en los cambios que ha sufrido la Estrategia en su diseño, así como las tensiones tanto conceptuales como acerca de los resultados esperados que también explican su trayectoria.

Se espera que, a partir de este estudio de caso, se puedan hacer aportes y develar asuntos que debe enfrentar cualquiera que desee traducir los sueños y convicciones en prácticas concretas.

## 2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia, la ley 100 de 1993(COLOMBIA., 1993) creó el marco legal del Sistema General de Seguridad Social. Posteriormente, haciendo excepciones importantes a este marco, la ley 647 de 2001(COLOMBIA, 2001a) permitió a las Universidades crear sus propios programas de salud manteniendo la autonomía en la administración de los dineros recaudados por concepto de cotizaciones al sistema de salud. Aprovechando esta situación, las Universidades crearon programas que permitían mejorar el paquete de servicios ofrecido a sus beneficiarios e innovar tanto en los modelos de gestión como de atención en salud.

El Programa de Salud (PSU) es actualmente una División adscrita a la Vicerrectoría Administrativa de la Universidad de Antioquia. El PSU ofrece servicios de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación a sus cerca de 7235afiliados (entre cotizantes y dependientes)(FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA; DIVISIÓN PROGRAMA DE SALUD, 2021). Los servicios preventivos, de asistencia y rehabilitación son ofrecidos a través de su red de prestadores de primero, segundo, tercer nivel de complejidad, dentro de los que se destaca la IPS Universitaria (1º y 2º nivel de complejidad) y la Clínica León XIII (2º y 3º nivel de complejidad), ambas de propiedad de la misma Universidad.

El Programa de Salud de la Universidad tenía interés en crear un proyecto inspirado en un concepto amplio de salud, con una visión integral del ser humano, dirigido a todos sus afiliados y con énfasis en Promoción de la Salud y enfoque familiar, y que contribuyera al cuidado integral de sus afiliados. Para ese momento ya había identificado la necesidad de ofrecer respuestas integrales en el tema de salud mental y de enfermedades crónicas no transmisibles que tenían altas prevalencias entre sus afiliados. Luego de algunos procesos que iniciaron en el año 2004 con la convocatoria para presentar proyectos al programa de salud, hacia el año 2007 nació la Estrategia “Enfamilia-APS” con el fin de promover la salud de la población afiliada al programa, desmedicalizando su atención y haciendo énfasis en su contexto familiar y comunitario.Desde sus inicios ha contado con los recursos económicos para su ejecución y de manera creciente, se reclama una evaluación de su efectividad. Sin embargo, esta solicitud ha puesto en evidencia algunas tensiones que se reflejan a nivel administrativo y operativo.

Por un lado, a pesar de que la Estrategia “Enfamilia-APS” se reconoce como una intervención de Promoción de la Salud, se reclama su impacto a través de modificaciones en indicadores tradicionales de morbi-mortalidad. Por otro lado, aunque en los documentos de

base de la Estrategia se invoca la Atención Primaria en Salud como el modelo de gestión que integra las acciones de Promoción de la Salud con las de prevención, atención y rehabilitación, hay una fragmentación importante entre las acciones propias de la Estrategia “Enfamilia-APS” y las de la red de prestadores de servicios de salud del PSU.

Debido a lo anterior, la dirección del Programa de Salud (PSU) siempre se ha insistido en la necesidad de una evaluación de impacto de la Estrategia “Enfamilia-APS”. Sin embargo, luego de algunas conversaciones, para la época del trabajo de campo de esta investigación se llegó a la conclusión que aún era prematuro plantear una evaluación de impacto, debido a los cambios que había sufrido en distintos momentos y que el tiempo transcurrido desde la última transformación de la intervención aún era corto. Se decidió primero entender la influencia del contexto institucional en el desarrollo de la propuesta, así como las diferentes expectativas que tenían de la Estrategia los diferentes niveles administrativos y los usuarios. De este modo se espera contribuir a definir las condiciones de una evaluación de impacto de la Estrategia.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Realizar un análisis de implementación de la Estrategia “Enfamilia-APS” del Programa de Salud de la Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia).

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

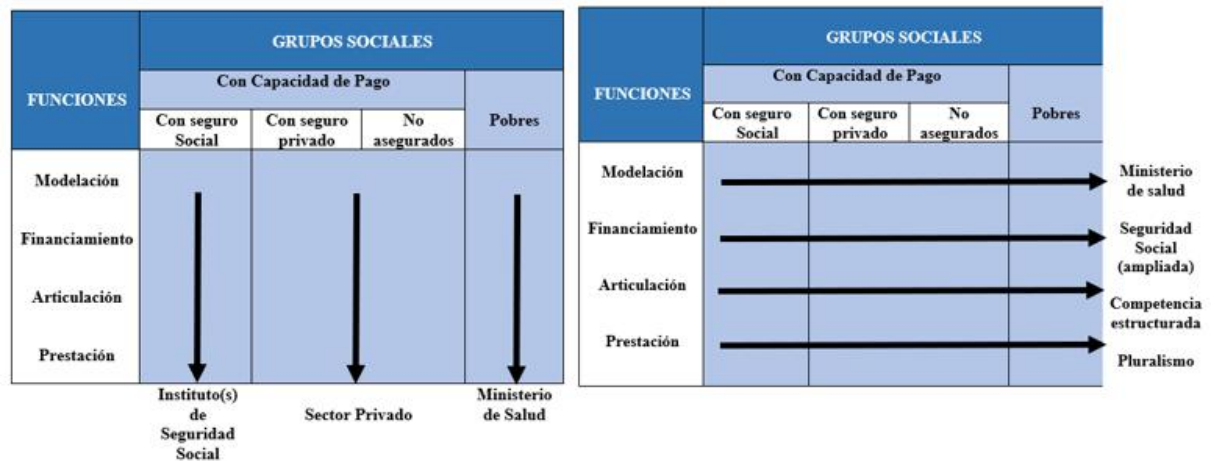
- a) comprender cómo afecta el contexto institucional al desarrollo de la Estrategia “Enfamilia-APS”;
- b) comprender las lógicas, los significados y los resultados esperados por parte de los actores tanto directivos como operativos y usuarios acerca de las acciones de promoción de la salud desarrolladas por la Estrategia “Enfamilia-APS”.

## 4 MARCO TEÓRICO

### 4.1 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA

Colombia basó su reforma al sistema de salud y seguridad social en el modelo de pluralismo estructurado (LONDOÑO J; FRENK, 1997), que intentaba superar la segmentación del modelo anterior que segmentaba la población en tres grupos: la seguridad social, el sector privado y el sector público (Figura 1).

Figura 1 Funciones del sistema y grupos beneficiarios antes y después de la Reforma



Fuente: Modificada de Londoño y Frenk (1997)

Según la descripción hecha por estos autores, en el sistema antes de la reforma, la población estaba segmentada según la capacidad de pago así: población trabajadora con seguro social (con acceso al Instituto de Seguros Sociales), población con seguro privado y población sin seguro (que accedían al sector privado para la provisión de sus servicios). En cuanto a la población sin capacidad de pago (pobres), su atención dependía del Ministerio de Salud a través de los hospitales financiados con recursos públicos o a través de instituciones benéficas. En cada uno de estos segmentos, cada institución (por ejemplo, el Instituto de Seguro Social, el Ministerio de Salud o las compañías de seguro privado) asumía todas las funciones: modulación, financiamiento, articulación y prestación de servicios.

Con la reforma del año 1993 (COLOMBIA., 1993), “se integra la población y se segmentan las funciones”. De modo que la función de modulación del sistema (rectoría) está a cargo del Ministerio de Salud, el financiamiento a cargo de un fondo que reúne las contribuciones e impuestos específicos (seguridad social ampliada), la articulación queda en manos de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que tienen la función de “articular” las distintas redes prestación de servicios para la atención en salud de la población (en el marco

de una competencia estructurada), y la prestación se da en el marco de una red “plural” de prestadores públicos y privados (de ahí la expresión “pluralismo estructurado”) (Cuadro 1).

Cuadro 1 - Funciones e instituciones en el sistema de aseguramiento en salud en Colombia

FUNCIÓN	INSTITUCION
<b>Modulación y Regulación del Sistema</b>	Ministerio de Salud y Protección Social. Superintendencia de Salud
<b>Articulación y Aseguramiento</b>	EPS de los regímenes contributivo y subsidiado (principalmente privadas)
<b>Provisión de Servicios</b>	IPS (hospitales de 1, 2 y 3er nivel; públicas y privadas)

Fuente: Elaboración propia.

El modelo de aseguramiento en Colombia permitió la introducción e implementación de las propuestas del Banco Mundial en el área de la salud (BANCO MUNDIAL, 1993): separación de aseguradores y prestadores, focalización de los recursos, subsidios a la demanda, aumento de la provisión privada y estímulo a la competencia tanto en el aseguramiento como en la prestación de los servicios. El esquema se conoce como pluralismo estructurado (LONDOÑO J; FRENK, 1997).

Dicho diseño creó un mercado de aseguramiento y uno de prestación de los servicios definiendo unas condiciones especiales para la competencia ya que las variables más importantes estarían reguladas por la ley: el precio, a través de la prima (UPC: Unidad de pago por capitación) y la cantidad de servicios, a través de la definición de un paquete explícito de servicios (POS: Plan Obligatorio de Salud) (RESTREPO; RODRIGUEZ, 2005).

Todo lo anterior condujo al mismo tiempo a un aumento de la financiación pública y un crecimiento del sector privado en salud. Con la reforma, el gasto en salud en Colombia aumentó en 10 años de 6,2 puntos del PIB en 1993 a 7,8 en 2003 siendo que la mayor proporción de ese gasto en ese último año era gasto público (85%). Es importante aclarar que, en Colombia, las cotizaciones de los trabajadores y empleadores se consideran recursos públicos debido a que son contribuciones obligatorias y por lo tanto se asimilan a impuestos (parafiscales). Pese a la magnitud del gasto público, es notable que casi el 60% de dicho gasto en el período 2000-2003 se orientó a instituciones privadas (BARON-LEGUIZAMON, 2007).

Asimismo, en Colombia, alrededor del 67,7% de las Instituciones Prestadoras de Salud son privadas (COLOMBIA; MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2005), sin embargo, las instituciones públicas, denominadas Empresas Sociales del Estado –ESES- deben ser autosostenibles a través de la venta de servicios, lo que en la práctica se traduce en una lógica privada (DE GROOTE; DE PAEPE; UNGER, 2005).

La precitada ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social Integral. Dicho sistema está constituido por tres subsistemas: Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que cubre lo relacionado con enfermedad general y maternidad y es administrado, como ya se dijo, por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que hacen las veces de aseguradoras de carácter público o privado; el Sistema General de Pensiones (SGP) que cubre lo relacionado con invalidez, vejez y muerte, conformado por dos regímenes solidarios: régimen solidario de prima media con prestación definida (administrado por Colpensiones, de naturaleza pública), el otro régimen es el de ahorro individual con solidaridad y es gestionado por las Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías (AFP)y, finalmente, el Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) diseñado para la atención de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional y es gestionado por las Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL) (Figura 2).

Figura 2. Estructura del Sistema de Seguridad Social Integral de Colombia



Fuente: Elaboración propia a partir de Colombia (1993) y ajustada según nueva normatividad explicada en el texto.



El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se basa en el aseguramiento y tiene dos regímenes de afiliación: contributivo y subsidiado. El régimen contributivo, dirigido a los trabajadores y sus familias, se financia con cotizaciones de los trabajadores y los empleadores. El régimen subsidiado, para la población pobre que no puede cotizar, el estado asigna subsidios a través de un Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN) en el que a través de una visita y una encuesta se valoran las condiciones de la vivienda y se establece su nivel de pobreza. El estado paga una prima (UPC- unidad de pago por capitación) por cada pobre afiliado ubicado en el nivel 1 o 2 del SISBEN y este dinero es administrado por las EPS del régimen subsidiado (subsidio a la demanda). Las EPS a su vez contratan la prestación de servicios de salud con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de carácter público y privado.

En el SGSSS se identifican varias prestaciones: el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) para la población general, el Plan de Beneficios en Salud (PBS) con cargo a la UPC, para los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado; la atención a eventos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT), y los planes voluntarios de salud: planes de atención complementaria en salud, planes de medicina prepagada y pólizas de salud (Figura 3).

Figura 3 Prestaciones y planes de beneficios contenidos en el SGSSS



Fuente:(COLOMBIA; MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL., 2017a).

El Plan de Intervenciones Colectivas -PIC- (antes denominado Plan de Atención Básica -PAB- según la Resolución 425 de 1996 (COLOMBIA., 1996)), nombrado de esta manera en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2009(COLOMBIA, 2007), es de carácter colectivo, estatal, gratuito, territorializado y complementario; es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad independiente de su capacidad de pago o régimen de afiliación(COLOMBIA, 2007). Dentro de la Promoción de la Salud a nivel colectivo se encuentran: salud sexual y reproductiva, prevención de la violencia (énfasis en violencia intrafamiliar), exposición a tabaco y alcohol, condiciones sanitarias del ambiente e información sobre derechos y deberes de los usuarios del sistema. En el componente de prevención de la enfermedad del PIC se encuentra el tamizaje de salud visual, vacunación antirrábica y acciones de demanda inducida. Finalmente está el componente de vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo (agua, vectores, vigilancia epidemiológica, etc.). Las acciones del PIC están a cargo de los entes territoriales (municipios, distritos y departamentos).

Por otro lado, el Plan de Beneficios en Salud -PBS (antes denominado Plan Obligatorio de Salud -POS-) financiado a través de la UPC (unidad de pago por capitación) es de carácter individual para las personas afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado y contiene los

servicios, procedimientos, medicamentos con el fin de garantizar el derecho a la salud a nivel individual considerando la promoción, prevención, atención y rehabilitación. En este punto es importante explicar que, en el Régimen Contributivo, las cotizaciones hechas por los trabajadores y los empleadores (en total el 12,5% del salario) van a un fondo común<sup>1</sup> denominado ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud), creado a partir de la Ley 1753 de 2015(COLOMBIA, 2015a). A partir de ese fondo común se distribuyen los recursos hacia las EAPB asignándolos según el número de afiliados y teniendo en cuenta aspectos que afectan el riesgo de enfermar como la edad, el sexo y la ubicación geográfica. Esta asignación de recursos para atender cada persona es lo que se denomina Unidad de Pago por Capitación -UPC. De esta manera, en el Sistema Colombia, se asigna una UPC mayor por una mujer en edad reproductiva que por un hombre en el mismo rango de edad, del mismo modo se asigna una UPC mayor por un menor de 5 años o un adulto mayor de 65 años que por un hombre joven.

Como se comentó antes, la ley 100 de 1993 definió inicialmente el aseguramiento en salud como la forma de organización del sistema de salud y definió un paquete explícito (POS) que era diferente según el régimen de afiliación, siendo mayor para el régimen contributivo comparado con el subsidiado, lo cual no sólo generaba desigualdades evitables en términos del acceso a servicios de salud, sino que producía inequidades en los resultados en salud. Por lo anterior se produjo la Ley 1122 de 2007 que llamaba a igualar progresivamente el POS subsidiado hacia lo contenido en el POS contributivo(COLOMBIA, 2007). Con estos antecedentes, la Corte Constitucional de Colombia<sup>2</sup>emitió la Sentencia T-760 de 2008(CORTE CONSTITUCIONAL; MAGISTRADO PONENTE DR. JOSÉ MANUEL CEPEDA, 2008)en la que ordenó garantizar el derecho a la salud a toda la población y por lo tanto ofrecer los mismos beneficios tanto a los afiliados al régimen contributivo como al régimen subsidiado.

Lo anterior se incorporó en la legislación a través de la Ley 1438 de 2011(COLOMBIA., 2011) que definió explícitamente avanzar hacia la unificación de los planes de beneficios para ambos regímenes de aseguramiento, lograr la “universalidad en el aseguramiento” así como estableció por primera vez que los servicios de salud se deberían organizar bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud así como definió poner

---

<sup>1</sup> Esta función es lo que se conoce en los sistemas de aseguramiento como “pooling” (mancomunamiento).

<sup>2</sup> La Corte Constitucional es una alta corte, al mismo nivel de la Corte Suprema de Justicia, creada a partir de la Constitución Política de 1991 con el fin de ser la “guardiana de la Constitución”.

nuevamente en primer plano las acciones de Salud Pública, Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, que habían sufrido una afectación importante con la puesta en ejecución de un sistema basado en la atención de la enfermedad, asuntos éstos que se retomarán más adelante.

Posteriormente se aprobó por parte del Congreso de la República la Ley 1751 de 2015, conocida como la Ley Estatutaria en Salud(COLOMBIA, 2015b)con lo que se modificó el POS y se adoptó la idea de una Plande Beneficios en Salud(PBS), implícito, a diferencia del POS que era explícito, donde se debe garantizar la prestación de todos los servicios de salud necesarios para lograr una atención integral de las personas. Dicho PBS, sin embargo, considera algunas exclusiones explícitas de servicios y tecnologías cuando cumpla alguna de las siguientes condiciones (artículo 15): i. Uso cosmético ii. Falta de evidencia sobre seguridad y eficacia clínica iii. Falta evidencia sobre efectividad clínica iv. Falta autorización de autoridad competente v. Que esté en fase de experimentación vi. Que se preste en el exterior (COLOMBIA, 2015b).

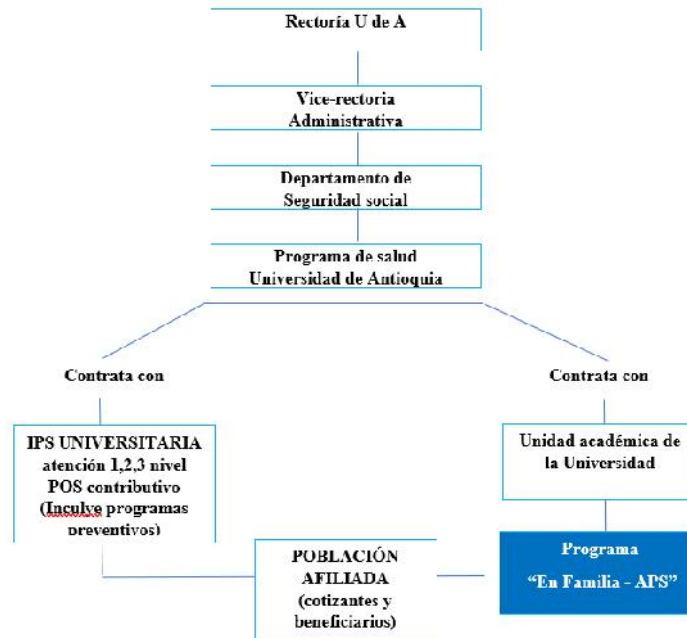
#### 4.1.1 Regímenes de excepción

La ley 100 de 1993 ya mencionada reconoce en su artículo 279 algunos regímenes de excepción, a los cuales no se aplica el Sistema General de Seguridad Social definido en dicha Ley. Dentro de las poblaciones exceptuadas se incluyen los miembros de las Fuerzas Militares y de Policía, los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol), los profesores de básica primaria y enseñanza media sindicalizados (Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio) y los profesores y funcionarios de las universidades públicas.

Las Universidades Públicas recibieron autorización mediante la ley 647 de 2001 para crear sus propios programas de Salud(COLOMBIA, 2001a). En este sentido, la Universidad de Antioquia asumió la responsabilidad de organizar un sistema que garantizara a sus usuarios beneficios en salud que mejoren su calidad de vida. Esta condición abrió la posibilidad de trabajar en un modelo de atención donde el asistencialismo y la enfermedad dejan de ser protagonistas, para darle paso a un concepto integral de salud. En estas condiciones, el Programa de Salud de la Universidad de Antioquia desde sus inicios además de ofrecer el Plan Obligatorio (POS) a sus afiliados, aumentó el contenido de este último y creó algunos

programas con énfasis en Promoción de la Salud dentro de los que sobresale la Estrategia “Enfamilia-APS” diseñada para tener un enfoque familiar (Figura 4).

Figura 4. Dependencia jerárquica estrategia “Enfamilia-APS”



Fuente: Elaboración propia a partir de la estructura administrativa en la época en que se realizó el trabajo de campo de esta investigación.

A modo de síntesis, en relación con las características de los regímenes de afiliación diseñados en el marco del SGSSS se pueden señalar sus diferencias teniendo en cuenta aspectos claves (Cuadro 2). En cuanto a la población objetivo, el factor diferenciador tiene que ver con el vínculo laboral formal. Si la persona trabaja y tiene ingresos debe ser afiliada al régimen contributivo y cotizar al sistema para tener cobertura al igual que su familia (beneficiarios). En este grupo de trabajadores formales existen algunos que pertenecen a ciertas instituciones que quedaron exceptuadas de regirse totalmente a partir de la Ley 100 de 1993 (Regímenes de excepción/especiales). Las personas que no tienen vínculo laboral formal pero que además son pobres identificados a través de la encuesta del SISBEN en el nivel 1 o 2 (es decir, sin capacidad de pago), el Estado subsidia su afiliación al sistema (“subsidio a la demanda”). Hay, sin embargo, un sector de la población que siendo pobres sin capacidad de pago y debidamente identificados por el SISBEN, no logran acceder al subsidio debido a que no todos los municipios tienen los recursos para hacerlo.

En un esquema de seguros convencional, la persona que quiere la cobertura debe pagar una “prima” al asegurador y ésta varía según su edad, sexo y riesgos en salud (comorbilidades, etc.). En el diseño de aseguramiento social, las personas trabajadoras pagan

el mismo porcentaje de su salario independiente de su edad, sexo o riesgo lo cual es posible ya que los recursos se mancomunan en un fondo (diluyendo el riesgo) y desde allí se paga la prima al asegurador público o privado (EPS) en forma de UPC (unidad de pago por capitación) según lo comentado en un apartado previo.

Cuadro 2 Comparación regímenes de afiliación en salud, Colombia

CARACTERÍSTICAS	REGIMEN CONTRIBUTIVO	REGIMEN SUBSIDIADO	REGIMEN EXCEPCIÓN (ESPECIALES)	POBLACION POBRE NO CUBIERTA CON SUBSIDIOS
<b>Población objetivo</b>	Trabajadores formales y sus familias	Pobres nivel 1 y 2 según encuesta SISBEN <sup>a</sup>	Ecopetrol F. Militares Policía Magisterio Universidades <sup>b</sup>	Pobres nivel 1 y 2 del SISBEN no asegurados
<b>Prima</b>	UPC ajustada al riesgo a partir de las cotizaciones sobre el salario	UPC ajustada al riesgo a partir de subsidios	Cotizaciones sobre el salario (la institución debe responder con lo recibido)	No aplica
<b>Tipo de subsidio</b>	No aplica	Subsidio a la Demanda	No aplica	Subsidio a la oferta (se paga directamente a la IPS)
<b>Fuente financiación</b>	Cotizaciones sobre el salario: Empleado 4% Empleador 8.5%	1,5% de las cotizaciones del Reg. Contributivo como solidaridad. Impuestos al juego y azar, armas, etc.	Cotizaciones sobre el salario y recursos propios	Sistema general de participantes (transferencias a los municipios y departamentos)
<b>Plan de Beneficios</b>	Plan implícito (listas negativas). Exclusiones	Plan implícito (listas negativas). Exclusiones	Plan implícito (listas negativas). Exclusiones	Plan de beneficios limitado <sup>c</sup>

	explícitas	explícitas	explícitas	
<b>Administrador (Asegurador)</b>	EPS y otras EAPB	EPS y otras EAPB	Ecopetrol F. Militares Policía Magisterio Universidades**	Ente territorial (Dirección Local de Salud, Secretaria Salud)
<b>Cobertura proporcional 2019<sup>d</sup></b>	45,5%	45,3%	4,5%	0,6%

Fuente: Elaboración propia

<sup>a</sup> Sistema de Selección de Beneficiarios

<sup>b</sup> Universidades Públicas en aplicación Ley 647 de 2000 (como es el caso del PSU)

<sup>c</sup> Generalmente atención de urgencias, consulta externa y subsidio en medicamentos y laboratorio.

<sup>d</sup> Datos correspondientes a 2019 (COLOMBIA; MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2020). Población total (DANE): 50'374.478 hab. (Según datos del Ministerio de Salud, aún hay un 4,1% de personas sin cobertura del seguro de salud, lo cual equivale aproximadamente a 2'065.000 habitantes).

#### 4.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD

Aunque se podrían encontrar antecedentes de la Promoción de la Salud (PS) en toda la historia (RESTREPO; MÁLAGA, 2001), como tal, la PS apareció como término en 1945 con Henry Sigerist, en donde la sitúa como una de las áreas esenciales de la medicina (los otros son la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación). Para este historiador “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso. (...) la PS tiende, evidentemente, a prevenir la enfermedad, pero una promoción eficaz exige medidas protectoras especiales” (TERRIS, 1993).

Desde esta perspectiva, fácilmente se puede decir que la PS es heredera de una corriente crítica que pone su énfasis en las condiciones de vida de las poblaciones a la hora de entender el proceso salud-enfermedad. Por esta razón, para algunos, la PS hace parte de la evolución de la Medicina Social europea (LOPEZ L; ARANDA R, 1994; TRAD L, 2004)y,

por lo tanto, corresponde a una perspectiva de análisis sociopolítico en salud (RESTREPO, 2005).

Ahora bien, dado lo anterior, mientras algunos han considerado que la PS como un concepto diferenciado de la Salud Pública (GÓMEZ A; GONZÁLEZ, 2004), para otros, sin embargo, constituye una perspectiva crítica de esta última (ESLAVA J, 2002; FRANCO; OCHOA; HERNÁNDEZ, 1995; TRAD L, 2004). De hecho, según hace notar Saúl Franco, la pregunta en Ottawa, no era por la PS sino por los lineamientos de una Nueva Salud Pública que le permitiera salir de la crisis en que se encontraba (información verbal)<sup>3</sup> y de la que dan cuenta numerosos analistas (ALMEIDA N; SILVA J, 1999). Por ello, la Carta de Ottawa en su documento original tiene como subtítulo la frase “hacia un nuevo concepto de la Salud Pública” (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1996).

La Carta de Ottawa (Canadá), firmada en 1986, es la continuación de los esfuerzos de la OMS con el fin de concretar la propuesta de “Salud para todos en el año 2000”. Por lo tanto, es posterior a la declaración de Alma Ata y recoge varios de sus postulados. Su planteamiento es compatible con una perspectiva de la Salud como Bienestar que trasciende la idea de estilos de vida saludables y “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma” (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1986), para lo cual plantea cinco áreas de trabajo importantes:

- a) elaboración de Políticas Públicas saludables;
- b) desarrollo de aptitudes personales;
- c) creación de ambientes favorables;
- d) reforzamiento de la acción comunitaria;
- e) reorientación de servicios de salud.

En la carta de Ottawa se hace mucho énfasis en el concepto de intersectorialidad dado el reconocimiento de que promover la salud no es una tarea exclusiva del sector salud. En este sentido, el sector salud no sólo tiene el reto de ser “mediador” a favor de la salud (abogacía) sino que tendrá que ampliar su papel desde servicios clínicos y curativos hacia otros con una perspectiva más amplia: “El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la PS de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos (...) y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y

---

<sup>3</sup>Comentario hecho en el Seminario Internacional de la Salud de Colectivos. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2004.



económicos”(ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1986).La reorientación de los servicios sanitarios “(...) ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo”(ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1986).

En relación con la reorientación de servicios de salud, el reto planteado es la configuración de servicios que impacten positivamente la salud de la población, trascendiendo los servicios enfocados exclusivamente en la enfermedad (morbiocéntricos) o centrados en el hospital (hospitalocéntricos). “La reorientación de los servicios sanitarios exige (...) cambios en la educación y formación profesional. El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la PS de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos (...) dichos servicios deben favorecer la necesidad por parte de la comunidad de una vida más sana crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos”(ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1986).

Luego de la Carta de Ottawa, se sucedieron otras conferencias internacionales que desarrollan y profundizan cada una de las áreas de la carta inicial:

- a) segunda Conferencia. Adelaida- Australia, 1988. Políticas Públicas Saludables;
- b) tercera Conferencia. Sundsvall – Suecia, 1991. Ambientes favorables para la salud. Aquí se presenta una consideración de la ambiental, no sólo como lo físico, sino también como lo social;
- c) declaración de Santafé de Bogotá, 1992. Promoción de la Salud y Equidad.Llamativamente, esta declaración no tiene el reconocimiento de la OMS como Conferencia Internacional como tampoco la Carta de Trinidad y Tobago en 1993, aunque fueron promovidas por la OPS (RESTREPO, 2005);
- d) cuarta Conferencia. Yakarta, 1997. Nuevos actores para una nueva era;
- e) quinta Conferencia. México, 2000. Hacia una mayor Equidad;
- f) sexta Conferencia. Bangkok, 2005. Globalización y salud;
- g) séptima Conferencia. Nairobi, 2009. Cerrar la brecha de implementación en PS;
- h) octava Conferencia. Helsinki, 2013. Salud en todas las políticas;
- i) novena Conferencia. Shanghái, 2016. Promoción de la Salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

#### 4.2.1 Promoción de la Salud en el SGSSS de Colombia

Con el fin de analizar cómo se incorporaron los planteamientos de la PS en nuestro país, que sirva de base para el análisis del caso en estudio, presentaré la forma en que se entendió la PS desde la concepción del diseño del SGSSS, es decir, desde la perspectiva del pluralismo estructurado ya analizado. Al respecto es ilustrativo el documento “Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad en el Sistema General de Seguridad social en Salud” emitido por el Ministerio de Salud en 1996 (COLOMBIA; MINISTERIO DE SALUD, 1996), es decir, muy cercano a la fecha de aprobación de la Ley 100 de 1993 ya mencionada. Dicho documento constituye la sustentación técnica y jurídica del modo en que el sector salud, desde el gobierno, entendía el concepto que venimos trabajando. Esto con una condición adicional de la más alta importancia: por tratarse de un documento oficial, resume el modo en que el Estado Colombiano a través de la ley, incorporó los acuerdos inscritos en el ámbito internacional en relación con este tema y da una idea de la concepción para la asignación de recursos y la implementación de políticas en Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad.

En dicho documento se definió la PS como la “integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos, con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud física y psíquica de los individuos y las colectividades”. No obstante, en el desarrollo del documento se representan algunos elementos que dejan ver que existe untratamiento indistinto entre Promoción y Prevención. Allí se lee: “La Prevención es un componente de la Promoción (...) Así como la PS se establece con acciones intersectoriales que tienen por objeto la generalidad de la población, la Prevención depende de servicios destinados a los individuos, familias o grupos específicos. Por eso, siendo la prestación de servicios una de las funciones específicas del sector de la salud, es allí donde puede privilegiarse la instalación de acciones preventivas. Puesto que las acciones de prevención primaria tienen mayor costo-efectividad y generan mayor bienestar, deben privilegiarse”. El planteamiento de ubicar la prevención de la enfermedad como parte de la Promoción de la Salud se aparta del concepto tradicional como se verá más adelante.

Desde ya, ese planteamiento tendría consecuencias previsibles: si el Estado entiende en ese momento a la Prevención como parte de la Promoción de la Salud a pesar de que suscriba definiciones más amplias, lo dicho podría llevar a pensar que sus actividades de

Promoción podrían limitarse a las de Prevención y de este modo cumplir con el objetivo. Pareciera que se entiende que, siendo la PS una cuestión intersectorial, al sector sanitario le quedaría la tarea de asumir la Prevención como cuota de este gran concepto de la Promoción. Y, por lo tanto, con una visión restringida con acciones muy específicas del sector salud tradicional (FRANCO; OCHOA; HERNÁNDEZ, 1995).

Más adelante se afirma: “La promoción es el eje principal de la reforma de seguridad social en salud”. Y aclara igualmente los mecanismos que usa para su implementación: “(...) su presencia está garantizada mediante poderosos mecanismos económicos como la capitación y la libre competencia; mediante elementos políticos como la descentralización y la participación comunitaria”. Después, al explicar de qué modo los mecanismos económicos previstos en la ley soportarían la implementación de la PS afirma: “(...) el modelo de Capitación obliga a los prestadores a mantener la población sana, porque su beneficio es el margen resultante de restarle a una asignación fija *per capita*, los gastos para atención de sus usuarios. (...) es necesario controlar el gasto previniendo la enfermedad y promocionando la salud”. Mas adelante veremos si este supuesto económico vendrá a confirmarse o no.

Aunque el marco legal de la política de Promoción de la Salud es un poco complejo, podría decirse, como ya se anotó, que los lineamientos más importantes quedaron consignados en la ley 100 de 1993. En dicha Ley se pueden identificar dos áreas grandes de acción de la Promoción de la Salud: el Plan de Atención Básica (PAB) y el Plan Obligatorio de Salud (POS)(GARCÍA; TOBÓN, 2000).

El PAB, que en su momento era considerado como el Plan de Salud Pública en el país, tenía a su vez tres componentes: Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad y Vigilancia en Salud Pública(COLOMBIA., 1996). Por sus características especiales de gratuidad, territorialidad, obligatoriedad, se pensó como un recurso clave en el diseño e implementación de propuestas en PS. Sobre esta base se desarrollaron algunas propuestas importantes como la estrategia de “Municipios Saludables por la paz” y la “Estrategia de Escuelas Saludables” que adquirieron ciertas particularidades en su desarrollo, por ejemplo, para el caso de Antioquia, con la definición explícita de políticas públicas que viabilizaron su implementación(COLOMBIA, 2001b; COLOMBIA; MINISTERIO DE SALUD, 1997).

En relación con el POS de esa época, la Resolución 412 de 2000(COLOMBIA; MINISTERIO DE SALUD., 2000) definió las actividades de protección específica –prevención primaria- y detección precoz –prevención secundaria- dirigidas a la población

afiliada en los regímenes contributivo y subsidiado. Estas actividades definían lo que se conoce en nuestro mediocoloquialmente como “Programas de PyP” (Promoción y Prevención) pero cuya denominación ha sido objeto de críticas por cuanto incluye bajo este rótulo básicamente actividades preventivas (ESLAVA J, 2002; FRANCO; OCHOA; HERNÁNDEZ, 1995).

Importante en este punto resaltar que dicha terminología está basada en el concepto de la “historia natural de la enfermedad” desarrollado por Leavell y Clark (LEAVELL H.; CLARK G., 1965) quienes definieron distintos puntos de intervención para evitar la aparición o progresión de la enfermedad, estableciendo los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria. Dentro de la prevención primaria, dichos autores identificaron dos grupos de acciones: aquellas dirigidas a toda la población sin consideración de la susceptibilidad a ciertos riesgos –la cual se asume sana- (promoción de la salud) y acciones dirigidas, también a población que se asume sana, pero que tiene susceptibilidad a ciertos riesgos por razones de edad, sexo, etc. (protección específica).

Más adelante, teniendo en cuenta la historia natural de la enfermedad, se pueden ubicar puntos de intervención en la que se realizan acciones para detectar tempranamente enfermedades -cuando aún las personas no presentan síntomas- (detección precoz o tamización) y acciones para hacer un diagnóstico y tratamiento tempranos cuando los síntomas son sutiles o de comienzo reciente con el fin de evitar que la evolución de la enfermedad lleve a complicaciones o secuelas. Tanto las acciones de tamización como las de diagnóstico y tratamiento tempranos, se consideran acciones de prevención secundaria.

Finalmente, cuando la enfermedad ha avanzado, también se pueden desarrollar acciones que mejoren la calidad de vida y funcionalidad de las personas. Estas acciones se consideran de rehabilitación y corresponden a la prevención terciaria en dicho modelo.

Por lo anterior, podemos decir que los “Programas de PyP” definidos en la mencionada Resolución 412 de 2000 se basaban en los planteamientos de la medicina preventiva de Leavell y Clark como ya se mostró. (Cuadro 3)

Cuadro 3 Programas de Promoción y Prevención según Resolución 412 de 2000

<b>Promoción de la Salud</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación para la salud</li> </ul>	<b>Protección específica:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacunación</li> <li>- Planificación familiar</li> <li>- Atención del parto</li> <li>- Atención del recién nacido</li> <li>- Aplicación sellantes (salud oral)</li> </ul>	<b>Detección temprana</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Detección temprana de alteraciones del menor de 10 años.</li> <li>- Detección temprana de alteraciones del joven.</li> <li>- Detección temprana de alteraciones del adulto mayor</li> <li>- Detección temprana de cáncer de cérvix.</li> <li>- Detección temprana de cáncer de mama</li> <li>- Control prenatal</li> </ul>	<b>Diagnóstico y tratamiento precoz</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Detección temprana de alteraciones del menor de 10 años.</li> <li>- Detección temprana de alteraciones del joven.</li> <li>- Detección temprana de alteraciones del adulto mayor</li> <li>- Detección temprana de cáncer de cérvix.</li> <li>- Detección temprana de cáncer de mama</li> </ul>	<b>Rehabilitación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rehabilitación cardíaca.</li> <li>- Rehabilitación musculoesquelética</li> <li>- Rehabilitación cognitiva</li> <li>- Rehabilitación psicológica</li> <li>- Mamoplastia reconstructiva</li> <li>- Otras formas de rehabilitación</li> </ul>
<b>PREVENCIÓN PRIMARIA</b>		<b>PREVENCIÓN SECUNDARIA</b>		<b>PREVENCIÓN TERCIARIA</b>

Fuente: Elaboración propia basado en Resolución 412 de 2000 (COLOMBIA.; MINISTERIO DE SALUD., 2000).

### 4.3 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

La idea de la Renovación de la APS en el mundo promovida por la propia OMS(ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2008), parte de la constatación del deterioro de la calidad de vida de los pueblos (incluida la situación de salud) y, al mismo tiempo, el reconocimiento del papel que tienen los servicios de salud para contribuir al mejoramiento de estas condiciones y la generación de cohesión social.

Lo anterior nos lleva a la reflexión de que no cualquier tipo de organización de servicios de salud cumple esa labor. Se requiere un sistema de salud sensible a las necesidades de las personas, de acceso universal, con una visión del territorio donde se desarrolla la vida de las comunidades (familiar y comunidades como base para la planificación), que dialogue con otros sectores de la sociedad para promover y unir esfuerzos, que articule distintos niveles de atención, etc. Y así, nos quedará más fácil comprender, cual es la tarea que se espera de los servicios de salud y el tipo de articulaciones que se requieren. Vale decir, el tipo de APS que se requiere renovar.

Sin embargo, el término APS es polisémico y se han reconocido, al menos, 4 sentidos distintos aunque no excluyentes entre si(CONILL; FAUSTO, 2009, p. 20): APS como conjunto de acciones, como nivel de atención, como estrategia organizadora del sistema de servicios de salud y como principio orientador del sistema de salud.

Con todo, el referente histórico más importante de APS se refiere a la Conferencia de Alma Ata en 1978, en la ex URSS. Allí se pensó la salud como derecho humano y su relación con el desarrollo socio-económico de las poblaciones, la necesidad de la integración de los servicios y el papel de la participación comunitaria(CONILL; FAUSTO, 2009, p. 20). Sin

embargo, por su potencial político rápidamente se acusó de ilusoria y utópica y se plantearon visiones más restringidas conocidas como APS selectiva, esto es, algunas acciones básicas dirigidas a poblaciones de escasos recursos que, aunque ganó rápida aceptación por parte de organismos multilaterales que la promovieron (UNICEF entre ellos) también pasó históricamente a ser estigmatizada (“medicina pobre para pobres”).

Como lo advierte Conill (2009:6) “no existe una única forma de entender la APS y su concreción varía debido a la diversidad de sistemas de protección social y de sistemas de servicios existentes”(CONILL; FAUSTO, 2009, p. 6)(Cuadro 4). Aunque para aprovechar su potencial, la APS debe entenderse como una política de reorganización del modelo asistencial y una estrategia de fortalecimiento del sistema de salud. Como tal, la APS tiene una labor muy importante al integrar redes de servicios, integrar servicios de promoción, prevención, atención y rehabilitación y promover la continuidad del cuidado. Para cumplir con esta labor, la APS tiene las siguientes características:

- a) la garantía de acceso universal;
- b) es puerta de entrada al sistema;
- c) establece vínculo con la población de referencia;
- d) ofrecer servicios integrales;
- e) coordina los servicios (integra las redes);
- f) tiene enfoque familiar y está orientado a la comunidad.

Cuadro 4 Tipos y características de enfoques en APS.

<b>ENFOQUES QUE ORIENTAN LAS PRACTICAS DE APS</b>			
	<b>DEFINICION</b>	<b>ENFASIS</b>	<b>PROVEEDORES</b>
ATENCIÓN PRIMARIA	Puerta de entrada	Nivel de atención	Médicos de APS
APS selectiva	Número limitado de servicios a población pobre	Conjunto de servicios de salud	Médicos generalistas y otros trabajadores de la salud
Alma-Ata	1er nivel, integrado, integral, continuo, participación, intersectorial	Estrategia para organizar sistemas de salud	Médicos, trabajadores salud, comunidad
APS enfoque de derechos	Salud como derecho humano. Determinantes	Filosofía	Actores sociales y trabajadores de la salud

Fuente:(FORTI, 2009, p. 11)

Según Conill(CONILL; FAUSTO, 2009, p. 7), en América Latina, aunque se observa un predominio de la APS selectiva igualmente se identifican otras modalidades de integración en la región:

- a) selectiva integrada en los programas de salud materno infantil (Bolivia, Nicaragua y El Salvador);
- b) como puerta de entrada y eje estructurante del sistema público de salud (Costa Rica, Chile, Brasil y Venezuela);
- c) en sistemas con universalización incompleta con base municipal(Colombia).

#### 4.4 EVALUACIÓN DE LA ACCIÓN PÚBLICA

La Evaluación como disciplina se ha venido configurando principalmente en los últimos 80 años, a partir de los trabajos de Ralph Tyler en 1934 en el campo educativo, al proponer un enfoque más integral en los procesos evaluativos de rendimiento estudiantil que incluyera la consideración de los aspectos explicativos de dichos resultados (RESTREPO G, 2002, p. 55).

A pesar de que el cuestionamiento por la utilidad de ciertas actividades en el plano público ha sido de interés por mucho tiempo, solo a partir de estos trabajos se empieza a considerar la evaluación con enfoques y métodos, en forma sistemática.

De hecho, la aplicación de esta metodología a la acción pública y más específicamente a las políticas públicas, está en estrecha relación con la crisis del Estado de Bienestar(BAÑON; CABALLERO V; SÁNCHEZ M, 2003, p. 216). La necesidad de saber si

las enormes inversiones económicas asociadas al crecimiento de los programas sociales estaban rindiendo sus frutos, dio un impulso importante a esta disciplina, que incluso se institucionalizó en EE.UU. con la creación de oficinas especializadas asociadas a dependencias gubernativas.

En algunos países europeos se instauraron, en los 80's, gobiernos con énfasis en la revisión del tamaño y forma del estado de Bienestar, con la inauguración de la Nueva Gestión Pública que se enfocaba en la medición de productividad y rendimiento de las organizaciones y empleados. Esto indujo la configuración de asociaciones, redes internacionales y foros que mantenían activa la discusión sobre aspectos específicos de esta disciplina (RESTREPO G, 2002, p. 58).

#### 4.4.1 Concepto de evaluación

La palabra Evaluación tiene múltiples definiciones según las bases epistemológicas que la sustentan, aunque no siempre de forma explícita, lo cual define los enfoques utilizados.

En su forma básica, evaluar es someter algo a valoración o tratar de juzgar su valor y mérito (BUSTELO R, 2003, p. 14; RESTREPO G, 2002, p. 54), esto es, se emiten juicios pero con una intención clara de mejorar programas y políticas evaluadas, rendir cuentas y responsabilidades y/o ejemplificar acciones futuras:

En este sentido, la profesora Bustelodelinea las funciones de la evaluación:

- a) mejora el programa o política evaluada: que implica un proceso de aprendizaje sobre la propia práctica, teniendo en cuenta el contexto en que se desarrolla;
- b) rendimiento de cuentas o responsabilidad: como función de apoyo al sistema democrático, referido a las políticas públicas;
- c) ilumina acciones futuras: aunque la evaluación está referida a un programa o política en concreto, la información que aporte puede servir para futuros abordajes.

Así mismo, se identifican algunas características que le son propias a la metodología evaluativa (BUSTELO R, 2003):

- a) el carácter político de la evaluación: a pesar de que la evaluación tenga una metodología rigurosa que propende por disminuir sesgos y prejuicios, se debe reconocer el contexto político en el que se desarrolla. “La evaluación debe



responder ante el contexto político y, a su vez, ser una herramienta que permite controlarlo” (BUSTELO R, 2003, p. 16);

- b) enjuiciamiento sistemático: la evaluación emite juicios de valor sobre lo que se evalúa y hace parte consustancial de la misma. Lo que pretende la Evaluación es proveer una metodología sistemática que permita una base para los juicios resultantes, con el fin de definir si la política que se evalúa es o no buena.

En lo que si hay acuerdo es que aun considerando que la evaluación se apoya en los métodos y el instrumental de la investigación social, su función no es sólo la generación de conocimiento, sino que tiene un principio de utilidad, en la mejora de la política, rendimiento de cuentas y acciones futuras (BUSTELO R, 2003; WEISS C, 1992).

Asimismo, se establece una diferencia entre la evaluación y los observatorios de problemas públicos y en este sentido se identifican como actividades complementarias pero que no deben confundirse, en la función específica de la evaluación.

Aunque para nuestro propósito, no es importante explicitar los enfoques evaluativos, se mencionaran en este apartado porque es insumo para los comentarios siguientes.

#### 4.4.2 Tipos de evaluación

Siguiendo la propuesta de (ROTH D A, 2004, p. 142), se podría hacer una aproximación a esta tipología, a partir de considerar tres preguntas: cuando se evalúa?, para qué y qué se evalúa? quien evalúa?:

- a) momento de evaluación:
- se tiene la evaluación ex ante (a priori, de factibilidad o prospectiva);
  - evaluación concomitante: que puede ser continua o periódica;
  - evaluación ex – post (retrospectiva o a posteriori).
- b) finalidad de la evaluación:
- endoformativa: cuando el objetivo es informar a los propios actores del programa para mejorarlo y transformarlo;
  - sumativa o recapitulativa: cuando informa al público general o actores externos (por ejemplo, financiadores).
- c) objeto: Roth (ROTH D A, 2004) presenta tres modos de evaluar el “qué”:
- insumos;
  - procesos;

- resultados obtenidos.

Su elección depende del grado de mensurabilidad, de los resultados y conocimiento del proceso.

Otra clasificación de los tipos de evaluación es la que proponen Champagne et al(2011, p. 44-45) quienes distinguen dos tipos de evaluación: evaluación normativa e investigación evaluativa. La evaluación normativa se refiere a la constatación de conformidad entre los componentes de la intervención y parámetros de referencia. La investigación evaluativa procura analizar y comprender relaciones causales entre los diferentes componentes de la intervención. “Busca comprender el cómo y el porqué de los resultados” (CHAMPAGNE et al., 2011, p. 45)

Según los mismos autores, dentro de la investigación evaluativa se incluyen: i. Análisis estratégico (pertinencia de la intervención) ii. Análisis lógico (coherencia) iii. Análisis de producción (productividad) iv. Análisis de los efectos v. Análisis de eficiencia vi. Análisis de implantación, el cual “observa las interacciones entre la intervención y el contexto de la implantación en la producción de los efectos” (CHAMPAGNE et al., 2011, p. 55). Dado que esta investigación se define como un análisis de implantación, este tipo de evaluación se ampliará en el apartado 4.5.

#### 4.4.3 Modelos Teóricos de la Evaluación

Así como los programas tienen un modelo teórico o una teoría subyacente, la evaluación, entendida como intervención, también tiene un modelo teórico, aunque no siempre se haga explícito. En este apartado se hará un comentario general sobre este asunto y en particular sobre las implicaciones metodológicas del modelo elegido para hacer el análisis de la implementación de un programa.

Según Potvin et al(POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006), existen dos grandes tradiciones filosóficas en el entendimiento de la naturaleza de la realidad con implicaciones a la hora de pensar la naturaleza de los programas en salud: realismo empírico y el idealismo.

“Una concepción de programa inspirada en el realismo empírico implica que el programa y sus elementos objetivos y el uso de los mismos se guían por procedimientos precisos, preestablecidos, estandarizados y derivados de conocimientos científicos”(POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006, p. 69). Es decir, en el realismo empírico, un

programa es un “objeto natural” y, por lo tanto, el modelo lógico del programa se considera una “representación real” del programa dado que permite ver los componentes estructurales y los elementos que los unen. “Un modelo como este es esencialmente práctico, desprovisto de actores sociales portadores de intereses”. En este marco, “la finalidad de la evaluación consiste esencialmente en verificar si el programa corrige la situación problemática”(POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006, p. 71). Algunos aspectos, como la aceptabilidad al programa por parte de los usuarios o el apoyo al programa por parte de directivos y operadores no son recogidos por el modelo lógico y, por lo tanto, este último, muestra su limitación.

En el caso de la tradición idealista, hay un reconocimiento de las limitaciones del ser humano para conocer la naturaleza dado que el conocimiento se basa en los órganos de los sentidos y no hay una forma de validación externa. Implícitamente se reconocen dos niveles de la realidad: el de los objetos reales y los modelos/representaciones que se construyen acerca de estos objetos. “La consecuencia de una posición ontológica como esta es que todo conocimiento es construido y socialmente situado”(POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006, p. 72). Y aún más: “...es en función de sus representaciones que los actores actúan, reajustando también los modelos que los orientan. [...] Los programas son, por lo tanto, representaciones evolutivas de la acción ya que son construidas por los actores implicados en ella” (POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006, p. 73).

Frente a las limitaciones que tienen estas dos posturas ontológicas extremas, aparece el realismo crítico permitiendo otra lectura acerca de la naturaleza de los programas. Esta postura propone una ontología en tres niveles: real, actual y empírico(POLAND B; FROHLICH K; CARGO M, 2008; POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006). El nivel real se refiere a los objetos (físicos o sociales, su estructura y mecanismos causales) que existen independiente del conocimiento o conciencia que se tenga de ellos. El segundo nivel ontológico, el actual, se refiere a los acontecimientos (problemas, programas) y son consecuencia de la interacción de uno o varios objetos reales por medio de mecanismos causales. “Cabe destacar que la diferencia fundamental entre el realismo empírico y el crítico radica en que, para el primero, la causalidad implica siempre una regularidad entre dos eventos, mientras que para el realismo crítico varios mecanismos causales entre objetos de lo real pueden estar en juego para producir un mismo evento”(POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006, p. 79). El nivel empírico se refiere a los significados que le son

atribuidos a los acontecimientos y por lo tanto estos significados son socialmente construidos (como en el caso del idealismo). Sin embargo, a diferencia del idealismo, el realismo crítico “supone un vínculo efectivo entre los eventos, consecuencia de mecanismos causales que estructuran los objetos de la realidad y las representaciones (modelos) que los sujetos se hacen acerca de los objetos y mecanismos que constituyen la realidad. [...] Solamente por medio de sus modelos es que el actor puede atribuir significado a un evento”(POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006, p. 79).

Desde esta perspectiva, la evaluación tiene un papel fundamental porque, además de asociar un programa con la modificación de un problema, también alimenta “... los modelos y las teorías de los actores referentes al conjunto de mecanismos en juego en la situación focalizada”.(POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006, p. 81).

Esta ontología realista crítica, según Potvin et al(POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006) tiene tres implicaciones en relación con la evaluación de programas. La primera tiene que ver con la definición de programa. A partir del reconocimiento del papel de los actores como sujetos activos (planificadores, gestores, usuarios), un “... programa se transforma así en una matriz de interrelaciones entre una diversidad de actores cuyas acciones y sus consecuencias constituyen el programa propiamente dicho”(POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006, p. 81). Este reconocimiento sobre el papel de los sujetos hace que el programa se considere “un objeto en transformación”. A su vez la evaluación, que también está integrada por acciones y actores tiene un potencial de transformación del programa.

Otra implicación de la concepción realista crítica es su énfasis en los procesos por medio de los cuales se obtienen las transformaciones y por lo tanto entra en “la caja negra” del programa. “La cuestión de saber cómo se produce, se reproduce y se transforma un problema, o sea, cuales mecanismos y acciones se desarrollan para que se llegue a un evento problemático se torna crucial y substituye la simple identificación de las causas de un problema dado”(POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006, p. 82).

Existe también una implicación metodológica. “Una concepción realista crítica sobrepasa la lógica idealista ya que postula la existencia de mecanismos concretos, por lo tanto, la acción no se reduce a la percepción que tienen de ella los actores; la evaluación tiene como papel iluminar esos mecanismos más allá de la representación que tienen de ellos los actores implicados. Esa concepción también sobrepasa la lógica positivista dado que los mecanismos en juego pueden ser continuamente reorientados por los actores

implicados”.(POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006, p. 82). En este sentido se revela la importancia de los estudios de caso para la observación de cambios inducidos por el programa y la utilidad de los grupos comparativos y de las comparaciones endógenas a través del tiempo. Se destaca también el papel de la teoría como instrumento de evaluación ya que permite la comparación de eventos observados y modelados y eventos teóricamente plausibles teniendo en cuenta modelos existentes. “La generalización de esta forma tiene un sentido teórico y praxiológico más que un significado estadístico y la evaluación contribuye para el cruzamiento del valor predictivo de los modelos con la teoría además de informar localmente la acción bajo observación”(POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006, p. 83).

#### 4.4.4 Análisis de implementación

La evaluación o análisis de implementación es un tipo de investigación evaluativa(CHAMPAGNE F et al., 2011). Se diferencia de la Evaluación normativa en que intenta buscar las razones por las cuales existe una diferencia entre lo planeado y lo ejecutado. “El análisis de implementación es particularmente importante cuando la intervención analizada es compleja y compuesta de elementos secuenciales sobre los cuales el contexto puede interactuar de diferentes maneras” (CHAMPAGNE F et al., 2011, p. 60).

Existen varios métodos para hacer análisis de la implementación de un programa que tienen énfasis o significados diferente(LOVE A, 2004). La evaluación formativa se usa para mejorar el programa durante la fase de desarrollo del mismo. La evaluación de proceso analiza qué tanto se diferencian los servicios producidos de los planeados. La evaluación descriptiva hace una extensa y detallada descripción del programa y se diferencia de la anterior en que la evaluación de proceso permite extraer conclusiones evaluativas de la diferencia entre lo planeado y lo ejecutado. El monitoreo de desempeño se refiere al seguimiento de la intervención a través de indicadores e información administrativa y finalmente, el análisis de implementación se ocupa de los cambios de la intervención durante su implementación en el mundo real (influencia del contexto).

Por lo tanto, podemos decir que el análisis de implementación es un tipo de evaluación formativa, de proceso, que responde a las siguientes preguntas(CHAMPAGNE F et al., 2011, p. 60):

- a) cómo explicar la transformación de la intervención en el tiempo;

- b) cuál es la influencia del medio de implementación sobre el grado de implementación de una intervención?;
- c) de qué manera las variaciones en la intervención influyen los efectos observados?;
- d) cuál es la contribución de cada uno de los componentes del programa en la producción de los efectos?;
- e) cuál es la influencia de la intervención entre el medio de implementación y la intervención sobre los efectos observados?

En síntesis, el análisis de implementación estudia las relaciones entre una intervención y su contexto durante la implementación (CHAMPAGNE F et al., 2011). Por esta razón, se diferencia de las evaluaciones de resultados o impacto que se basan en el modelo de la “caja negra” en la cual se indagan los efectos de una intervención sin preocuparse por la forma en que se da ese resultado. Es decir, la intervención es tratada como una variable dicotómica (ausencia o presencia de la intervención) y como una entidad homogénea cuyas fronteras, contenido y los diferentes componentes son definidos con facilidad (CHAMPAGNE F et al., 2011, p. 218). El modelo de caja negra puede llevar a equívocos ya que, por ejemplo, un resultado negativo podría deberse a problemas de implementación y no a la intervención por sí misma.

Para la superación del modelo de “caja negra”, Love (LOVE A, 2004) propone el paradigma de “caja transparente” para la evaluación de programas. “El paradigma de caja transparente adopta una perspectiva de sistemas ecológicos en el que se anida el programa [tecnología] dentro del contexto de la organización y ambos, el programa y la organización, están embebidos dentro del ambiente más amplio” (LOVE A, 2004, p. 65).

Para Love (LOVE A, 2004, p. 64), El análisis de implementación se usa para diferentes propósitos:

- a) ayudar activamente en el diseño de los programas;
- b) alcanzar excelencia validando los modelos de los programas y sus resultados;
- c) generar información permanentemente que asegure que la implementación del programa sea exitosa;
- d) proveer retroalimentación rápida acerca de la operación y sus resultados que guie la evolución del programa;

- e) demostrar el valor de los programas implementados a quienes financian y al público en general.

Desde el punto de vista metodológico para la selección de métodos y técnicas para la evaluación de implementación, Love (LOVE A, 2004) utiliza un abordaje en dos pasos. El primer paso es aplicar el modo cronológico de desarrollo del programa con el que se describe su ciclo de vida (LOVE A, 2004, p. 67). Se identifican cuatro estadios relevantes: medición de necesidades y factibilidad; planeación y diseño del programa; ejecución del programa y, mejoramiento del programa. Varias preguntas orientadoras de la evaluación se pueden hacer en cada una de estas fases. El segundo paso consiste en proponer los métodos más apropiados para la evaluación en cada estadio (Cuadro 5) siendo que la fase de ejecución del programa es considerada “el corazón de la evaluación de implementación” (LOVE A, 2004, p. 80).

Cuadro 5 Métodos usados en el análisis de implementación según estadio del programa

ESTADIO DEL PROGRAMA	MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN
<b>Evaluación de necesidades y factibilidad del programa</b>	Revisión de investigaciones en implementación. Entrevistas a informantes clave sobre factores de implementación.
<b>Planeación y diseño del programa</b>	Modelos lógicos del programa Resumen ejecutivo del programa Jerarquía de resultados
<b>Ejecución del programa</b>	Análisis de cobertura Análisis de componentes del programa Formatos y reportes del programa Estudio de caso
<b>Mejoramiento del programa</b>	Rutas de atención en el programa (flujograma de actividades clave) Retroalimentación del cliente

Fuente: Basado en Love (2004, p. 70)

Sin embargo, a pesar de que Love (2004) ofrece una metodología para la descripción del programa durante su ejecución, no permite profundizar en las distintas interacciones entre los componentes e involucrados en el programa. Como se mencionó en el numeral anterior (4.4.3), tanto el modelo lógico como el flujograma son producto de una concepción realista empírica de la evaluación de programas en el que el programa se asume como un “objeto

natural” que por lo tanto se puede modelar. Sin embargo, esta visión tiene su limitación justamente cuando se pretende involucrar en el análisis a los distintos actores y sus intereses(POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006, p. 70). De otro lado, tampoco se entiende aquí al programa exclusivamente como una “representación social” (ya que “los modelos y representaciones que forman el nivel empírico son contingentes y socialmente producidos”(POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006, p. 79)) y por lo tanto, no se busca “alcanzar una representación consensuada entre los principales actores involucrados”(POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006, p. 74).

Por lo tanto, se asume explícitamente una postura desde el realismo crítico, en el que el programa es una “matriz de interrelaciones entre una diversidad de actores cuyas acciones y sus consecuencias constituyen el programa propiamente dicho”(POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006, p. 81). El programa se considera entonces un “evento” o “acontecimiento” (segundo nivel ontológico o actual, según lo mencionado antes), entendiéndose que “no son objetos como tal sino consecuencias de la conjunción de uno o varios objetos reales por medio de mecanismos causales”(POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006, p. 79). Por lo tanto, desde esta perspectiva, “el papel de la evaluación no se limita a asociar un programa con la modificación de un problema; consiste, también, en alimentar los modelos y las teorías de los actores referentes al conjunto de mecanismos en juego en la situación focalizada”(POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006, p. 81). Por lo tanto, desde el punto de vista metodológico en evaluación, esta perspectiva implica:

- a) entender el programa como objeto en transformación (matriz de interrelaciones entre varios actores);
- b) hacer énfasis en los procesos por medio de los cuales los eventos se transforman (entra en la caja negra del programa);
- c) iluminar los mecanismos concretos por medio de los cuales se realizan los cambios o transformaciones más allá de las representaciones que tienen los actores.

Una de las ventajas de los análisis de implementación es que aumentan el potencial de generalización de las investigaciones evaluativas y de este modo su validez externa (CHAMPAGNE F et al., 2011). “El análisis de implementación consiste justamente en especificar el conjunto de factores que influyen los resultados obtenidos después de la introducción de una intervención”(DENIS JL; CHAMPAGNE F, 1997).



#### 4.5 EVALUACIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

La importancia de la Evaluación de propuestas de Promoción de la Salud no sólo se ha expresado en espacios internacionales. Ha sido también un interés palpable en el caso colombiano (DE SALAZAR, 2009a; DE SALAZAR et al., 2003; ESCOBAR, 2001; GÓMEZ A; GONZÁLEZ, 2004). El debate sobre la Promoción de la Salud está inmerso en una trama de tensiones que van desde la concepción de la Promoción, pasando por las tensiones acerca del “método” hasta las presiones neoliberales por la reducción del estado y posibles usos de la evaluación con este propósito.

Lo cierto es que existe una intensa actividad alrededor de esta discusión (MCQUEEN, 2000; POTVIN; RICHARD, 2001; RUTTEN, 2001; WHO EUROPEAN WORKING GROUP, 1998), que se ha centrado en la búsqueda de “bases científicas” para la práctica de la Promoción de la Salud. Y en este sentido, las prácticas evaluativas de los programas de Promoción de la Salud pueden aportar algunos elementos. En relación con las bases científicas en el tema de la Promoción de la Salud, es importante resaltar que evaluación y prueba científica son términos diferentes, aunque esta última pueda ser resultado de la evaluación. Mientras que evaluación se refiere a valoración – como se dijo antes- la prueba científica implica una noción de causalidad y en Promoción de la salud este concepto es difícil de sostener, por lo menos en términos de causalidad lineal.

Existen prácticas que no se encuadran dentro del saber en salud pública convencional. Ideales, como el empoderamiento y la participación social, se han incorporado a las prácticas en salud desde su formulación en la Carta de Ottawa (POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006). Adicionalmente se han introducido nuevos conceptos que definen una práctica renovada y renovadora: acción intersectorial, democratización de las decisiones y la idea que las propuestas en salud no deben venir unidireccionalmente desde los especialistas, sino que deben ser soluciones “progresivamente construidas y negociadas”. “Los nuevos enfoques programados de acción con, en lugar de sobre las comunidades, proponen, de ese modo, un cambio de paradigma en el plano de las prácticas planificadoras de los actores públicos, invitándolos a poner en práctica acciones de alianza participativa basadas en la

negociación de los objetivos y de los medios para implementarlos” (POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006, p. 76).

Las prácticas en Promoción de la Salud pertenecen a un paradigma diferente y no circunscrito al modelo biomédico, “un modelo o marco de lógica distinta necesita desarrollarse para cada área de intervención de Promoción de la salud”(MCQUEEN, 2000, p. 11). En este sentido, se ha planteado una crítica al uso de la epidemiología clásica como instrumento para la constitución de la base científica en Promoción de la Salud debido a que esta última se mueve en un campo más amplio, el campo de la vida, partiendo de presupuestos de salud desde un punto de vista integral. No habría consistencia metodológica si se plantea una actividad en Promoción de la Salud y se evalúa con indicadores negativos de enfermedad(COLOMER CONCHA; ALVAREZ DARDET CARLOS, 2001, p. 42). “Los indicadores tradicionales cuantitativos de salud como los de morbilidad, tienen grandes limitaciones para medir aspectos como capacidad de actuación de una comunidad o de soporte social, por lo que la evaluación debe enfocarse en el “por qué” y no sólo en el “qué”, “cuanto” y el “cómo” “. (RESTREPO H; MÁLAGA H, 2001, p. 216).

Las intervenciones en Promoción de la Salud se pueden clasificar como intervenciones complejas. Este tipo de intervenciones tienen las siguientes características(CHAMPAGNE F et al., 2011, p. 49):

- a) multiplicidad de finalidades;
- b) relaciones de autoridad difusas;
- c) varias actividades, con diversos actores interdependientes que actúan con lógicas diferentes;
- d) no hay un horizonte temporal definido;
- e) marcada influencia del contexto con una dinámica permanente de “auto-reorganización”;
- f) múltiples niveles de análisis;
- g) relaciones causales complejas.

Por esta razón, no es pertinente aplicar diseños experimentales en la metodología evaluativa de intervenciones complejas(CHAMPAGNE F et al., 2011; DE SALAZAR, 2009b)ya que la intervención no se puede aislar de su contexto y no se puede estandarizar, al mismo tiempo que desvía el interés por otros métodos para la evaluación de resultados y procesos. Además, los cambios, para el caso de las intervenciones en promoción de la salud,

se relacionan más con la construcción de capacidad individual, colectiva e institucional para responder a los problemas de salud y sus determinantes(DE SALAZAR, 2009b, p. 110). Por lo tanto, para su evaluación se recomienda un abordaje holístico (CHAMPAGNE F et al., 2011, p. 54).

De este modo habría que reconceptualizar el concepto de “base científica” en el contexto de intervenciones complejas, especialmente comunitarias, ya que las reglas existentes para obtención de base científica a menudo se basan en las intervenciones relativamente sencillas que demuestran relación lineal de causa-efecto(MCQUEEN, 2000, p. 18).

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DE ESTUDIO

Teniendo en cuenta el tipo de investigación evaluativa que se usó (análisis de implementación) y, dado que la Estrategia se encontraba en fase de ejecución se hizo un estudio de caso. “El método de estudio de caso es el que mejor se adecúa al análisis de implementación” (CHAMPAGNE et al., 2011, p. 60 -traducción libre-). Siguiendo la propuesta de Denis y Champagne(1997), Champagne et al (2011)y Martinson-O`Brien (2010)se hizo un estudio de caso único.

Los estudios de caso se usan con frecuencia para analizar la implementación de un programa y su variación en relación con lo planeado cuando se pone en marcha su ejecución en un contexto determinado.

El trabajo de campo, en cuanto a las entrevistas y grupos focales, se realizó durante el segundo semestre del 2012 y el primer semestre del 2013 ya que coincide con el proceso de transformación de la estrategia “Enfamilia-APS”. El análisis documental consideró información previa con el fin de reconstruir la historia de la Estrategia y las transformaciones de la propuesta, particularmente entre el 2011 y 2012. El proceso investigativo se suspendió y, por lo tanto, el análisis y la discusión de dicha información fueron retomados después con el fin de cerrar el proceso de formación doctoral. Con este fin, se actualizaron algunos datos con base en información documental. No obstante, es importante aclarar que el contexto institucional, así como las tensiones identificadas permanecen en el tiempo de modo que el material recogido y el análisis realizado en cuanto a las tensiones identificadas permanece vigente.

### 5.2 MUESTREO, CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN PARTICIPANTES

- a) se hizo un muestreo intencional(FLICK U, 2009; MARTINSON K; O`BRIEN C, 2010, p. 171);
- b) criterios de inclusión: actores claves del nivel directivo y operativo que hayan acompañado el proceso de formulación y ejecución de la Estrategia; beneficiarios del Programa de Salud de la Universidad de Antioquia que hubiesen sido incluidos en la Estrategia y que hubiesen participado de la fase de interacción;
- c) criterios de exclusión: beneficiarios menores de edad; actores del nivel directivo y operativo con poco tiempo de experiencia en la Estrategia (menos de un año).

d) Población del estudio: actores del nivel directivo: se refiere a las personas directamente relacionadas con la dirección del Programa de Salud -PSU y de la IPS Universitaria (prestador de servicios de salud contratado por el PSU):

- actores gestores de la Estrategia “Enfamilia-APS”: se refiere a las personas con responsabilidad en el direccionamiento de la estrategia y coordinación del Talento Humano de la misma;
- actores del nivel operativo de la Estrategia: se refiere a los promotores-as de salud; son profesionales de distintas disciplinas (nutrición, educación física, psicología, trabajo social, medicina, ingeniería ambiental, danza, artes plásticas, dinámica familiar, etc.) que diseñan y ejecutan las actividades y acompañan los afiliados que participan de la Estrategia;
- usuarios de la Estrategia Enfamilia-APS: se refiere a los afiliados al PSU que participan de las actividades de la Estrategia Enfamilia en sus distintas Redes de Apoyo. Son, en los términos, clásicos, los beneficiarios.

### 5.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se usaron las siguientes técnicas:

- a) Análisis documental (documentos teóricos y estratégicos de la Estrategia, actas de reunión del comité coordinador, etc.) (Tabla 1);

Tabla 1 Tipo y cantidad de información documental analizada

TIPO DE DOCUMENTO	N ro.
Informes de actividades Enfamilia-APS	4
Actas de compromiso Programa de Salud - Enfamilia	8
Documentos históricos/conceptuales de la Estrategia	4
Relatorías de reuniones académicas	4
Archivos Excel de gestión IPS	6
Presentaciones en Power Point	6
Actas de reuniones equipo de evaluación	1
Informes de gestión del Programa de Salud	3
Informes de gestión de la IPS Universitaria	3
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>

Fuente: Elaboración propia

- b) entrevistas semiestructuradas: las entrevistas semiestructuradas se reservaron para los actores del nivel directivo del PSU y los gestores de la Estrategia “Enfamilia-APS”. La razón de lo anterior era la necesidad de profundizar en algunos aspectos del contexto institucional y de las interacciones entre actores, sobre las cuales a veces es difícil referirse en encuentros grupales. Debido a que se trataba de directivos y de gestores de instancias diferentes (aunque relacionadas como se mostró en la figura 4 sobre dependencia jerárquica de la Estrategia “Enfamilia-APS”), se consideró más adecuado entrevistarlos por separado para que las eventuales tensiones pudiesen aparecer más fácilmente;
- c) grupos focales: en cuanto a los grupos focales se buscó que su conformación pudiese iluminar de mejor manera el tema de la implementación. En ese sentido, se realizaron grupos focales con los promotores por cada componente de redes de apoyo (estilos de vida saludable, arte y lúdica para la salud, cuidados de la salud, orientación familiar, entornos saludables; 5 grupos focales en total) pero también se realizaron grupos focales así: con los líderes de los componentes (1 grupo focal), con el equipo de evaluación (1 grupo focal) y con los líderes de cada uno de los momentos de la atención de la Estrategia “Enfamilia-APS” (convocatoria y diagnóstico, interacción, redes de apoyo y monitoreo; 1 grupo focal en total);
- d) grupos focales con usuarios: se realizó un grupo focal por cada uno de los siguientes grupos de Redes de Apoyo: “Yo también” (componente orientación familiar), “Al ritmo de tu corazón” (componente cuidados de la salud), “Familias más activas” (componente estilos de vida saludable), huertas caseras (componente entornos saludables) y finalmente un grupo focal con participantes de las actividades de la Estrategia “Enfamilia-APS” en general, para un total de 5 grupos focales.

El número de participantes por cada una de las técnicas utilizadas puede verse en la Tabla 2.

Tabla 2 Tipo de actividad y número de participantes en el análisis de implementación

TIPO DE PARTICIPANTE	ENTREVISTAS		GRUPOS FOCALES / TECNICAS INTERACTIVAS		TOTAL PARTICIPANTES
	Nro.	Participantes	Nro.	Participantes	
Directivos/Gestores-as	7	7	2	11	23
Promotores-as	0	0	6	37	37
Usuarios-as	0	0	5	32	32
<b>TOTALES</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>80</b>	<b>92</b>

Fuente: Elaboración propia

Durante las entrevistas (semiestructuradas) con el nivel directivo/operativo, se indagaron los siguientes asuntos sobre la Estrategia “Enfamilia-APS”:

- a) qué busca/pretende la Estrategia;
- b) cuál(es) es(son) el(los) cambio(s) deseado(s)?
- c) cómo cree usted que la Estrategia contribuye al cambio(s) deseado(s)?
- d) cuáles son las fortalezas/debilidades de la Estrategia?

Durante el grupo focal (dirigido a los usuarios):

- a) qué expectativas/qué se espera de la Estrategia?;
- b) cuáles son los cambios que le atribuyen a la Estrategia?;
- c) cuáles son los beneficios/efectos nocivos que usted le atribuye a la Estrategia?;
- d) qué fortalezas/debilidades encuentra en la Estrategia?

#### 5.4 RIESGOS/BENEFICIOS PARA LOS PARTICIPANTES

Se identificó y gestionó el riesgo de incomodidad del entrevistado al momento de hacer algunas preguntas personales durante las entrevistas o durante los grupos focales.

Como beneficios se identificó el mayor entendimiento de la Estrategia y propuestas de mejoramiento de la intervención.

#### 5.5 METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se hizo transcripción de las entrevistas y los grupos focales. Tanto en el análisis documental como en las entrevistas se hizo codificación abierta a partir lo dicho por los distintos actores y tomando como código aquella palabra que reflejara mejor el tema referido por aquellos. La categorización se realizó agrupando los códigos de acuerdo a su afinidad y teniendo en cuenta también las preguntas de las entrevistas semiestructuradas y de los grupos focales ya que orientaban hacia determinados aspectos de la Estrategia “En familia-APS”. El procesamiento de la información se realizó mediante el uso del software Atlas ti –licencia personal- (Cuadro 6).

Cuadro 6 Categorías, códigos axiales y códigos abiertos. Análisis implementación.

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>CÓDIGOS ABIERTOS</b>
<b>MODELO DE ATENCIÓN</b>	Integralidad
	Modelo educativo
	Educación
	Interdisciplinariedad
	Grupos de apoyo
	Visitas domiciliarias
	Enfoque familiar
	Salud Mental
<b>MODELO DE GESTIÓN</b>	Proceso de transformación
	Relación SALUDA/IPS/En familia
	Orígenes de la Estrategia
<b>BASES CONCEPTUALES</b>	APS
	Promoción y prevención
<b>MODELO EVALUATIVO</b>	Formatos/ registros
	Bitácoras
	Evaluación

Fuente: Elaboración propia

Adicionalmente, para el análisis se hizo triangulación (FLICK U, 2009) de información administrativa, entrevistas y documentos conceptuales alrededor de la teoría del programa y de los cambios esperados.



## 6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con el artículo 11 de la resolución No. 008430 Del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud(COLOMBIA., 1993), la presente se consideró una investigación con riesgo mínimo (literal b) debido a que se basa tanto en fuentes de información secundaria (fichas familiares y archivo documental y electrónico) como en entrevistas a informantes clave a los que se les preservó su identidad tanto en la transcripción de la entrevista como en la publicación de los resultados.

Las entrevistas fueron transcritas y almacenadas en archivos digitales, pero sólo pocas personas tuvieron acceso a dicha información (una auxiliar en la transcripción con quien se hizo previamente un compromiso de sigilo, el investigador y la orientadora).

Durante todo el tiempo del proyecto de investigación el material se ha mantenido en archivo, incluso más de 5 años como fue la orientación inicial, de acuerdo con la Resolución 196/96 y orientaciones del Comité de Ética en Pesquisa de la Escuela Nacional de Salud Pública (CEP/ENSP) de la Fiocruz.

La base de datos sólo se usó para los objetivos planteados en la investigación y en ningún momento se divulgó o divulgará la identidad de quienes estaban registrados en ella.

Los resultados serán divulgados en charlas dirigidas al público participante, informes individuales para los entrevistados, artículos científicos y en esta tesis de doctorado.

Para la obtención del consentimiento informado se hizo una presentación del investigador y las instituciones participantes, se explicaron los objetivos de la investigación, las razones para haber sido invitado(a) a participar, las condiciones de confidencialidad de la información, así como el carácter voluntario de su participación. Se informó la duración aproximada de la entrevista y la posibilidad de retirarse de la investigación en cualquier momento, lo cual no se presentó. Se informó sobre los mecanismos previstos de difusión de los resultados de la investigación. Se procedió a la lectura y firma de cada una de las páginas del consentimiento informado. Se entregó una copia al (a) participante con los datos de contacto del investigador y de los Comité de Ética correspondientes tanto de la Fiocruz como en la Universidad de Antioquia. Ya fueron descritos los riesgos/beneficios para los participantes en el apartado anterior.

Para la obtención del aval institucional, el proyecto fue discutido con la coordinación de la Estrategia “Enfamilia-APS” y fue aprobado el apoyo a la investigación, así como el acceso a la información de las fichas familiares, datos administrativos de cobertura de la

Estrategia, gestión de información en el programa de salud de la Universidad de Antioquia en relación con cobertura de algunos programas de promoción y prevención, datos de hospitalización y complicaciones médicas.

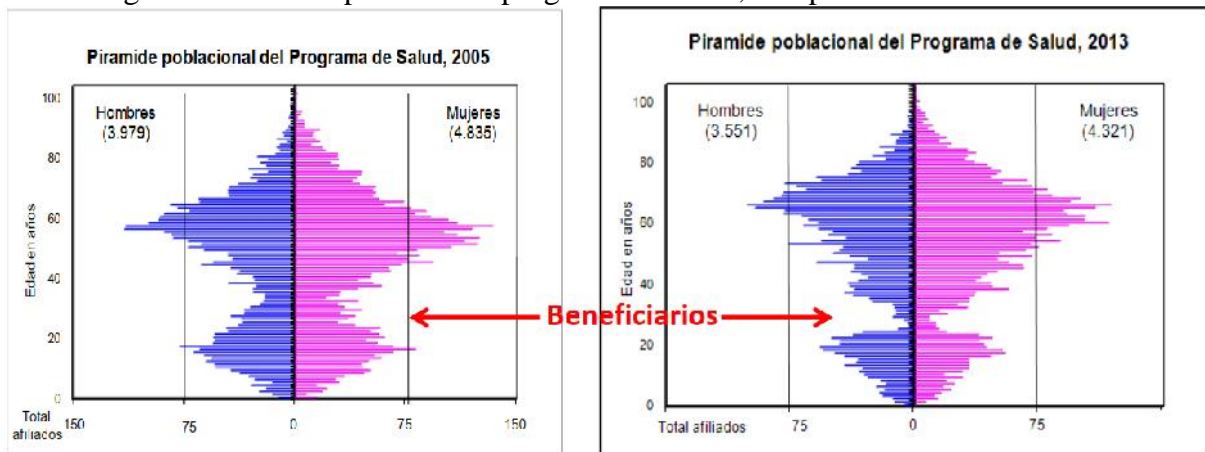
Esta investigación fue autorizada mediante concepto Nro. 118.405 (CAAE N.º: 04598312.6.0000.5240) del CEP de la ENSP.

## 7 RESULTADOS

### 7.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN AFILIADA

Antes de pasar a los aspectos relativos a la Estrategia “Enfamilia-APS” es importante dar una mirada a la estructura demográfica de la población afiliada al Programa de Salud (PSU) (Figura 5).

Figura 5. Pirámide poblacional programa de salud, comparación 2005-2013





Fuente: Programa de Salud (2014)

Como puede observarse en la figura anterior, en el año 2013 el PSU tenía 7872 afiliados cuya estructura demográfica mostraba una tendencia al envejecimiento de la población siendo que para ese año el 67% de dicha población eran mayores de 45 años. La población joven que aparece corresponde principalmente a los beneficiarios, es decir, cónyuges e hijos de los cotizantes, ya que el PSU como régimen especial tiene restricciones para afiliar población nueva, pudiendo sólo afiliar como cotizantes a quienes sean empleados de carrera de la Universidad de Antioquia (empleados y docentes vinculados por concurso. No es posible afiliar a docentes de cátedra ni a contratistas). Según informe del Programa de Salud(2016), a diciembre del año 2015, el 40% de la población correspondía a beneficiarios.

En cuanto a la morbilidad, llama la atención que del total de afiliados para el 2013 aproximadamente el 45% tiene al menos un diagnóstico de una enfermedad crónica como hipertensión, diabetes, dislipidemia, hipotiroidismo o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (IPS UNIVERSITARIA, 2014). A continuación, en la tabla 3 se presenta información más detallada al respecto.

Tabla 3. Número y proporción afiliados diagnósticos de ECNT según sexo y patología

Diagnostico	No. Pacientes diagnosticados	Sexo		Pacientes mayores de 45 años con Dx 2013	
				No.	% del total de ptes dx
Pacientes Hipertensos	1.611	42,6% (686)	57,4% (925)	1.577	97%
Pacientes Diabéticos	406	48,3% (196)	51,7% (210)	397	97%
Pacientes con Dislipidemia	1.007	39,2% (395)	60,8% (612)	887	88%
Pacientes con hipotiroidismo	820	17,2% (141)	82,8% (679)	701	85%
<b>TOTAL DIAGNOSTICOS</b>	<b>3.844</b>	<b>36% (1.418)</b>	<b>63% (2426)</b>	<b>3.562</b>	<b>92%</b>

Fuente: (IPS UNIVERSITARIA, 2014)

Según el informe realizado por la IPS Universitaria en relación con la población afiliada al PSU y atendida en dicha institución en 2013, el 45% de los afiliados (aprox 3500) tenían al menos uno de los diagnósticos de los mencionados en el párrafo anterior (IPS UNIVERSITARIA, 2014), distribuidos así: 84,4% sólo tenían una patología diagnosticada, 14,5% tenían dos patologías y el 1,1% tenían 3 patologías. El hecho de que en un mismo paciente se diagnostiquen dos o tres patologías explica que en la tabla 3 el número de diagnósticos sea mayor a la población diagnosticada. Dicha tabla permite ver además que la gran mayoría de estos diagnósticos están concentrados en la población mayor de 45 años (92%).

## 7.2 DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA “ENFAMILIA-APS”

A partir de las entrevistas y la revisión documental se realiza la descripción de la Estrategia que se presentará a continuación. En el siguiente cuadro (cuadro 7) se hace una síntesis de las categorías recomendadas por (LOVE A, 2004) para la descripción de un programa:

Cuadro 7 Síntesis aspectos claves para la descripción de “Enfamilia-APS”

ASPECTOS CLAVES DESCRIPCION DEL PROGRAMA	DESCRIPCION DEL CONTENIDO DE DICHS ASPECTOS PARA EL CASO DE “ENFAMILIA-APS”
<b>Necesidad o problema</b>	Promover salud más integral. Menos morbicéntrica y hospitalocéntrica.
<b>Publico-objetivo</b>	Cotizantes del PSU y sus beneficiarios: 7800 personas aprox (4200 cotizantes y 3600 familiares) en 2013.
<b>Racionalidad del programa</b>	Programa de Promoción de la Salud. En los documentos de la Estrategia se denomina estrategia de Atención Primaria en Salud
<b>Origen e historia del programa</b>	Convocatoria a las dependencias de la universidad (Facultades, Escuelas e Institutos) para la elaboración de propuestas en salud. Plan de desarrollo rectoral 2006-2009.
<b>Misión del programa y principales objetivos</b>	Promover la adquisición de conocimientos y desarrollo de habilidades para tomar decisiones saludables.
<b>Plan de evaluación del programa</b>	Análisis de cobertura Análisis de componentes de la Estrategia Formatos y reportes del programa. Estudio de caso
<b>Evaluación de necesidades y factibilidad</b>	Revisión de investigaciones en implementación. Entrevistas a informantes clave sobre factores de implementación.
<b>Planeación y diseño del programa</b>	Modelos lógicos de la Estrategia. Resumen ejecutivo de la Estrategia. Jerarquía de resultados
<b>Ejecución del programa</b>	Ver ‘modelo de atención’ y ‘modelo de gestión’
<b>Mejoramiento del programa</b>	Rutas de atención en la Estrategia (flujograma de actividades clave) Retroalimentación del cliente
<b>Principales actividades y componentes</b>	Proceso de atención: Convocatoria y diagnóstico familiar, Interacción, Redes de apoyo, Monitoreo y evaluación.
<b>Flujograma del programa</b>	Ver en ‘Modelo de atención’
<b>Modelo lógico</b>	Ver en sección de discusión
<b>Estructura organizacional</b>	Ver figura 4
<b>Coordinación y Talento Humano</b>	Ver descripción y Tabla 4
<b>Recursos económicos</b>	Aproximadamente PPP USD 670.000 (2013) <sup>4</sup>
<b>Plan de implementación del programa</b>	Hasta el año 2011 2260 familias. En el momento del análisis de implementación se tenía la meta de incorporar 250 familias por semestre

<sup>4</sup>Según Programa de Salud (2016) entre el 2004 y el 2014, se invirtieron COP\$15.416'000.000 pesos constantes de 2015 siendo que \$1.072'000.000 pesos se invirtieron en el año 2013 (correspondientes a USD 670.000 PPP de ese año). Llevando aquel valor a pesos del año 2020 correspondería a \$1.350'00.000 pesos aproximadamente (correspondiente a PPP USD 590.000). Los cálculos para traer el valor de la inversión a pesos de 2020 se hicieron usando calculadora de inflación del peso colombiano del siguiente enlace: <https://www.dineroentiempo.com/peso-colombiano?valor=1072000000&ano1=2013&ano2=2020>). Para calcular los valores en dólares según paridad del poder adquisitivo (PPP por sus siglas en inglés: Purchaser Power Parity) se usó el índice Big Mac en el siguiente enlace: <https://www.economist.com/big-mac-index>

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión documental y entrevistas y basado en sugerido por:(LOVE A, 2004, p. 77)

### 7.2.1 Estructura organizacional de la Estrategia “En familia-APS”

Como se comentó, la Estrategia “En familia-APS”, hace parte del Programa de Salud que depende del departamento de Seguridad Social de la Vicerrectoría Administrativa de la Universidad de Antioquia. Funcionalmente cuenta con:

- a) equipo coordinador: integrado por los responsables de cada uno de los procesos de la estrategia: coordinación general, responsable de convocatoria y diagnóstico, responsable de interacción, responsable de Salud al Trabajo, responsable de redes sociales, responsable de la unidad de medios y comunicaciones, responsable de las comunicaciones internas, responsable de sistemas de información y los responsables de cada uno de los componentes de redes: arte y lúdica para la salud, cuidados de la salud, entornos saludables, estilos de vida saludables y orientación familiar. Las funciones de este equipo van dirigidas al direccionamiento técnico de los diferentes frentes, a la cohesión del proceso y por tanto a la responsabilidad técnica de la estrategia desde una perspectiva interdisciplinar;
- b) equipo operativo: integrado por todos los profesionales, estudiantes y personal de apoyo que interactúan en cada una de las acciones con las familias del Programa. Sus funciones van encaminadas a responder por el desarrollo de las acciones de la estrategia de APS del Programa de Salud.

### 7.2.2 Coordinación y recursos humanos de la Estrategia “En familia-APS”

Para la época del trabajo de campo de esta investigación, la ejecución de la Estrategia fue contratada con la Facultad de Comunicación Social de la Universidad de Antioquia y su administración estaba en cabeza de la Jefa del Centro de Investigación y Extensión de la misma Facultad. Adicionalmente, existe una coordinación general de la Estrategia encargada del diseño y la implementación de la Estrategia que se discute con el equipo coordinador.

En la época del estudio había 312 personas con vínculos con el Estrategia “En familia-APS” distribuidas de la siguiente manera: 177 profesionales contratados (con dedicación de tiempo variable) en las distintas fases del proceso de atención de la Estrategia “En familia-APS” incluyendo la convocatoria, la interacción, las redes de apoyo, el equipo coordinador, así como en los ejes transversales de sistemas de información y comunicación. Adicionalmente 16 profesores de distintas unidades académicas de la Universidad (13 unidades académicas)

servían de asesores metodológico-conceptuales y además orientaban las prácticas académicas de 115 estudiantes de diferentes disciplinas (enfermería, química farmacéutica, psicología, comunicaciones, etc.). Pero no sólo participaban 13 unidades académicas de la Universidad de Antioquia ya que 5 instituciones académicas externas prestaban su apoyo al Proyecto (p.e el programa de dinámica familiar de una Institución de Educación Superior de la ciudad). Ver Tabla 4.

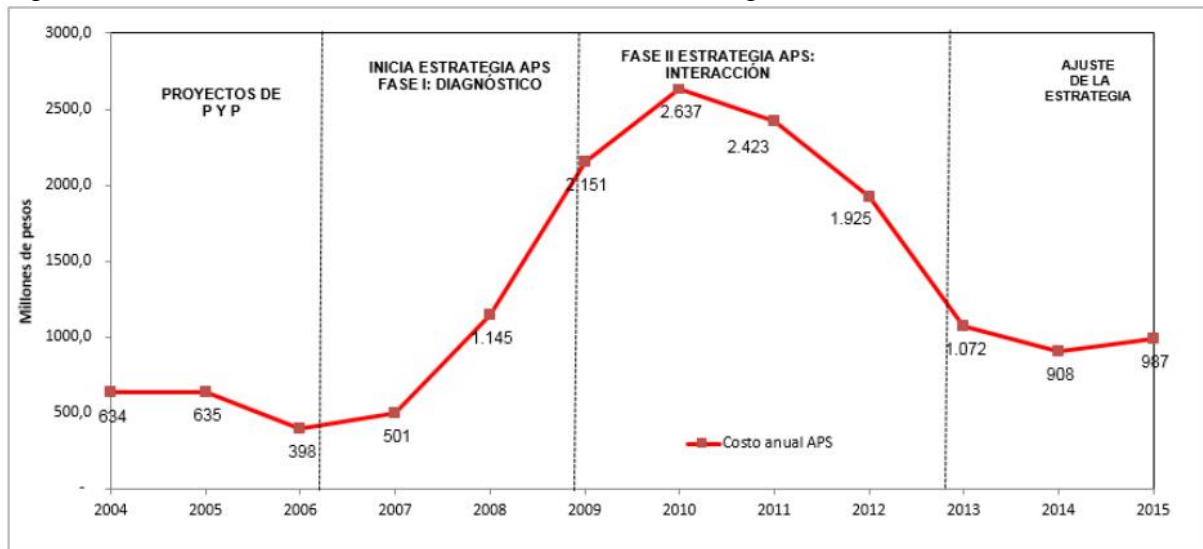
Tabla 4 Tipo y número de participantes en el equipo de trabajo.

Tipo de participante	Número
Personas contratadas	312
Profesores vinculados al Programa	16
Profesionales vinculados al Programa	177
Estudiantes vinculados al Programa	115
Auxiliares vinculados al Programa	4
Dependencias académicas de la Universidad participantes	13
Dependencias académicas externas a la Universidad participantes	5
Dependencias administrativas de la Universidad participantes	2

Fuente: Elaboración propia a partir de archivo electrónico de la Estrategia.

### 7.2.3 Recursos económicos de la Estrategia “En familia-APS”

En el informe de rendición de cuentas correspondiente al año 2015, el Programa de Salud de la Universidad de Antioquia hizo el cálculo del dinero invertido en la Estrategia “En familia-APS” para un período de más de 10 años (entre 2004 y 2015) indicando además los períodos por los que pasó dicha Estrategia (Figura 6).

Figura 6 Evolución de los recursos invertidos en la estrategia “Enfamilia-APS” 2004-2014<sup>5</sup>

Fuente: Programa de Salud (2016)

Para el año 2013, que corresponde al período del trabajo de campo de este estudio, se puede observar que los recursos ya venían disminuyendo de forma significativa si se tiene en cuenta que la población potencialmente beneficiaria no varió de manera importante en el mismo período de tiempo. Como veremos, esto explica en gran parte el proceso de transformación de la Estrategia “Enfamilia-APS” como veremos en el apartado sobre el proceso de gestión (7.2.1).

Para tener una perspectiva del monto de esta inversión en el contexto del presupuesto del Programa de Salud, es importante anotar que según el mencionado informe, de los recursos captados por el Programa por concepto de cotizaciones, cerca del 3% se invertían en la Estrategia “Enfamilia-APS” (PROGRAMA DE SALUD -SALUDA; UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, 2016).

Para ampliar un poco más la comprensión del uso de los recursos en el Programa de Salud (PSU) para la época del trabajo de campo de esta tesis, se presenta a continuación la distribución porcentual de los aportes (cotizaciones) recaudados (Cuadro 8).

<sup>5</sup>Cálculos realizados en pesos constantes de 2015.



Cuadro 8. Distribución aportes recaudados por el PSU

<b>DISTRIBUCIÓN APORTES (COTIZACIONES) DEL PSU</b>
<b>15% aprox. Fondo Patrimonial de Seguridad Social<sup>a</sup></b>
<b>6% aprox Promoción y Prevención<sup>b</sup></b>
<b>5% aprox Gastos Administrativos<sup>c</sup></b>
<b>4% Incapacidades de Ley<sup>d</sup></b>
<b>1.5% del IBC para solidaridad<sup>e</sup></b>
<b>63.5% Prestación de Servicios de Salud.</b>

Fuente: Modificado de Programa de Salud (2014b)

<sup>a</sup> El Fondo Patrimonial es un ahorro que hace el PSU para períodos de crisis.

<sup>b</sup> El rubro de Promoción y prevención financia las actividades obligatorias según Resolución 412 de 2000 (ya comentada) y financia la Estrategia “Enfamilia-APS” (cerca del 3% para el año 2013 según Programa de Salud, 2016)

<sup>c</sup> Los gastos administrativos se refieren a los costos de operación del PSU

<sup>d</sup> Las EAPB, y el PSU como una de ellas, deben pagar las incapacidades médicas por enfermedad general y maternidad.

<sup>e</sup> IBC: Ingreso Base de Cotización. Este 1,5% sobre el IBC (salario) va al ADRES como solidaridad para contribuir en la financiación del Régimen Subsidiado.

Como puede observarse, la mayor parte de los recursos recaudados por el PSU se invierten en la prestación de servicios de salud, es decir, en la parte asistencial de atención a la enfermedad, mientras que sólo cerca del 6% se invierte en actividades de Promoción y Prevención que, como ya se comentó, se orientan sobre todo a actividades preventivas obligatorias según la normatividad vigente.

### 7.3 CATEGORÍA ‘MODELO DE GESTIÓN’ DE LA ESTRATEGIA

#### 7.3.1 Proceso de transformación de la Estrategia “Enfamilia-APS”

##### 7.3.1.1 Orígenes del proceso de transformación

La necesidad de transformación de la estrategia surge porque en 2010-2 se cerró la etapa de diagnóstico de Enfamilia y porque se planteaba un recorte de presupuesto en el proceso de negociación con el Programa de Salud.

Ya en 2010 los líderes habían identificado que el trabajo por líneas era insuficiente. El primer paso para integrar las líneas eran las visitas extra-líneas. Esto hizo que para 2011-1 se pensara en una estrategia que permitiera interactuar con las líneas.

En 2010-2 no hubo convocatoria de diagnóstico y estaba la necesidad de pensarse un modelo que no saliera tan costoso porque la proyección del presupuesto de Enfamilia venía en ascenso.

Para el 2011-1 se sabía que definitivamente el modelo se tenía que reestructurar financieramente y además porque ya había familias que ese semestre terminaban todo su recorrido en la Estrategia.

La estrategia estaba mostrando sus límites: ¿Qué iba a pasar con las familias una vez rotaran por las seis líneas de interacción o decidieran no seguir participando en las otras líneas porque no les interesaba?

Se vio que la figura de padrino/madrina<sup>6</sup> estaba generando cierta dependencia en las familias para que éstos les resolvieran algunos trámites administrativos en la IPS o el Programa. Se empieza a ver la necesidad de cambiar este rol.

Uno de los motivos de la transformación era la necesidad de lograr mayor empoderamiento de las familias. Lo que se buscaba con esa transformación era "empoderar a las personas de su proceso de salud y enfermedad a partir de la interacción con otros".

El proceso de transformación se hace en la transición del 2010-2 al 2011-1. La propuesta del nuevo modelo y del componente de redes fue un proceso de construcción colectiva.

El proceso de transformación requería que el modelo fuera más dinámico permitiendo mayor movilidad de las familias dentro del mismo (para cuando terminaran las líneas de interacción) y una alternativa para familias que tuvieran casos especiales y requirieran acompañamiento cercano.

Hubo un cambio sustancial porque se pasó de hacer visitas a trabajar en Redes de Apoyo. La idea inicial era que la fase de interacción (que duraría aprox. 1 año) se centraría más en asuntos de prevención de la enfermedad y de prevención de factores de riesgo y que la etapa de redes se centraría más en un asunto de factores protectores. La idea era que interacción estaría más centrada en identificar las necesidades de las familias, a trabajar más desde la prevención.

Dentro de los temas que se identificaron para trabajar en la reestructuración fueron: interdisciplinariedad, intersectorialidad, redes y participación. Eran como cuatro objetivos

---

<sup>6</sup>La figura de padrino/madrina se usó en un momento del Programa, antes de la transformación, y se refería al promotor (profesional del equipo) que se asignaba a una familia para que acompañara el proceso.

específicos fuertes. Además, los temas para adecuar la estrategia a la población, pe, adultos mayores y enfermedades crónicas. Se vio la necesidad de una coordinación académica.

En las discusiones sobre el nuevo modelo estaba la conciencia de que las familias deberían ser acompañadas a partir de sus vulnerabilidades particulares. Esto fue lo que luego se llamó "interacción especial".

El grupo de interacción especial trabaja con familias que no se pueden desplazar por su condición de salud o social; familias nuevas a las que hay que hacerles un diagnóstico inicial y familias que necesitan una intervención especial.

Se vio la necesidad de un instrumento distinto a partir del reconocimiento de la necesidad de trabajo interdisciplinario. Era necesario un instrumento que integrara todo. De cada uno de los perfiles de las temáticas de las líneas, de las capacitaciones, etc.

Las visitas están estructuradas con diagnóstico, monitoreo y evaluación, y casi desde la primera visita se observa la incorporación de cambios y recomendaciones.

En relación con las visitas y las redes, se plantea que no es que una sea más importante que las otras, sino que se complementan y se adecúan a diferentes momentos dentro de la evolución del ciclo familiar.

#### 7.3.1.2 Efectos del proceso de transformación

Ahora que las Redes son la mayor parte de Enfamilia y que no todos los miembros de la familia pueden pertenecer, se plantea incluso la validez del nombre de la Estrategia "Enfamilia" luego de la transformación. "Ya se perdió un poco el sentido "familiar" del proceso. Se conserva a través del boletín y de la réplica que hacen los participantes en las familias".

Otro cambio con el proceso de transformación ha sido la evaluación. Antes se registraban las respuestas en un instrumento y se veía el cambio. Ahora eso se registra en las bitácoras a través de la observación constante. "La transformación afectó la evaluación. Con las visitas se podían constatar los cambios. En las redes se hace a partir de lo que cuentan los participantes". "Los cambios en los participantes se observan en su discurso, lo que ellos cuentan que han incorporado y en su participación activa en los grupos".

Con el proceso de transformación se ganó un acompañamiento más frecuente a las personas. Antes se hacían tres visitas por semestre a las familias. Ahora se hacen encuentros semanales. Es importante tener en cuenta que el foco es diferente: antes era la familia y la

ficha era familiar. Ahora el trabajo es grupal y así mismo el seguimiento. “Con los cambios del proceso, hay una evolución muy significativa y los impactos son cada vez más transversales y profundos, más longitudinales en las personas”.

Existían algunos cuestionamientos a la nueva propuesta: el hecho de dejar de visitar tantas familias, la participación de las familias en las redes a partir de su propia iniciativa y cómo era que un profesional iba a hablar de los temas de un profesional de otro campo.

No obstante, el nuevo modelo (2011) no sugería nada nuevo en cuanto al quehacer, al saber hacer, en las metodologías. En las visitas lo que cambiaba era que había que pensar en un trabajo interdisciplinario. Antes en las visitas cada profesional que iba hablaba desde su área. Con la transformación, el profesional que visitaba la familia tenía que dar cuenta de la información de las otras profesiones. Adicionalmente, con la transformación en los grupos hay que integrarlo todo. “La transformación de Enfamilia no implica que haya empeorado o mejorado. La estrategia sigue ofreciendo diferentes alternativas para diferentes miembros de la familia”. “Ha habido un gran proceso de empoderamiento de las familias con el proceso. Su participación ha consolidado el proceso”. “¿Qué se dificulta? Que el Programa de Salud ya no permite que estén los que no sean ni cotizantes ni beneficiarios del programa, entonces ahí sí cada quien que pueda asistir tiene que encargarse de hacer la difusión de lo que aprende”.

A pesar de que el proceso ha abierto grupos en los que se puede participar con miembros de la familia que no hacen parte del programa de salud, se ha sentido en las familias la restricción administrativa. Además, con el cambio hubo muchas personas que quedaron por fuera por problemas de disponibilidad horaria. “Se le dio la oportunidad a la persona de que tomara su decisión de asistir, de compartir con otras personas y de adquirir nuevos conocimientos de una manera diferente, pero creo que con el cambio hubo muchas personas que quedaron por fuera”.

Se comenta que la transformación en Redes ahorra costos porque es más costoso trasladar un promotor a una casa.

Sin embargo, ahorita se empiezan a percibir como los huecos donde quedan familias como sin atender. Entonces ahí es donde está la gran debilidad en este momento; esas familias que no pueden asistir a Redes, que son visitadas ya muy poco, ahí es donde está el bache en este momento.

### 7.3.2 Relación Programa de Salud – IPS- Estrategia “Enfamilia-APS”

En cuanto a la relación del Programa de Salud con la IPS universitaria y el Proyecto Enfamilia, se hicieron evidentes varios aspectos. En este punto es importante volver a insistir en la diferencia entre estas tres instancias. El Programa de Salud asume las funciones del asegurador y es quien contrata tanto la IPS universitaria como la Estrategia Enfamilia para la atención de las personas beneficiarias. No obstante, en ambos casos, se contratan actividades de Promoción y Prevención para la población afiliada.

Mire lo que pasa es que lo de ley lo tenemos establecido con la IPS Universitaria dentro de los convenios promoción y prevención es algo que le debemos garantizar a nuestros usuarios, lo cual está contratado con la IPS Universitaria, quien es su mayor prestador y nos presta todos los servicios a nosotros, y las actividades que tenemos de promoción [en Enfamilia] es como una estrategia adicional, con servicios adicionales que le prestamos a nuestros usuarios, cierto, son cosas adicionales que no están pues dentro del todo.

En relación con las actividades desarrolladas por Enfamilia y la IPS Universitaria, los gestores identifican diferencias en cuanto al modelo de atención y finalidades de estas dos instancias dando un énfasis más educativo a Enfamilia mientras que la IPS Universitaria se encargaría más de la atención propiamente dicha.

En este sentido es importante llamar la atención sobre el énfasis clínico individual que se da en la IPS Universitaria y que es reconocido por los gestores a pesar de también ofrecer actividades de Promoción y Prevención enmarcadas dentro de los programas reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 412 de 2000.

...ellos [Enfamilia] están más desde el punto de vista educativo, más que intervenir, mientras que nosotros somos, obviamente, quienes intervenimos en la situación propiamente, entonces son dos versiones diferentes, pero no apuntamos a objetivos distintos, apuntamos al mismo objetivo, son complementarias.

El análisis de las relaciones entre el Programa de Salud, la IPS universitaria y la Estrategia Enfamilia, desde la perspectiva de los gestores, ofrecen la posibilidad de conocer algunas dinámicas y develar algunas situaciones problemáticas.

Por un lado, por parte de la IPS universitaria, se reconoce el trabajo comprometido de los funcionarios de Enfamilia y se llega a afirmar que no se han presentado dificultades en su relacionamiento, aunque se hayan presentado algunos impases en cuanto a la disponibilidad

de agendas para los usuarios remitidos. En este sentido se reconoce que, de todas maneras, no siempre es fácil coordinar “todo un equipo” de trabajo. Se afirma que el afán de Enfamilia de resolver las problemáticas de los usuarios de forma rápida, que “busca un ideal”, se enfrenta a la disponibilidad de agendas en la IPS y que es necesario la búsqueda de un “punto de equilibrio” para las dos partes.

Porque hay veces, en términos digamos de la economía, de los recursos, hay que hacer ciertos ajustes y buscar pues como el punto de equilibrio, para que sea una forma como muy razonable entre las dos partes, pero yo digo que no hemos tenido dificultades, de pronto a veces, en el día a día, usted sabe que articular todo un equipo, puede tener sus dificultades.

No obstante, para otro gestor, la relación de la IPS Universitaria con la Estrategia Enfamilia ha sido difícil debido fundamentalmente al modelo de contratación. En este punto es importante aclarar que el contrato que establece el Programa de Salud con la IPS es por capitación, lo cual implica que se recibe un monto anual por la atención de un determinado número de usuarios.

“P: ¿usted cómo evalúa el trabajo de Enfamilia?, porque mencionaba ahora que estaba Enfamilia y la IPS, en este momento ¿hay articulación o no hay articulación?  
R: No, entre ellos no hay articulación”

“Que pasa ahora, hemos tenido dificultad porque no hay una muy buena interrelación entre el programa Enfamilia con IPS universitaria, pues por el modelo de contratación”

Para comprender un poco mejor el impacto del tipo de contratación en la articulación entre la IPS Universitaria y la Estrategia Enfamilia es importante analizar el tema de la demanda inducida. Los procesos de inducción de la demanda se establecen para, como su nombre lo indica, incentivar el uso de determinados servicios de atención que las personas no buscan de manera espontánea. Típicamente la inducción a la demanda se realiza en usuarios sanos para que consulten a los programas de PyP. No obstante, también se incluye dentro de este concepto, las remisiones que hacen los funcionarios de la Estrategia Enfamilia, de los usuarios que ellos identifican con algunas necesidades de atención en salud como es el caso de las consultas de nutrición, de psicología y algunos especialistas. En este último caso, pese a la remisión por parte de Enfamilia, los usuarios deben “pasar el filtro” del médico general para evaluar “si cumple los criterios de remisión a especialista”.

En el caso de las citas de psicología, los gestores de la IPS Universitaria son claros al afirmar que no existen “citas preferenciales” para los usuarios de Enfamilia, aunque se intenta dar prioridad a estos usuarios. Por otro lado, los usuarios remitidos a los programas de PyP se

citan para el ingreso, asignándoles día y hora. La asistencia a estas citas depende de los usuarios.

Así, desde la perspectiva de un gestor la conclusión es tajante:

...si Enfamilia hace la demanda inducida, la IPS me la frena por el tipo de contratación, es por ese tipo de contratación que es donde yo veo que está el problema, porque si vos por cápita decís: yo te tengo que atender a vos 8000 mil usuarios, esa cápita tiene un costo, si ellos empiezan a hacer una demanda inducida exagerada en teoría financieramente se acaba esa cápita, entonces ese es el problema, entonces lo que queremos es quitar esa cápita, y vamos a hacer el modelo [de atención en salud familiar], es lo que tratamos de hacer.

#### 7.4 CATEGORÍA ‘MODELO DE ATENCIÓN’ DE LA ESTRATEGIA

El Modelo de Atención se refiere a la forma en que se organizan los programas, servicios y actividades que se prestan a la población afiliada. Dichos programas, servicios y actividades incluyen los servicios de salud convencionales, pero también otras acciones que propenden por el bienestar individual y colectivo de la población. La formulación y estructuración de un modelo de atención descansa sobre la concepción que se tenga del proceso salud/enfermedad tanto desde la perspectiva individual como colectiva. En este apartado se hará mención exclusivamente al modelo de atención que asume la Estrategia “Enfamilia-APS” entendiéndose que el Programa de Salud -PSU contrata la atención de primer nivel con la IPS Universitaria y allí opera otro modelo que no es objeto de este estudio.

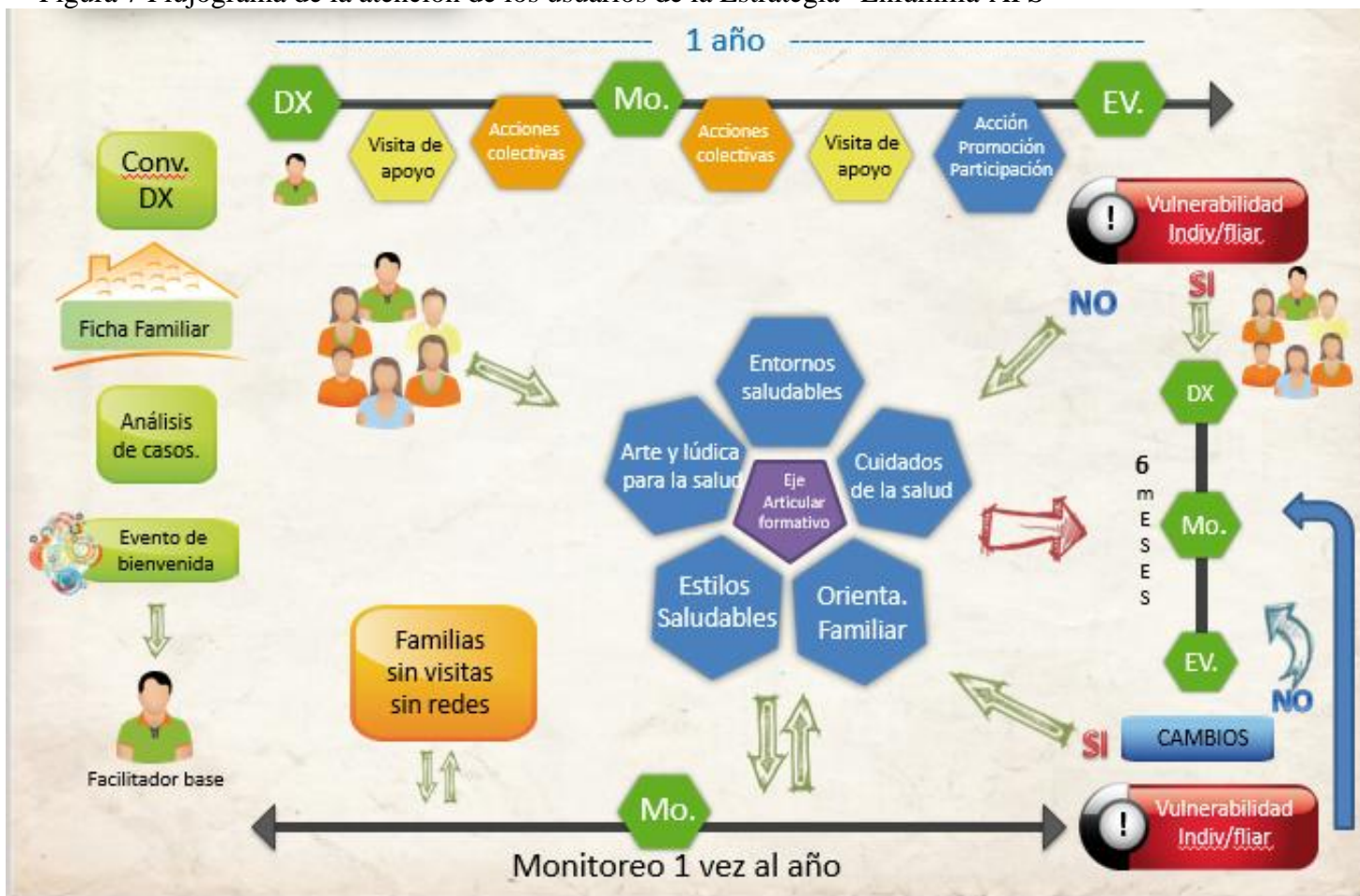
##### 7.4.1 Proceso de atención

El proceso con las familias del Programa de Salud dentro de la estrategia de Atención Primaria en Salud cuenta con cuatro momentos: Convocatoria y diagnóstico, Interacción, Redes de apoyo (grupos socioeducativos, grupos socio terapéuticos y grupos de ayuda mutua) y Monitoreo.

Adicionalmente existen tres ejes transversales: componente de sistemas de información, componente de comunicaciones y el componente de evaluación.

La convocatoria es un momento puntual dentro del proceso. Las familias del Programa son convocadas e ingresan al Programa donde se desarrolla con ellas un proceso diagnóstico completo de sus condiciones de vida. Los diferentes momentos de interacción con las familias se convierten en espacios diagnósticos permanentes que modifican las rutas de interacción con ellas (ver figura 7).

Figura 7 Flujo de la atención de los usuarios de la Estrategia “Enfamilia-APS”



Fuente: (ESTRATEGIA ENFAMILIA-APS, 2012a)



#### 7.4.1.1 Convocatoria y diagnóstico familiar

Este momento está pensado para las familias del Programa de Salud que ingresan como nuevas a la Estrategia “Enfamilia”. Esta etapa del proceso se realiza cada semestre según la proyección de nuevas familias que puede abarcar la Estrategia, concertada con el Programa de Salud y teniendo en cuenta la disponibilidad de recurso humano, la infraestructura y por ende los recursos económicos disponibles semestralmente. La meta es vincular el mayor número posible de las familias del Programa a la Estrategia de Atención Primaria en Salud respetando la decisión cuando no desean ingresar a la Estrategia.

Las familias que aún no participan de la Estrategia podrán ingresar a ella en cualquiera de las convocatorias que semestralmente o anualmente se defina para la vinculación de nuevas familias. No existe ningún criterio de selección de las familias, pero se deben inscribir para pertenecer al proceso.

La convocatoria a las familias se realiza mediante información en medios internos (publicación de convocatoria en la revista salud, portal salud, suplemento Alma Mater), referidos por las familias que ya participan de la Estrategia, llamadas telefónicas, preinscripción (familias que ya han manifestado interés en pertenecer al proceso), campañas en diferentes espacios de la Universidad y envío de la convocatoria a las bases de datos de empleados y jubilados de cada Dependencia de la Universidad:

- a) visita diagnóstica: antes de visitar a la familia se le realiza una llamada telefónica en los días anteriores a la cita pactada para confirmar la visita. A cada familia la visita un promotor de la salud (estudiante de enfermería de últimos semestres). Durante la visita se realizan las siguientes actividades:
  - encuadre;
  - aplicación de instrumentos (historia familiar con familiograma, Apgar familiar y ecomapa);
  - interacciones inmediatas (remisión a programas de Promoción y Prevención – demanda inducida-, asesorías puntuales, utilización de medicamentos);
  - explicación del proceso que sigue.
- b) Análisis de cada caso familiar: una vez realizada la visita, los promotores realizan una presentación de cada una de sus familias al grupo de líderes del proceso, en la que recomiendan el perfil del profesional que debe acompañar a la familia durante la etapa de interacción. Luego del análisis, los promotores que realizan la visita junto con los líderes de las diferentes disciplinas definen la ruta de interacción más apropiada según

las necesidades sentidas y las necesidades detectadas en la familia. Quincenalmente los promotores de salud que realizan las visitas diagnósticas presentan los casos de cada familia ante el comité técnico que finalmente evalúa el caso y define una ruta de interacción durante un año para cada familia que busca impactar sus necesidades más sentidas por medio de una serie de visitas y de acciones prácticas (talleres lúdicos y reflexivos en temas de salud). El comité técnico de análisis de casos es un grupo interdisciplinar que está integrado por el líder del proceso de convocatoria y diagnóstico y el líder de sistemas de información de la Estrategia “Enfamilia-APS”, además de profesionales de diferentes áreas como nutrición, salud oral, enfermería, actividad física y dinámica familiar.

#### 7.4.1.2 Interacción

La interacción está orientada a realizar un proceso de acercamiento, educación y preparación para posteriormente dar el paso a las Redes de Apoyo del componente de redes, donde las familias de la Estrategia tienen la posibilidad de escoger, de acuerdo a sus necesidades y preferencias, la ruta a seguir en el proceso, a partir de una oferta variada de actividades que les permite nuevas maneras de aprender, encontrarse y divertirse. La ruta de interacción, planteada para tener un año de duración, tiene los siguientes componentes: visita de apoyo, visita de educación, remisiones y demanda inducida, visita de monitoreo, acciones prácticas, acción de atención y participación y, finalmente, visita de evaluación. Cada uno de estos momentos se explicará a continuación:

- a) visitas de apoyo: este es el momento donde se definen unas acciones más específicas de interacción con la familia y que apuntan a potenciar y mejorar un área específica, previamente concertada con la familia. Las áreas de trabajo en las que las familias participan según sus necesidades son: Nutrición, Actividad Física, Cuidados de la Salud, Salud Oral, Dinámica Familiar y Vivienda Saludable. El proceso a seguir se enmarca en las siguientes acciones, ofrecidas de acuerdo a las necesidades particulares de cada familia en el área específica:
  - acción diagnóstica específica por familia: como se mencionó, ya la familia ha sido visitada por un promotor y se ha llenado la ficha familiar. Ahora, es el momento en que los distintos profesionales de la Estrategia (promotores de base) tienen su primer contacto con la familia. Consiste en una visita familiar

donde se interactúa con los integrantes para explicarles el proceso a seguir, se escuchan las sugerencias y expectativas de cada uno, se trabajan algunas áreas problemáticas y se concreta un plan de trabajo específico. Los instrumentos que se aplican en esta visita son: instrumento diagnóstico (sobre conocimientos, actitudes y prácticas en varias áreas) y plan de trabajo. diario de campo. Cada familia tiene un promotor de base que hace el acompañamiento. Adicionalmente están los promotores de apoyo, que son los integrantes de equipo interdisciplinario que ayudan según las necesidades de las familias;

- acción de monitoreo por familia: es una segunda visita a la familia por parte del promotor de base con el propósito de hacerle seguimiento al proceso, evaluar el cumplimiento de las tareas del plan de trabajo. Los instrumentos que se aplican en esta segunda visita son: plan de trabajo e instrumento de monitoreo.
- acciones prácticas por grupos de familias: las familias tienen la posibilidad de participar en dos actividades prácticas por año. Estas acciones se desarrollan en dos espacios intermedios: entre la visita diagnóstica y la visita de monitoreo, y entre la visita de monitoreo y la visita final de evaluación. Las acciones planteadas son: talleres reflexivos, talleres prácticos, salidas, prácticas por área, entre otras.

En relación con las visitas domiciliarias se señalan algunas ventajas y desventajas. Por ejemplo, se afirma que el espacio de la visita domiciliaria es importante porque hay personas que no se pueden desplazar a las actividades programadas por las Redes de Apoyo debido a problemas de salud, económicos, o sociales. Además, en la visita se observan cosas que no se pueden ver en las Redes de Apoyo, p.e es un espacio privilegiado para observar la dinámica familiar, lo relacional, cómo se acomodan espacialmente. Adicionalmente, en las visitas se daba la posibilidad de diálogo entre los diferentes actores de la familia alrededor del tema. Por otro lado, hay personas que tienen la necesidad de que los visiten, porque aún no tienen convicción para participar en Redes de Apoyo (p.e actividad física) o por sus características individuales (estructura psicológica). Ya que la metodología de la visita es diferente de la de las Redes de Apoyo, los mismos temas movilizan cosas

diferentes cuando se está con la familia en el hogar y cuando estoy en un grupo. En este último hay una tendencia a ser receptores. Del mismo modo, las visitas permiten aproximar más los temas al nivel de la familia e incluso sirven para hacerle llegar un mensaje, p.e nutricional, a un miembro particular de la familia y de individualizar las recomendaciones.

Un aspecto importante que se destaca es que antes se hacían las visitas domiciliarias con todo el grupo familiar e incluso asistían otros familiares que no convivían en la misma casa e incluso vecinos, por lo tanto, la cobertura de las actividades era mayor. En cuanto a las desventajas de la visita familiar se señala que en las visitas es más difícil alcanzar el objetivo propuesto porque las visitas son espaciadas y se plantea que el compromiso por parte de los usuarios puede ser menor comparado cuando se hace parte de un grupo de apoyo. Finalmente, se plantea como dificultad que haya familias que no pueden asistir a los grupos y que tampoco se visitan;

- b) remisiones<sup>7</sup> – demanda inducida: con el propósito de responder integralmente a las necesidades de las familias, y teniendo en cuenta las fronteras hasta donde llega la Estrategia de Atención Primaria en Salud del Programa de Salud, los integrantes de las familias son remitidos según sus necesidades a Programas de Promoción y Prevención y a las instituciones que requiera. En cuanto a los Programas de Promoción y Prevención de la IPS Universitaria se remiten a los afiliados al Programa de Salud, pues son quienes tienen el derecho a este servicio. De igual forma se informa a los otros integrantes de la familia sobre la existencia de Programas de Promoción y Prevención a los que tienen derecho en sus respectivas EPS;
- c) acción de Promoción y Participación: en este último componente de las interacciones de la Estrategia de APS del Programa de Salud, se encuentran las acciones lideradas por el Programa que van dirigidas a las familias participantes de la Estrategia de APS que se encuentran en la etapa de interacción. Estas acciones tienen como objetivo, preparar y estimular el paso a las redes de apoyo promoviendo habilidades para la participación. Es así como estas acciones prácticas también entran a ser parte del plan de trabajo o ruta de interacción concertada con

---

<sup>7</sup> En portugués el término más genérico para este numeral sería “encaminhamentos”

las familias y que se desarrolla con cada una de ellas dentro de la Estrategia. Se cuenta con estas acciones para realizar un proceso integral, para tener una mirada amplia de la familia que permita atender los distintos frentes donde ésta requiere un proceso de interacción. Al hacer parte del plan de trabajo de las familias, estas acciones conllevan un seguimiento;

- d) evaluación: una vez culminado el tiempo que se planeó con la familia en su ruta de trabajo, se hace una evaluación del proceso de la familia durante el año, en el que tienen en cuenta las áreas abordadas, los impactos generados, el compromiso de la familia en el proceso y se propone a las familias integrarse a una red de apoyo según sus necesidades o preferencias. En casos particulares, cuando se presente alguna problemática familiar (consumo de drogas, violencia familiar, problemas de comunicación, etc.) se ofrece una interacción especial con un profesional adecuado y enfocado al manejo de la situación problemática durante 6 meses más. Durante este periodo también puede ser necesario remitir la familia o a alguno de sus integrantes, a una institución especializada con la que se tiene relación. Los instrumentos que se aplican en esta visita de evaluación son: instrumento de evaluación y encuesta de percepción de todo el proceso de la Estrategia APS, el plan de trabajo concertado y el diario de campo.

#### 7.4.1.3 Redes de apoyo

Las Redes de apoyo buscan propiciar espacios de participación y autogestión con los participantes del programa para la toma de decisiones saludables, a través de la consolidación de grupos de aprendizaje que apunten al mejoramiento de la calidad de vida de sus integrantes.

Son cinco componentes: arte y lúdica para la salud, entornos saludables, cuidados de la salud, orientación familiar y estilos de vida saludables. Cada componente tiene diversas Redes de Apoyo como puede verse en el Cuadro 9.

Cuadro 9 Componentes y Redes de Apoyo estrategia “Enfamilia-APS”

COMPONENTES	REDES DE APOYO
<b>Arte y lúdica para la salud</b>	Adornos para el hogar Folclor Paño Lency Teatro adultos Rumba aeróbica Tejidos Teatro jóvenes Baile popular Pintura madera Pintura en tela Baile de parejas
<b>Estilos de vida saludables</b>	Familias más activas Caminantes Relajación
<b>Entornos saludables</b>	Huertas Granjas sostenibles Artesanitos
<b>Cuidados de la salud</b>	Recetarios Al ritmo de tu corazón Aires de cambio Tranquilamente (estrés) Positivamente (depresión)
<b>Orientación familiar</b>	Yo también Eduquemos con amor Enlazados (familias unipersonales) Gente con sentido (adicciones) Emparejados Finanzas

Fuente: (ESTRATEGIA ENFAMILIA-APS, 2012b)

De acuerdo con el documento base de transformación de Enfamilia: “Todos tienen en común un eje articulador formativo que promueve: la autoestima, la identidad de grupo, el proyecto de vida, el autocuidado, la autogestión, la participación, el empoderamiento, la

integración familiar y social y las habilidades sociales como la comunicación asertiva, la escucha activa, el trabajo en equipo y la mediación de conflictos”:

- a) antecedentes de las Redes de Apoyo: Con la transformación hubo un cambio total: se pasó de visitas a trabajar en Redes de Apoyo. En el año 2010 existían 8 grupos de redes: cuatro de danza, tres de teatro y uno de Familias más activas y luego de la transformación en el 2012 este número aumento casi 10 veces. La oferta de Redes se hizo a partir de un análisis de todo lo que se había encontrado en el proceso, en las familias, y qué se les podía ofrecer desde un enfoque de salud. Se hicieron unos diagnósticos rápidos participativos, tanto con los promotores como con las familias, para identificar las temáticas a ser priorizadas en las redes;
- b) conceptualización de las Redes de Apoyo: las Redes son un espacio de acompañamiento a los usuarios para la modificación de sus hábitos. En redes tienen la oportunidad de poner en práctica el conocimiento. En redes vienen y aplican los conocimientos y se generan ganancias porque conocen otras cosas. En Redes se trabaja mucho las relaciones interpersonales. El compromiso con los procesos es mayor por compromiso consigo mismo y con los demás. En los grupos las personas pueden expresar lo que han vivido, cómo se han sentido, pueden obtener opiniones de los demás y ha dado buenos resultados. Las Redes pueden ser el único espacio de apoyo y de socialización (fuera de la familia) que tienen algunas personas para compartir con otros. Las Redes son mucho más oportunas porque las personas que las buscan tienen una demanda propia. Ya que se iba a trabajar desde la promoción, en las redes se intentó mantener un equivalente de lo que eran las líneas. Viviendas saludables quedó como entornos saludables; dinámica familiar quedó como orientación familiar; cuidados de la salud quedaba igual.

Existen dos clases de grupos: los socio terapéuticos y los socioeducativos. Se percataron que el grupo de cuidados de la salud era un grupo socio terapéutico, que trabajaba con personas que ya tenían la enfermedad. Por esta razón se piensa que se aborda más la prevención mientras que en los otros grupos se trabaja más la promoción de la salud. Los grupos socioeducativos son Redes de Apoyo, reflexivos. No se le hace una terapia completa al paciente. Las redes de pacientes son efectivas porque el paciente le cree más al que tiene y sufre la misma

enfermedad aun reconociendo la importancia del médico. El paciente me puede decir cómo manejar mi enfermedad en el día a día sin necesidad del súper experto. El talento humano no está preparado para esto. Para un gestor, la etapa de redes se vio como la solución al asunto financiero ya que era más barato que estar visitando las familias. De la misma manera, se comenta que la transformación en Redes ahorra costos porque es más costoso trasladar un promotor a una casa;

- c) resultados de las Redes de Apoyo: se promovieron las redes como el nuevo modelo de interacción de la Estrategia con varias implicaciones: se disminuían las visitas familiares, las personas tenían que venir a los encuentros de las redes, interactuar con otras personas y se restringe para quienes fueran afiliados al Programa de Salud de la U de A. Dentro de los efectos generales de las Redes de Apoyo se señala que los grupos elevan la autoestima porque las personas se sienten importantes para el grupo; el crecimiento a nivel emocional y la madurez que adquieren las personas cuando vienen a los grupos para relacionarse y para interactuar a nivel de familia y a nivel de sociedad; al interior de los grupos se tejen lazos, se fortalecen vínculos; ayudan a la superación de duelos, mejoran la vida social, las relaciones interpersonales, se conoce gente nueva. “Los vínculos han sido maravillosos, o sea, el charlar, el conocer cada cosa y cada experiencia a mí me parece muy importante”. También se relata que los vínculos son los que han ayudado a que las personas sean constantes en la asistencia a los grupos porque a veces uno puede ser la persona menos motivada para hacer actividad física. “Los grupos le levantan a uno el ánimo para participar en las actividades, lo cual es muy importante”. “Me costaba mucho adquirir el hábito de hacer alguna actividad física. Me invitaron al grupo de rumba y me ha ayudado mucho. Estoy haciendo algo que me ayuda mucho y de forma divertida. A mí me ha ayudado muchísimo”. Uno de los aspectos que más se destacan del trabajo en las Redes de Apoyo es que en ellos se fortalece la comunicación y las personas se ayudan mutuamente. “...que ella tuviera el mismo problema, si no peor, del que yo tengo, a mí me movió las entrañas porque de verdad digo yo, entregar una experiencia así es hacer crecer a otro, como yo salí adelante”. “En el grupo "eduquemos con amor", era muy importante compartir con otros papás y no sentirse sólo”. “Yo no tengo otro lugar para desahogarme que no sea el grupo”.



## 7.4.2 Aspectos emergentes en la categoría ‘modelo de atención’

### 7.4.2.1 Interdisciplinariedad

De acuerdo con los funcionarios (líderes y promotores de la Estrategia) la interdisciplinariedad implica un esfuerzo de “relacionarlo todo”, permitiendo el abordaje de un tema desde diferentes frentes. Para ellos, la idea de interdisciplinariedad implica la presencia de varios profesionales de diversas disciplinas durante las sesiones donde cada profesional es responsable de su propia área. Según los relatos, el trabajo interdisciplinar es transversal desde el diseño hasta la evaluación de las actividades. Se inicia desde la planeación con la definición del tema, el objetivo y la metodología a utilizar. Esta planeación se realiza al principio del semestre con todo el equipo, donde se proponen las temáticas y se asignan las fechas. Además, siempre hay una reunión de planeación antes de cada sesión independiente de la planeación al principio del semestre. A pesar de tener estos espacios de planeación e interacción de los profesionales en las actividades de las Redes de Apoyo, los funcionarios opinan que “se podría intensificar más el trabajo interdisciplinar, se podría integrar un poco más. Por ahora hay ‘momentos aislados’”. Según los funcionarios el trabajo con compañeros de otras profesiones es enriquecedor tanto para los promotores como para los participantes. Como grupo interdisciplinario hay reuniones para trabajar las temáticas y para enseñarles a los otros compañeros promotores sobre el tema. Primero hay “un conocimiento entre los profesionales” para después hablarle a las personas de los grupos. Por lo tanto, a partir del trabajo interdisciplinario los profesionales aprenden de los colegas y por eso tienen elementos de otras profesiones, lo cual les permite aproximarse a los usuarios con más propiedad. Incluso, en algunas actividades interdisciplinarias los profesionales responden preguntas de otros campos disciplinares aun estando presente el profesional específico de dicho campo. Refieren también que, con este tipo de trabajo, los profesionales aprenden sobre comunicación, respeto por el otro, a hablar con menos tecnicismos, etc. Inclusive, resaltan que los conocimientos adquiridos en el trabajo interdisciplinario se pueden aplicar a la propia vida de los profesionales además de ser una forma de ejemplificar en la práctica uno de los objetivos de la Estrategia, el de la creación de habilidades sociales. Durante la sesión cada profesional hace su aporte alrededor de un mismo tema. Lo que cada uno dice debe estar relacionado. Por ejemplo, cada uno de los profesionales analiza la enfermedad desde su campo. Todos se articulan en la misma temática. Para los funcionarios de la Estrategia, el

trabajo interdisciplinario ayuda a lograr cambios hacia un estilo de vida más saludable ya que para lograrlo “se requiere trabajar de manera integrada y no desde una sólo área [profesión]”. En este sentido, este trabajo permite no sólo el apoyo dentro del componente sino a otros componentes de “Enfamilia-APS”. Para estos funcionarios, los pacientes valoran mucho la presencia simultánea de varios profesionales en las sesiones porque “se puede preguntar de todo”. Según criterio de los promotores, los logros de “Enfamilia-APS” se atribuyen, entre otros, al trabajo colaborativo o en equipo entre los profesionales lo que posibilita pedir apoyo según necesidades puntuales. Además, según ellos, una función de los promotores es detectar la necesidad de asesorías de otros profesionales.

No obstante, lo anterior, se detectan algunas dificultades para el trabajo interdisciplinar. Por ejemplo, al principio los profesionales tenían dificultad para entender que hacían parte de una misma área que hablaba sobre temáticas diversas. Además, se cuestiona si realmente hay trabajo interdisciplinario si cada profesional “habla desde su lenguaje” sin un momento en que se unifiquen los discursos. También se comenta que una dificultad inicial era los profesionales “se metieran” en un campo considerado propio de otro profesional. Los profesionales relatan que al comienzo hubo un poco de rechazo a las actividades interdisciplinarias por parte de los usuarios porque se entendía que “quitaban el tiempo para los proyectos propios de los grupos”. Se piensa que la interdisciplinariedad es más difícil cuando los grupos tienen “una línea clara” como en el caso de los grupos de arte y lúdica. Incluso, en concepto de otros profesionales, “aún no se ha logrado la interdisciplinariedad” ya que en ese caso se plantearían actividades donde la gente no sintiera que le “quitan tiempo”. Se plantea además que aún hay resistencia para la planeación de actividades interdisciplinarias porque implican un esfuerzo muy grande y la poca disponibilidad de tiempo hace más complicada dicha tarea. No obstante, a pesar de las dificultades identificadas, los profesionales relatan algunos resultados de la interdisciplinariedad en “Enfamilia-APS”: el hecho de que las personas vean, en relación con la salud, que “todo es un conjunto”, que se deben tener en cuenta varias cosas a la vez; entender la salud de manera integral; permite trabajar con los participantes desde varias miradas lo cual se valora como importante.

#### 7.4.2.2 Enfoque familiar

En la época del trabajo de campo (2012-2 y 2013-1) había algunas restricciones administrativas para el funcionamiento de Enfamilia-APS. Algunos de las Redes de Apoyo tenían la restricción de que eran sólo para cotizantes y/o beneficiarios del Programa de Salud. Con este cambio, la Estrategia se afectó al punto que, según algunos funcionarios, “se ha perdido un poco el sentido familiar de ‘Enfamilia-APS’, incluso se ha discutido la pertinencia del nombre del proceso”. A pesar de este cambio administrativo, “Enfamilia-APS” ha abierto espacios en los que se puede participar con miembros de la familia no beneficiarios del programa, por ejemplo: ‘emparejados’, ‘baile de parejas’, ‘eduquemos con amor’, ‘yo también’, ‘estilos de vida saludables’. Además, en el componente de ‘Cuidados de la Salud’ se abre la participación a los-as cuidadores-as. La idea con estos últimos es no sólo que asistan, sino que se sientan incluido en el grupo. Según los promotores, “Enfamilia-APS” sigue ofreciendo diferentes alternativas para los diferentes miembros de las familias.

También se plantea que ahora el enfoque familiar aparece de manera “indirecta”, a través del boletín para “replicar lo aprendido”. Se asume que los participantes difunden sus conocimientos en el hogar. Por ejemplo, en el componente de Arte y Lúdica se dan herramientas para que los usuarios puedan compartirlas con las familias. Los proyectos de manualidades permiten que, además de los participantes, se involucren otros familiares en las casas. No obstante, cuando “Enfamilia-APS” trabajaba fundamentalmente con visitas domiciliarias, el enfoque familiar era más claro. Sin embargo, en el trabajo con las Redes de Apoyo existe la posibilidad de programar visitas domiciliarias dependiendo de necesidades muy específicas por lo cual no son muy frecuentes. No obstante, como ya se mencionó, se pueden programar asesoría en el sitio donde se reúne el grupo de apoyo. Si se detecta una familia que necesite acompañamiento, se hace la remisión a interacción especial.

#### 7.4.2.3 Propuesta educativa

Con base en los hallazgos de las entrevistas y grupos focales, varios de los grupos de “Enfamilia-APS” parten de la idea de que tener información es fundamental para “concientizarse” y estimular el deseo de cambiar de hábitos para la prevención y el control de algunas enfermedades. “De lo que se trata es de brindar información y sensibilizar a la gente”. Sin embargo, son conscientes de que la práctica cotidiana de hábitos saludables es mucho más difícil. “Aquí nosotros simplemente podemos trabajar dando información, tratando como de incentivar, de concientizar a las personas, más no podemos dar garantía de que realmente las

personas sí vayan a cambiar sus hábitos”. “nosotros cumplimos el objetivo de las familias, de proporcionarles a las familias y a los cotizantes la información que ellos necesitan que sea más amplia y que de verdad les llegue para que ellos puedan tomar decisiones frente a su vida y tener una mejor calidad de vida”. “...yo pienso que es eso, que tengan los conocimientos suficientes para saber jugar con eso en la vida, para poder ser protagonistas de su proceso de salud”.

Debido a la importancia que se le da a la información suministrada, “Enfamilia-APS” se preocupa por la forma en que esa información se le presenta a los usuarios. “que [el promotor] sepa lo que está diciendo pero que sepa darse a entender, que a la persona le quede tan claro que sea capaz de llevarlo a su propia vida”. “En Enfamilia hay mucho conocimiento. El saber hacer de Enfamilia tiene que ver con la forma en que transmito el conocimiento, cómo genero impacto en esas familias a través del conocimiento que les transfiero”.

De acuerdo con los entrevistados, en Enfamilia existe un gran interés en que el lenguaje usado durante las actividades con las familias sea claro y sencillo, de manera que pueda adaptarse a grupos que son heterogéneos en cuanto a su formación académica. En los relatos se nota un acento en la idea de “transmisión de conocimientos”. “Siento que tiene que saber transmitir el conocimiento de una forma muy sencilla para todos los lenguajes”. “Hay un esfuerzo muy grande en lo metodológico para que la información le llegue a todo el mundo, que sea entendible y que les guste”. “[existe una preocupación acerca de] como entregamos información a las familias”.

Adicional al énfasis en el tema de la transmisión o entrega de información, existe un interés en que esta información se entregue de una manera “entretenida”. “Hacemos [la información] no solo creíble sino entretenida y que redunde en una apropiación de las familias”. “Ser capaz de hacérselo entender a la persona, que a la persona le quede claro, que sea muy creativo, de no me lo está entendiendo por aquí entonces se lo transformo para que me lo entienda y lo pueda adaptar a su propia vida”

...hemos considerado que a partir del juego se pueden generar aprendizajes importantes, y no solo el asunto de los aprendizajes, sino también dinamizar otros momentos que pueden ser tediosos para la familia, como diligenciamiento de un instrumento con que hacemos la medición.

Sin embargo, el proceso educativo no siempre fue así. Por ejemplo, los entrevistados señalan que, al inicio de la transformación de la estrategia, al plantearse que el promotor que hacía la visita familiar debería dar cuenta de la información de los otros profesionales

apelando al concepto de interdisciplinariedad, la educación era “muy instrumental” y más enfocada en la “transmisión” de información. Debido a que en esas visitas los promotores tenían que dar cuenta de la información que antes daban profesionales específicos de cada disciplina (p.e nutricionista, educador físico, regente de farmacia, etc.), el interés inicial era que los promotores aprendieran contenidos con el fin de pasarlo a las familias y se sintieran cómodos con esta nueva perspectiva. “El asunto al inicio de la transformación era que los promotores adquirieran confianza con un discurso y transmitirlo sin preocuparse mucho por el cómo o si el otro estaba aprendiendo o no”.

Al inicio del proceso de transformación, mientras se implementaba, la educación fue muy instrumental, muy a partir del instrumento de la visita y sobre contenidos que era necesario aprenderse para decirle a la familia. Los juegos se demoraron y vinieron en un momento posterior.

Debido al enorme desafío que implicaba que un profesional de una disciplina asumiera los contenidos de las otras profesiones durante la visita, fue evidente que se presentaron tensiones entre el equipo de promotores y el equipo coordinador. Se cuestionaba incluso “si era ético” que un profesional asumiera contenidos, por ejemplo, de nutrición sin ser nutricionista. Debido a esto hubo un proceso de negociación en la fase inicial de la transformación en la que los promotores aprendían unos contenidos de las otras disciplinas, pero hacían énfasis en el área de su experticia. Por lo tanto, el énfasis era cubrir unos contenidos definidos previamente en el instrumento de la visita así no se profundizará en ellos. “Al inicio de interacción [fase de la estrategia] cada promotor tenía que hacer educación desde todas las áreas y no sólo desde su área específica, p,e tenía que saber de nutrición, odontología, la parte de dinámica familiar, saber identificar las crisis. Ahí era más complicado”. “...Al inicio de la transformación la parte educativa [de las visitas] quedaba muy superficial, pero se justificaba porque la apuesta era por la amplitud y no tanto por la profundidad de los conocimientos”.

“Al inicio de la transformación, nos tocó efectivamente conciliar, que la visita de educación era una visita donde [el promotor] podría además de profundizar en algunas cosas del instrumento general, aprovecharla realmente para profundizar en su temática, dándole prioridad a su temática cuando [el promotor] viera que le tenía que dar prioridad”.

Sin embargo, en este punto es importante notar que el planteamiento del proceso educativo era diferente en la visita domiciliaria (fase denominada interacción) comparado con las redes de apoyo.

Los entrevistados señalan que en redes hay mayor actividad educativa, posiblemente referido a que hay mayor frecuencia y espacios de práctica. Sin embargo, en Redes el “momento educativo” parte de un conocimiento general quedando a cada participante adecuarlo a su situación particular. Debido a esto se introdujo la posibilidad de realizar algunas asesorías individuales. “Comparado con la anterior propuesta de visitas, las Redes son mucho más educativas”.

Por otro lado, se plantea que en las visitas domiciliarias el “momento educativo” es muy personalizado atendiendo la necesidad individual. “El momento educativo en las visitas domiciliarias es muy personalizado e individualizado, se hace diagnóstico y se trabajan falencias y potencian habilidades”.

Sin embargo, también se resalta la idea de complementariedad entre la educación de las visitas y la de las redes, entendiendo estas últimas como el “espacio de prácticas” para el desarrollo de hábitos de vida saludable.

Adicional a las actividades educativas presenciales, la estrategia diseñó un boletín de circulación regular con la intención de que “los participantes repliquen lo aprendido con las familias o vecinos”.

En la planeación de las actividades educativas participan todos los profesionales del componente, “para que quede incluida toda la educación que se quiere dar”. Se realiza una programación semestral de todas las actividades semanales o quincenales con temáticas y fechas.

Además de las diferencias en el enfoque del proceso educativo en las visitas y las Redes, también es importante señalar que al interior de las redes también hay heterogeneidad de propósitos y metodologías debido a la diversidad de la oferta. Por ejemplo, en los encuentros de “recetarios” y “al ritmo de tu corazón” siempre se preparaba una receta mientras se abordaban otros temas relacionados con cuidados de la salud. De acuerdo con los entrevistados en estos grupos se usaban distintas metodologías (clase magistral, actividad lúdica, actividad de grupo) debido a que los grupos eran muy heterogéneos en términos de la formación académica de base. “En los encuentros de Cuidados de la Salud siempre se prepara una receta. Se trabaja semanalmente por temas y mientras se prepara la receta se habla de otros temas a través de socializaciones, juego, puesta en común luego de consulta, etc.”. “Las temáticas del grupo Cuidados de la Salud se enfocaban en el conocimiento, muy desde el

enseñar a hacer más que hacerlo en el grupo. Pasar el conocimiento que se enseña a la práctica durante el grupo de red era muy complicado y nunca fue el objetivo”.

Por otro lado, en el grupo de “entornos saludables” la metodología es teórico-práctica. Hay una introducción teórica y luego una práctica a pequeña escala. En la parte práctica “se interactúa, se fortalecen lazos del grupo, manipulan la tierra, se ensucian y se llevan algo para la casa, p.e plántula, semilla recién sembrada, etc.”. Se han usado estrategias educativas que relacionen lo que hace el grupo con los contenidos en nutrición y en actividad física. Por ejemplo, se hace un taller en el que se construye un paralelo entre las necesidades nutricionales y el cuidado de la planta y de las personas.

En el caso particular de actividad física [en los grupos de Entornos saludables], por ejemplo, cuando una persona quiere disminuir de peso, disminuir sus riesgos osteomusculares, uno le da la asesoría en actividad física: tenés que hacer tanto tiempo la actividad física, con tantas repeticiones, con tanta frecuencia.

Igualmente, en los grupos de “orientación familiar” el énfasis y el enfoque educativo tiene sus particularidades. Según lo relatado, en estos grupos se da lugar a espacios de apoyo y ayuda mutua por lo que lo teórico es más puntual y se privilegia el espacio para la escucha. En Orientación Familiar se usa como estrategia "la espiral de aprendizaje" que ayuda a incluir momentos vivenciales y no sólo expositivos. Adicional al momento educativo grupal, se identifican inquietudes individuales que pueden terminar en asesorías con médico, psicólogo, ayuda en adicciones, etc.“... En Orientación Familiar [los promotores] no se quedan solamente como emisores de conocimiento, también hay que generar una verdadera comunicación, escuchando al otro”.

En el grupo pautas de crianza por ejemplo las familias no sólo aprenden con el discurso del promotor, sino que se lleva una temática y cada papá cuenta su tema y entre ellos mismos comentan cómo están manejando las cosas. La construcción ya está inclusive desde los mismos participantes.

#### 7.4.2.4 Conceptualización de Promoción y Prevención

A partir de las entrevistas y los grupos de discusión, los actores identifican “Enfamilia-APS” como una estrategia “holística e integral” que desarrolla actividades de Promoción y Prevención con el fin de “informar y sensibilizar” en relación al cuidado de la salud.

Se plantea que se busca brindar herramientas para que los usuarios cuiden de su salud y prevengan enfermedades a través de la actividad física y alimentación saludable.

Se identifica como énfasis especial las actividades educativas ya que éstas tienen un lugar tanto en las actividades de Promoción de la salud como de prevención de la enfermedad (PyP).

En cuanto a las finalidades de estas actividades se observan lógicas en tensión. Por un lado, se buscan procesos de empoderamiento para que las personas tomen sus propias decisiones para mantener o mejorar sus condiciones de salud, pero, por otro lado, llama la atención que se afirma que estas acciones de PyP se deben asociar a la reducción del consumo de medicamentos y de los cuidados curativos (“parte asistencial”).

Aunque se reconoce que todas las actividades realizadas en la estrategia se encuadran dentro de lo que se denomina como Promoción y prevención, se afirma que una de las dificultades era identificar cuáles acciones son de una u otra. Sin embargo, se llama la atención que “hay que entender cuál es el énfasis de cada componente”. Es decir, algunos componentes están más enfocados a la promoción (arte y lúdica para la salud, estilos de vida y entornos saludables) mientras que otros hacen más énfasis en las actividades preventivas (cuidados para la salud, y algunos grupos de orientación familiar). “En familia trabaja desde la Promoción y desde la Prevención, pero algunos de los componentes están más enfocados a lo uno que a lo otro”.

Nosotros desde ‘cuidados de la salud’ hacemos más prevención. Hay otros componentes y Recetarios que hacen más promoción de la salud. ¿Por qué? Porque simplemente, no es un trabajo muy duro, promueven el vínculo, promueven la participación, promueven adquirir hábitos de vida saludables, pero para que estén saludables, más allá de que no le dé el infarto, para que no le dé la recaída, para que no le dé no sé qué. Es para que estén saludables.

Sin embargo, esto no quiere decir que este concepto sea unánime. Al decir de otros participantes, todos los componentes tienen acciones de promoción de la salud. “Promoción, sí hay y mucho. Promoción se hace mucho desde el empoderamiento, desde promover los hábitos de vida saludable, eso lo hace y lo hacemos todos”.

Si las acciones son a nivel general es más desde la Promoción de la Salud, implementando estrategias para que las personas conozcan, obtengan herramientas, para que cuiden su salud no mirándola como ausencia de enfermedad sino como lo miramos en En familia.

En relación con el énfasis de la estrategia, se observan diferentes puntos de vista. Por un lado, se afirma que la estrategia realiza acciones que van dirigidas tanto a acciones de Promoción como de Prevención sin realizar acciones curativas (“atención”) y que además no existe integración con quienes son responsables de realizar estas acciones a estos usuarios



dentro del sistema de salud. Lo anterior, a pesar de que el asegurador (Programa de Salud) es quien contrata la atención de los usuarios tanto con la Estrategia como con la IPS universitaria.

Sin embargo, por otro lado, se afirma que las acciones “trascienden” la promoción de la salud hacia la prevención de la enfermedad ya que se realizan algunas acciones de prevención secundaria en las que se hacen algunas intervenciones. Por ejemplo, al final de las acciones grupales se realizan algunas asesorías individuales a partir de necesidades individuales. Además, en el caso de orientación familiar, existen familias a las que hay que acompañar durante varias sesiones.

Es interesante notar que la expresión PyP se usa para referirse a una fase previa a la “atención [curativa]”. Por ejemplo, se afirma que “las acciones de la estrategia no son sólo de PyP, también se hace un poco más allá, también se logra hacer intervención sobre ciertos factores a través de, por ejemplo, terapias breves”. En este último caso se refiere sobre todo al componente de orientación familiar en sus diferentes redes de apoyo. “La estrategia está pensada como de PyP, sin embargo, las acciones tienen efectos terapéuticos. Decir que son sólo de PyP sería restringido”. “Cuando se trabaja el tema de Promoción y Prevención -en orientación familiar- no se puede desligar de la parte de atención; los tres niveles se conjugan”.

## 7.5 CATEGORÍA ‘MODELO EVALUATIVO’ DE LA ESTRATEGIA

En esta categoría dos asuntos: uno de ellos relacionado con la gestión de la evaluación (es decir, el tipo de instrumentos de recolección y el flujo de la información, la preparación de las actividades, etc.) y el otro, más conceptual en relación con la sustentación del tipo de evaluación seleccionado y 3. el otro asunto se refiere a los resultados.

### 7.5.1 Gestión de la evaluación

Los formatos que se usan son las bitácoras y los formatos de asesorías individuales, este último que se anexa a las historias familiares. “Los instrumentos definen las áreas que se deben impactar y es insumo clave en la planeación de las actividades”.

El instrumento de interacción fue una construcción colectiva. No fue una elaboración desde la coordinación de la estrategia. Para el proceso de construcción de este instrumento durante la transformación se invitaron a los líderes para que junto con otra persona de su

confianza hicieran una propuesta de preguntas desde su área para luego ser socializada entre personas de la misma disciplina.

A diferencia de la etapa de interacción, en la etapa de redes no existía instrumento. Allí se usaban las bitácoras como ya fue comentado. Además de las bitácoras, también hay un registro de una observación participante donde se observa la parte pedagógica y metodológica de la sesión. También hay un registro audiovisual de la actividad evaluativa con las familias.

Las bitácoras se entregan semanalmente al líder del grupo de apoyo y de éste al coordinador de redes mensualmente. La bitácora sirve para hacerle seguimiento a los ‘nodos articuladores’. “El seguimiento siempre lo hacemos mediante la bitácora. Volvemos otra vez a la bitácora, en la bitácora está como especificada cada una de las cosas o avances que vamos viendo en cada uno de los nodos [articuladores]”

Sin embargo, se relata que hay “confusión a la hora de identificar los nodos” en las actividades grupales. En las bitácoras se registra lo que se ve de lo que hacen las familias.

En las bitácoras se hace la evaluación del grupo a través de la observación constante. Las observaciones van dando cuenta de los resultados, avances que se ven en cada uno de los nodos. Es muy importante resaltar que con este instrumento no se hace control individual.

Los nodos articuladores ayudan a que las actividades estén “intencionadas”. “Uno debe intencionar prácticamente la capacitación a buscar de pronto esos resultados [nodos articuladores] o saber bien hacia dónde puede llevar cada uno de esos puntos de la bitácora para hacer una presentación”.

La información de las bitácoras se ‘triangula’ con la evaluación de los equipos. A veces se revisan las bitácoras colectivamente como retroalimentación.

Las bitácoras se enriquecen con las anotaciones del observador-a que es de otra profesión. Por lo tanto, las bitácoras se alimentan de una visión interdisciplinar. Según los entrevistados “es más fácil diligenciar las bitácoras cuando hay varias personas del equipo”.

### **7.5.2 Concepción de la evaluación**

De acuerdo con los entrevistados, la evaluación se hace “a través de lo que los usuarios dicen, lo que los promotores ven, y por las actitudes de los usuarios”.

Según ellos, con las visitas domiciliarias se podían tener más evidencias del cambio en las familias, mientras que en los grupos se basa en lo que ellos cuentan. “Cuando se hacían las visitas domiciliarias se evaluaba a través de unas preguntas. Los cambios se observaban a

través de sus respuestas. Ahora la evaluación es a través de las bitácoras". "La transformación afectó la evaluación. Con las visitas se podían constatar los cambios [de las familias]. En las redes se hace a partir de lo que cuentan los participantes". "No se hace seguimiento individual de la adquisición de conocimiento. Sería demasiada información para las bitácoras".

La evaluación se hace a través de los comentarios de las personas, por la 'apropiación' que van teniendo de los temas. "Los resultados se evalúan a través de la apropiación de conocimiento que se observa por la convicción con que hablan y por lo que cuentan a las demás personas".

¿Yo cómo evaluó esos resultados? Con la apropiación que tiene la gente más allá de la práctica porque como no convivimos con esa persona no sabemos, pero uno cree por la convicción que tiene la gente de lo que habla y por lo que le cuentan las demás personas que viven con ella: que bajó de peso, que está más contenta, que está más tranquila, ese tipo de cosas.

En relación con la concepción de la evaluación, según un entrevistado, había una tensión debido a las expectativas del asegurador.

Había una situación adversa y era que reclamaban indicadores de impacto. La estrategia tenía indicadores de gestión y de resultado, pero no de impacto. Estos indicadores siguen siendo una búsqueda para poder hacer realidad la estrategia desde la APS.

El Programa de Salud siempre llamaba la atención sobre los indicadores ¿Cómo afectaba la Estrategia la morbimortalidad de los afiliados? Esto también obligaba a un cambio de modelo. Si no se podía tener a tantas familias siendo visitadas, entonces se perdería la posibilidad de hacerles un rastreo para conocer su estado de salud.

Esta tensión se expresa claramente a partir de la apuesta de los gestores de la estrategia por enfatizar una evaluación cualitativa. "Los resultados cuantitativos son difíciles. Se ven más desde lo cualitativo con base en los conocimientos y las prácticas".

Esa evaluación yo creo que va más enfocada es a los cambios de hábitos que tuvieron las personas desde el inicio hasta el final del proceso, pero todo generalizado, hablando de la actividad física y de la nutrición, del riesgo cardiovascular, pues, todo como en general.

## 8 DISCUSIÓN

La investigación se centró en el análisis del contexto que incide en la implementación de la Estrategia “Enfamilia-APS”. En cuanto al contexto, se identificaron: un nivel macro, uno meso y uno micro con incidencia en la implementación de aquella. En el nivel macro se observó la influencia del modelo de aseguramiento en salud que rige en el sistema de salud colombiano y su impacto en la forma como se estructura la prestación de servicios de salud, la posibilidad de adecuar un enfoque familiar y de Atención Primaria en Salud, así como de la conceptualización existente de la Promoción de la Salud y la Salud en general. En el nivel meso se identificó la influencia de la estructura demográfica y de morbilidad de los afiliados al PSU, de la disponibilidad presupuestal, de la necesidad de reducción de costos, del tipo de contratación entre el asegurador (PSU) y los prestadores (Enfamilia e IPS universitaria), las expectativas de la coordinación del Programa de Salud en tensión con la apuesta de la Estrategia y los tiempos de ejecución de los contratos. En el nivel micro se identificaron como aspectos relevantes el compromiso de los operadores con la estrategia, el diseño y puesta en marcha del proceso de transformación, la visión de Promoción de la Salud que se puso en juego en el diseño e implementación de la Estrategia, así como el proceso evaluativo diseñado.

### 8.1 EL CONTEXTO MACRO DE LA ESTRATEGIA “ENFAMILIA-APS”

#### 8.1.1 Aseguramiento e introducción de mecanismos de mercado en salud

En el nivel macro, los procesos de aseguramiento en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano tienen claros efectos en la prestación de los servicios de un programa de salud y del logro de efectividad de una intervención como la Estrategia “Enfamilia-APS”. En salud podemos mencionar argumentos técnicos por los cuales el paradigma del aseguramiento, incluso en la forma de seguro social en salud, dificulta la implementación de políticas integrales de atención. En análisis hecho por (FLEURY, 2002), se destacan las siguientes implicaciones del aseguramiento:

- a) la lógica de organización del seguro es financiera y puede entrar en contradicción con la lógica de un sistema de salud al “desterritorializar las acciones e individualizar el seguro”;
- b) centralismo en la toma de decisiones y fragmentación en el suministro;
- c) entorpecimiento de actividades colectivas privilegiando la asistencia curativa;

- d) segmentación de la población según poder adquisitivo;
- e) fragmentación de las instituciones según planos y paquetes;
- f) falta de interés lucrativo en desconcentrar la oferta institucional;

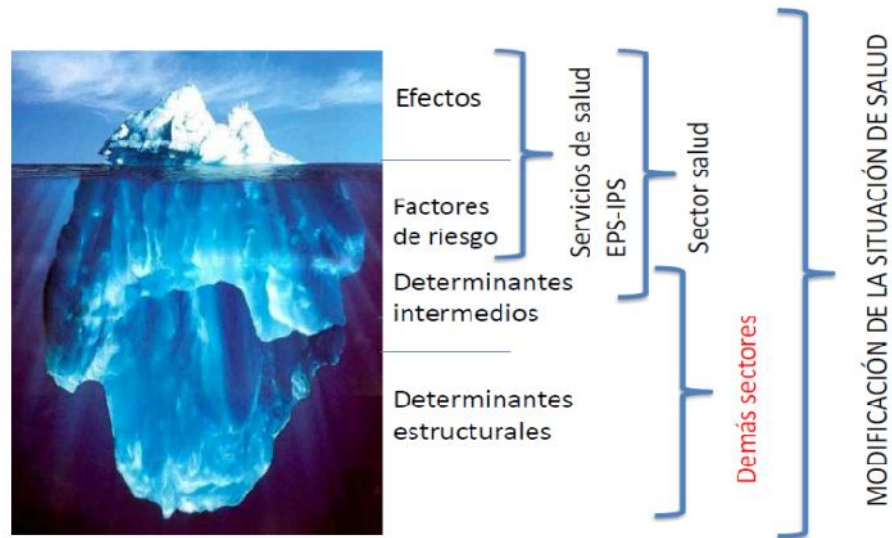
Adicionalmente, el modelo de aseguramiento privado dificulta la implementación de sistemas más equitativos y basados en Atención Primaria en Salud y por lo tanto, la continuidad de la atención en el caso de enfermedades crónicas y para la provisión de programas preventivos y poblacionales (WAGSTAFF, 2009).

Lo señalado en dicho análisis explica por qué las propuestas con enfoque familiar encuentran un serio obstáculo ya que en un mismo hogar existen personas de diferentes regímenes de afiliación y, por lo tanto, con diferentes aseguradores y prestadores, producto de la segmentación de la población y la fragmentación en la prestación de servicios.

### 8.1.2 Gestión del riesgo en salud

Otra dimensión del contexto macro que afecta la implementación de la Estrategia “Enfamilia-APS” tiene que ver con la concepción que tiene el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia en cuanto al alcance del sector en cuanto a la modificación de la situación de salud de las poblaciones. Lo anterior refuerza visiones muy arraigadas en el sector y en el talento humano en salud. Por ejemplo, cuando se analiza la situación de salud de una población como consecuencia de determinantes proximales, intermedios y distales, el Ministerio entiende que la responsabilidad del sector salud está centrado en los determinantes intermedios y en el manejo de los efectos (enfermedades) y de los factores de riesgo que las generan (Figura 8).

Figura 8. Iceberg de la enfermedad



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social ( 2017)

Desde esta perspectiva, al asegurador que en nuestro caso es el Programa de Salud de la Universidad le correspondería la Gestión del Riesgo Individual enmarcada en acciones de protección específica (prevención primaria) así como detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (prevención secundaria y terciaria) (Figura 9).

Figura 9. Articulación gestión colectiva e individual del riesgo en el SGSSS – Colombia



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2018, p. 18)

Ese entendimiento de la Gestión del Riesgo en el Sistema de Salud Colombiano impone unas restricciones importantes a la concepción de una intervención basada en los postulados de la Promoción de la Salud como es el caso de la Estrategia “Enfamilia-APS” toda vez que su vocación no es la gestión individual del riesgo.

### 8.1.3 Condiciones de posibilidad de un modelo de APS en el contexto colombiano

En Colombia, a pesar de la ley 1438 de 2011 (COLOMBIA., 2011), no existe una política nacional de APS que organice el sistema de salud y, de hecho, se presentan problemas de organización muy serios, que menoscaban la esencia de un sistema de salud. Y esto se explica en gran parte por la forma en que está concebido el modelo de aseguramiento:

- a) aunque hay puerta de entrada (médico generalista), ello no garantiza la continuidad del cuidado. Esta función, más que coordinación, es de filtro y contención;
- b) los sistemas de información están centrados en el componente financiero y no están integrados dada la segmentación de la población y la fragmentación de los servicios. Porejemplo, la información de la población subsidiada se reporta a la autoridad local en salud, pero la de la población del régimen contributivo va al asegurador a nivel central;
- c) hay un énfasis en las actividades curativas, con deterioro marcado de las acciones de salud pública por problemas de coordinación y énfasis en la lógica económica. Por lo tanto, no hay garantía de integralidad en el cuidado que es una de las características de la APS. Lo anterior reforzado por un enfoque biomédico y hospitalocéntrico en la formación del talento humano;
- d) no hay un énfasis en los determinantes del proceso salud-enfermedad y se asume un comportamiento reactivo. Y al mismo tiempo, tampoco hay una consideración de la salud como derecho humano sino como derecho contractual;
- e) en relación con esto último, el modelo de aseguramiento basado en la contribución de los trabajadores y empleadores también constituye una dificultad porque, por un lado, en el país hay una gran proporción de informalidad y eso dificulta la universalidad en la cobertura y por otro, refuerza la idea de la salud como derecho prestacional.

De esta manera, cualquiera que sea el enfoque de APS, el caso colombiano ilustra la importancia de revitalizarla, pero reconociendo las restricciones que impone el modelo de protección social que adopte el país.

Aun así, existen experiencias muy interesantes, como la que se desarrolló en Bogotá, no sin resistencias ni dificultades. La propuesta “Salud a su Hogar” planteaba retomar la gestión del territorio e integrar varios sectores con el fin de enfrentar los problemas de salud de la población (VEGA; CARRILLO, 2006). Al mismo tiempo, integrar las acciones de salud

pública con las individuales y priorizar ciertas poblaciones en condición de mayor vulnerabilidad. Con esto, cumplir varios de los postulados como primer contacto, integralidad, coordinación, intersectorialidad, etc. Sin embargo, las exigencias en la gestión de esta propuesta en el contexto del aseguramiento antes descrito, hace que se toquen intereses económicos y por lo tanto se generen conflictos importantes, sobre todo en un contexto donde los aseguradores son un factor de poder muy fuerte.

La relación entre los modelos de protección social y las posibilidades de implementación de la APS, explican las configuraciones de APS. Y al mismo tiempo, ayudan a entender las perspectivas del proceso de renovación de la APS. Por lo tanto, la renovación de la APS en Colombia tendría que involucrar:

- a) el reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental;
- b) Cambiar la lógica de intermediación financiera que impone restricciones al desarrollo de un sistema de salud gestionado territorialmente;
- c) Fortalecer el rol del estado como garante del derecho a la salud y su papel de rector del sistema;
- d) Creación de una política de APS que defina el tema de rectoría territorial, creación de redes de servicios de salud, referencia y contrarreferencia, formación del talento humano, etc.

## 8.2 EL CONTEXTO MESO DE LA ESTRATEGIA “ENFAMILIA-APS”

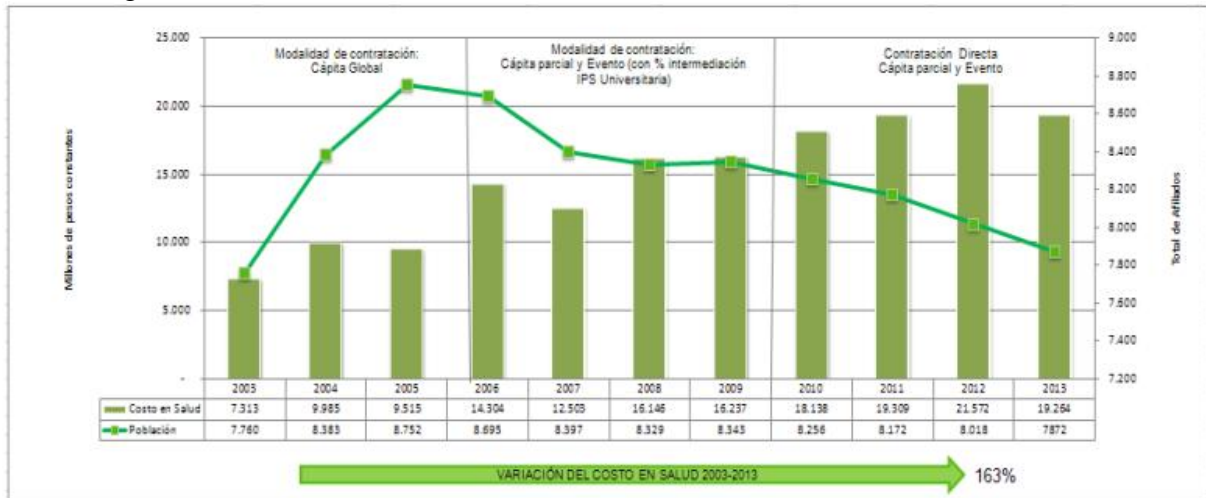
En el nivel meso de gestión la Estrategia “Enfamilia-APS” enfrenta varios desafíos que afectan su implementación y los eventuales efectos en salud. Por un lado, la disponibilidad de recursos, la presión de la estructura demográfica de los afiliados y su perfil de morbilidad.

Como se pudo observar en los resultados a partir de la revisión documental, la población de afiliados del Programa de Salud tiene una alta proporción de personas mayores de 45 años y la presión se ha mantenido a través del tiempo. Para el año 2020, el 70% de la población afiliada al PSU es mayor de 45 años (FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, 2021).

Consecuentemente, también existe una presión por los recursos económicos que de tiempo atrás se ha identificado (Figura 10).



Figura 10. Evolución del costo en salud del PSU 2003-2013



Fuente: (PROGRAMA DE SALUD -SALUDA; UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, 2016)

En la revisión documental correspondiente a los informes financieros del PSU coincidente con el trabajo de campo de este estudio, para el año 2013 ya se registraba un incremento del 163% en el gasto en salud en una ventana de observación de 10 años (2003-2013). Lo anterior más preocupante si se tiene en cuenta que el número total de afiliados no cambió significativamente en el mismo lapso de tiempo, con sólo un incremento del 1,4% (PROGRAMA DE SALUD -SALUDA; UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, 2016).

Por otro lado, el crecimiento anual de los ingresos por cotizaciones determinado por el incremento salarial de los cotizantes al PSU no compensa el crecimiento de los gastos en salud. Según cálculos del Programa, para el año 2013 el salario de los empleados de la Universidad tuvo un incremento del 3,44% y los gastos en salud se incrementaron en un 14,86% (PROGRAMA DE SALUD -SALUDA; UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA., 2014b). Dicho incremento en el gasto está en relación directa con la mayor demanda de servicios especializados producto de la estructura demográfica y de morbilidad de la población afiliada (PROGRAMA DE SALUD -SALUDA; UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, 2016). Para empeorar la situación, la norma que reglamenta el Programa de Salud como régimen de excepción impide que se afilien personas que no tengan vínculo laboral con la Universidad como ya se explicó.

Otro de los aspectos del nivel meso de gestión que ganó relevancia fue el tema de la contratación entre el asegurador (Programa de Salud) y el prestador de servicios (IPS Universitaria) ya que una de las tareas de Enfameiaera establecer acciones de demanda inducida para programas de Prevención que eran atendidos por el prestador primario, es decir,

por la IPS universitaria. No obstante, al realizarse una contratación por capitación para el primer nivel de atención prestado por la IPS, las remisiones a diferentes programas y servicios se convierte en una amenaza financiera para aquella. Lo anterior afectó las posibilidades de articulación entre la Estrategia Enfamilia y la IPS universitaria.

Como los servicios de atención preventiva, no son frecuentemente demandados en forma espontánea por la población, no sólo por falta de información, sino por aspectos culturales, la ley define que las instituciones deben establecer algunas actividades con el fin de "inducir la demanda" de estos servicios (COLOMBIA.; MINISTERIO DE SALUD., 2000). El Ministerio de Salud de la época estableció unas coberturas mínimas a ser alcanzadas de acuerdo con el régimen de afiliación y hace un seguimiento anual a las diferentes EPSs.

De acuerdo con las directrices del entonces Ministerio de Salud (ahora Ministerio de Salud y Protección Social), el desarrollo adecuado de estas actividades estaría garantizado por medio de mecanismos económicos como la capitación y la libre competencia y por mecanismos políticos como la descentralización y la participación comunitaria. (COLOMBIA; MINISTERIO DE SALUD, 1996).

Según ese planteamiento, teóricamente, la capitación estimula las Entidades Promotoras de Salud -EPS- para mantener sana la población a su cargo, ya que su beneficio es el margen resultante de restar a una cápita (monto fijo asignado por habitante –prima-), los gastos por prestación de servicios de salud. Por lo tanto, sería necesario "controlar el gasto, previniendo la enfermedad y promoviendo la salud" (COLOMBIA; MINISTERIO DE SALUD, 1996). La justificación para el pago por capitación ha sido doble: por un lado, se mantiene el control de costos y por otro, se alienta a la EPS a disminuir los costos al mantener sana su población a cargo. Sin embargo, en el caso de los programas preventivos, a pesar de su importancia para lograr mejores niveles de salud de la población, se requiere inducir la demanda de estos servicios siendo frecuente que haya una sub-provisión.

En general, se ha mencionado que el control de costes es una de las ventajas más importantes de este tipo de pago (LANGENBRUNNER; LIU, 2004) aunque también se han señalado sus riesgos en el caso específico de los programas preventivos (BAYARSAIKHAN; MUISER, 2007). Sin embargo, en los programas preventivos, tal y como lo define la norma (Resolución 412 de 2000) se requieren estrategias de demanda inducida para alcanzar las metas establecidas, dada la naturaleza de estos programas, caracterizados como bienes

económicos con altas externalidades. En este sentido, la capitación (cuando no tiene ajustes) transfiere el riesgo hacia el proveedor pagado por este mecanismo y por lo tanto no da incentivos para la realización de este tipo de actividades y, por el contrario, puede desincentivar e incluso reducir su realización.

Lo anterior puede hacer parte del fenómeno denominado “demanda reducida por la oferta” que ha sido descrito por otros autores (MCPAKE; KUMARANAYAKE; NORMAND, 2002), lo que desvirtúa una de las ventajas teóricas más mencionadas de este método de pago (ALVAREZ; PELLISÉ; LOBO, 2000). Por lo tanto, es contradictorio proponer, como lo hizo el gobierno, la capitación para programas preventivos y, al mismo tiempo, enfatizar en la importancia del diseño de estrategias de demanda inducida. Y, este problema es más complejo si se tiene en cuenta que las personas, según el principio de la libre elección (clave para la configuración de mercados competitivos) pueden cambiar de asegurador. Esta proporción se ha calculado en 30% cada año (COLOMBIA.; MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2008; LONDONO; JARAMILLO; URIBE, 2001).

En relación con este aspecto y su influencia en las actividades de prevención, (GORBANEFF; TORRES; CONTRERAS, 2004), plantean que la frecuencia de los traslados de afiliados entre EPS es un obstáculo para la planeación y ejecución de actividades preventivas, dado que no se puede garantizar la permanencia de la población beneficiaria de estas actividades y, por lo tanto, el posible ahorro en costos de tratamiento. Este fenómeno también se ha observado en otros países con el mismo principio de competencia entre aseguradores. En el caso alemán, donde también existe competencia entre “sickness fund” y el asegurado tiene la posibilidad de moverse entre ellos, “la prevención es caracterizada como una acción a ciegas” desde el punto de vista del beneficio económico, ya que “si un sickness fund financia actividades preventivas, éste sólo está seguro de una cosa: la prevención genera gastos hoy y ahora”. Así, podemos concluir en la misma línea de otros autores: “...por lo tanto, la competencia económica es el principal obstáculo en la vía de una adecuada consideración de la prevención y la promoción de la salud a través de los sickness fund “ (STEGMULLER, 2009), es decir, de la competencia entre EPS en nuestro caso, más aún cuando adicionalmente tienen la alternativa de transferir el riesgo al proveedor a través del pago por capitación.

Por otro lado, otros estudiosos defienden la contratación por capitación porque desestimula el riesgo moral o sobreconsumo que puede inducir el proveedor del servicio

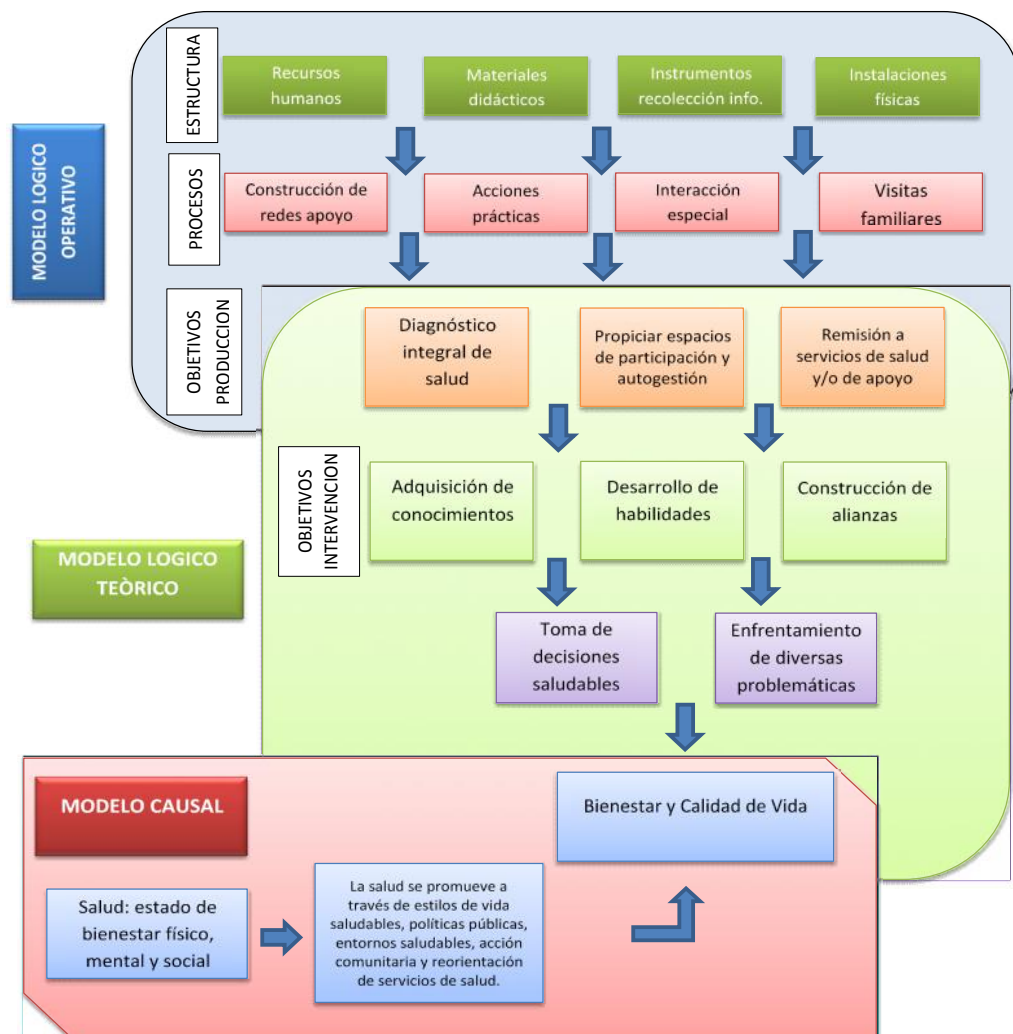
(cuando se paga por evento). Para Castaño (CASTAÑO, 2005) se debe diferenciar entre riesgo primario, aquel que depende de la distribución “aleatoria” del riesgo en la población, y el riesgo técnico, que es aquel introducido por el prestador dependiendo de su forma de gestión y de la estandarización de procesos y aplicación de guías de atención ajustadas a la evidencia.

### 8.3 EL CONTEXTO MICRO DE LA ESTRATEGIA “ENFAMILIA-APS”

#### 8.3.1 **Sobre la tensión del modelo biomédico y la promoción de la salud**

Este trabajo de investigación permitió acercarse al modelo lógico de la Estrategia a partir de las entrevistas y la revisión documental. Llama la atención que en los documentos de dicha Estrategia no repose una elaboración gráfica sobre lo que pretende lograr. La siguiente figura (Figura 11), elaborada a partir de lo encontrado en los resultados, permite consolidar dicho ejercicio:

Figura 11. Modelización estrategia “Enfamilia-APS”



Fuente: Elaboración propia basado en Champagne et al ( 2011, p. 61–74)

Importante aquí llamar la atención sobre el hecho que el conocimiento científico de la realidad (incluso realidad social como el caso de la Estrategia “Enfamilia-APS”) se facilita a través de la construcción de modelos que representan aspectos claves de esa realidad (MEDINA et al., 2005) tal como puede apreciarse en el gráfico elaborado. Se sabe que la construcción de estos modelos va a depender de diferentes ontologías, es decir, de la cosmovisión o forma en que se entiende la “realidad” (POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A, 2006). En este sentido, la construcción del modelo de la Estrategia en estudio asumió que esta realidad se construye a partir de lo relatado por los involucrados, pero también a través de lo consignado en los documentos clave.

Siendo que un modelo permite sintetizar la forma en que se representa una parte de la realidad y, al mismo tiempo, las relaciones entre sus partes, conocer el modelo lógico de un programa, permite conocer la teoría que permite integrar sus componentes y también, da pistas sobre la teoría causal subyacente al resultado o cambio social. De este modo:

“Los supuestos sobre los recursos y operaciones/acciones y como éstos producen los resultados esperados son frecuentemente referidos como la teoría del programa. [...] Tornar explícitas las hipótesis sobre como el programa supuestamente debe funcionar, en varios contextos, crea la referencia principal en que se basa la gestión y su instrumento imprescindible de evaluación” (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2007).

En palabras de Medina et al (2005, p. 45): “Presentar y discutir el modelo lógico de un programa es lo que permite definir exactamente lo que debe ser medido y cuál es la parcela de contribución del programa a los resultados esperados”.

Ahora bien, los modelos lógicos deben ser contextualizados. Hay una advertencia que debe ser tomada en cuenta seriamente. El modelo lógico debe ser puesto sobre una realidad particular, es decir, sobre un determinado territorio y grupo social y no sobre una entidad, sobre un protocolo. Porque puede darse el caso de que el modelo (intervención) está muy bien concebido teóricamente mientras el problema de salud continúa sin resolverse con la intervención.

Otro asunto que se hace evidente en el análisis del modelo es el hecho que la intervención no persigue los indicadores biomédicos clásicos sino promover el desarrollo de capacidades en los afiliados que les permita tomar decisiones para la construcción de estilos de vida saludables y a través de mayor autonomía en el autocuidado, desarrollo de habilidades sociales, fortalecimiento del vínculo así como mayor participación en los procesos que afectan su salud (ESTRATEGIA ENFAMILIA-APS, 2012).

### 8.3.2 Sobre diseño evaluativo y su papel para mejorar la Estrategia

Considerar el contexto en el campo de la evaluación también permite “identificar beneficiarios potenciales [de las intervenciones] y estimar sus necesidades, identificar problemas o barreras para la satisfacción de las necesidades, identificar capacidades y oportunidades presentes (...)” (STUFFLEBEAM D, 2004).

Esta investigación permite entender que el análisis de implementación se muestra útil para identificar los aspectos del contexto que inciden en los distintos cursos que toma un programa de salud. Este tipo de evaluación permite “abrir la caja negra” que otros abordajes, de corte más epidemiológico convencional, no permiten. Sin embargo, es importante llamar la

atención de la diferencia de este enfoque con el de una evaluación normativa que procura establecer el grado de conformidad o implementación para lo cual se definen indicadores como medio para emitir un juicio sobre dicho “grado de implementación” de determinados aspectos en un programa. Para Cruz (2015) hay un criterio que diferencia las distintas corrientes en evaluación y es la emisión de un juicio sobre el valor o mérito de un programa, lo cual se hace a partir del diseño de indicadores que permitan dicho juicio. Esta investigación, por tratarse de una investigación evaluativa se apartó de esta perspectiva para hacer énfasis en el porqué de determinados hallazgos, es decir, cuál es el papel del contexto en el desarrollo del programa.

Como se mencionó al inicio de este documento, la evaluación en promoción de la salud tiene importantes desafíos debido a los enfoques conceptuales y metodológicos sobre los que reposa la Promoción de la Salud. Uno de los desafíos más importantes es el cuestionamiento por la efectividad de las intervenciones en cuanto a la modificación en las condiciones de salud de las poblaciones. Por esta razón, la evaluación de las propuestas de intervención adquiere una gran importancia. El debate se centra en las metodologías y/o enfoques que se deben usar, la utilidad y las razones que motivan la evaluación, la forma en que se debe medir el impacto en salud de las intervenciones y su efectividad en relación con los objetivos con que se crean algunos programas (DE SALAZAR, 2004). Y aquí nuevamente las ciencias sociales juegan un papel importante. En la perspectiva de aplicación de las ciencias sociales al campo de la salud, el método y técnicas de evaluación cualitativa parecen ser uno de los contenidos relevantes pues constituyen unas herramientas para enfrentar la necesidad de estudiar de manera integral fenómenos de salud colectivos y de aplicar una metodología más comprensiva a procesos complejos en los que intenta intervenir la Promoción de la Salud. La Evaluación de los programas de Promoción de la Salud también debe permitir una retroalimentación de los procesos, la participación de los involucrados en los programas y la formulación o mejoramiento de propuestas de políticas públicas en el área de trabajo específico.

En el campo de los servicios de salud, la discusión que hemos hecho hasta ahora cobra gran relevancia. La introducción de programas preventivos y promocionales de la salud implican retos especiales debido a que están dirigidos a poblaciones específicas con problemáticas y características particulares y, adicionalmente, porque la tradición en los servicios asistenciales es dirigir sus acciones con enfoques curativos individuales. De modo

que el reto es doble: de un lado incorporar un paradigma nuevo en las concepciones tradicionales con las que trabaja el sector y de otro lado, evaluar los procesos de implementación de las propuestas que se van consolidando, de modo que se retroalimenten los programas y se lleven a cabo acciones más pertinentes con base en las necesidades de las personas a quienes van dirigidas.

Finalmente, esta investigación permite resaltar la importancia de analizar distintos niveles en la implementación de un programa de salud. Se evidenció cómo las prácticas de micro gestión están condicionadas por niveles meso y macro. No tener en cuenta este aspecto puede llevar a problemas de planeación, así como a problemas de articulación, presupuestales, etc., que, de no ser previstos, pueden llevar a una enorme frustración.



## 9 CONSIDERACIONES FINALES

El análisis de implementación realizado a través del estudio de caso presentado (“Enfamilia-APS”) mostró su potencia a la hora de develar los aspectos del contexto que inciden en la ejecución, alcance y efectos de una propuesta en salud.

Pese al compromiso y convicción de quienes participan en el diseño e implementación de la Estrategia, existen factores que condicionan su desempeño. Entender la Estrategia como un constructo producto de la interacción de actores y contextos, ayuda a tener una visión más realista de su alcance. En el caso colombiano no hay como esquivar la influencia del diseño institucional del Sistema de Salud. La segmentación de la población por regímenes de afiliación según vínculo al mercado laboral o la capacidad de pago impone una restricción estructural a iniciativas poblacional. Del mismo modo se presentan restricciones importantes para un enfoque territorial o familiar en salud debido al modelo de aseguramiento en salud. En el mismo sentido, la fragmentación en la prestación de los servicios incide en la estructuración de propuestas que busquen continuidad e integralidad en la atención en salud, tal como se demostró en este estudio en la relación, p.e, de la Estrategia “Enfamilia-APS” y la IPS Universitaria que podrían considerarse prestadores de servicios según el arreglo institucional del Sistema.

Referidos particularmente al Programa de Salud de la Universidad y a la Estrategia “Enfamilia-APS” se tienen unas particularidades que eventualmente podrían favorecer el desarrollo de ciertas iniciativas. Los afiliados pertenecen a un régimen de excepción, los cotizantes están vinculados laboralmente y tienen ingresos superiores al promedio de otras aseguradoras. Lo mismo puede decirse del nivel de escolaridad y de ciertas condiciones sociales favorables a la salud. Sin embargo, por otro lado, el envejecimiento de la población afiliada sumado a la prevalencia de enfermedades crónicas ha ido incrementando el uso de tecnología y de atención especializada, haciendo que la mayor parte de los recursos del Programa se orienten a la atención curativa y a un modelo morbicéntrico. Esto ha tenido como consecuencia la reducción del presupuesto para la Estrategia “Enfamilia-APS” llevando a bajas coberturas de la propuesta, intermitencias en su ejecución y cambios en el diseño inicial, por ejemplo, suprimiendo las visitas domiciliarias y la posibilidad de fortalecer un enfoque familiar.

La suma de los asuntos mencionados hace muy poco probable que la Estrategia “Enfamilia-APS” logre impactar las condiciones de salud de la población de manera

agregada, que es una de las expectativas de los directivos del Programa de Salud. Puede, como de hecho ha demostrado, afectar positivamente aspectos puntuales de quienes participan directamente de las actividades de la Estrategia, pero no necesariamente en la extensión (es decir, a nivel de toda la población afiliada) ni en los términos esperados por gestores del PSU, es decir, la modificación de variables biomédicas como el índice de masa corporal, el control de las cifras tensionales, de parámetros biológicos como el perfil lipídico o la glicemia en ayunas, etc., de los participantes de las actividades de la Estrategia. En unos casos por la frecuencia de las actividades propuestas, en otros porque no están orientadas a la modificación de dichas variables.

A partir de este estudio, quedan indicados grandes desafíos y en distintos niveles, si lo que se quiere es la mejoría en las condiciones de salud y de calidad de vida de la población y, en este caso en particular, de los afiliados al Programa de Salud. Hay, sin embargo, asuntos que con el direccionamiento del PSU deberían resolverse así sea en el nivel intermedio del contexto institucional y que exigen, fundamentalmente decisión política para reorientar recursos (económicos, técnicos, de talento humano, etc.): avanzar decididamente en la articulación de los prestadores; diseñar e implementar un modelo de atención con enfoque familiar; hacer un seguimiento más sistemático de los afiliados con enfermedades crónicas (incluyendo afectaciones de salud mental) así sea en los términos de la gestión del riesgo individual más convencional pero que en la actualidad está ausente. Y fortalecer apuestas como la Estrategia “Enfamilia-APS” que ha mostrado trabajar con una visión más amplia de salud y que incluso en el tema de modificación de estilos de vida, incorpora metodologías y una visión menos conductista que las que son frecuentes en el sector salud convencional.

Lo anterior, mientras podemos avanzar hacia la transformación de nuestro sistema de salud, de manera que lograr mayores niveles de calidad de vida de la población sea el *leit motiv* de todos sus actores y no la extracción de renta como ha sido el caso para muchos que se lucran con la enfermedad y el sufrimiento de la población. Un sistema de salud universal, sin barreras de acceso, con calidad técnica y humana, con enfoque territorial y diferencial que reconozca y respete las particularidades de poblaciones indígenas, afrodescendientes, LGBT, campesinas. Es decir, mientras logramos que nuestro sistema de salud sea factor de equidad y un derecho de ciudadanía y refleje valores de un proyecto civilizatorio más respetuoso con la vida en todas sus expresiones y más empático con el otro y respetuoso de las diferencias.

## REFERENCIAS

ALMEIDA N; SILVA J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latino américa. **Cuadernos médico sociales** , v. 75, p. 5–30, 1999.

ALVAREZ, B.; PELLISÉ, L.; LOBO, F. Sistema de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 8, n. 1/2, p. 55–70, 2000.

BANCO MUNDIAL. **Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud**. Washington, 1993.

BAÑON, R.; CABALLERO V; SÁNCHEZ M, G. Evaluación de la acción y de las políticas públicas: Una visión desde la bibliografía. In: **La evaluación de la acción y de las políticas públicas**. Madrid: Ediciones Diaz de Santos; SA, 2003.

BAYARSAIKHAN, D.; MUISER, J. **Financing health promotion**. [s.l: s.n.].

BUSTELO R, M. ¿qué tiene de específico la metodología de evaluación? In: **La evaluación de la acción y de las políticas públicas** . 1. ed. Madrid : Ediciones Diaz Santos; SA , 2003.

CASTAÑO, R. El riesgo primario frente al riesgo técnico: elementos para la negociación en contratos de capitación. **Revista Via Salud**, v. 35, p. 2–6, 2005.

CHAMPAGNE F et al. A análise de implantação. In: HARTZ Z (Ed.). . **Avaliação: Conceitos e métodos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editorial Fiocruz, 2011. p. 217–238.

CHAMPAGNE FRANÇOIS et al. Aavaliação no campo da saúde: Conceitos e métodos. In: **Avaliação: Conceitos e métodos**. 1. ed. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz , 2011. p. 41–60.

COLOMBIA. Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”. **Congreso de la República.**, n. Bogotá, 1993.

COLOMBIA. Resolución No. 4288 del 20 de noviembre de 1996. “Por medio de la cual se establecen las condiciones del Plan de Atención Básica en Salud”. **Congreso de la República.**, n. Bogotá, p. 8, 1996.

COLOMBIA. Ley 1438 del 19 de enero de 2011 “por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. **Congreso de la República.**, n. Bogotá, p. 51, 2011.

COLOMBIA.; Ministerio de la Protección social. **¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado. Capítulo 1: Avances y dificultades del sistema de salud para los pobres**. Bogotá: [s.n.].

COLOMBIA.; Ministerio de Salud. Resolución 412 del 25 de febrero del 2000. "Por la cual se

establecen actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de pr. **Ministerio de Salud**, n. Bogotá, p. 12, 2000.

COLOMBIA.; Ministerio de Salud Y Protección Social. **Gestión Integral del Riesgo en Salud. Perspectiva desde el aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. Documento de trabajo.**Bogotá., 2018. Disponible em: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-perspectiva-desde-aseguramiento.pdf>>

COLOMBIA. Ley 647 del 28 de febrero de 2001"Por la cual se modifica el inciso 3° del artículo 57 de la ley 30 de 1992". **Congreso de la República.**, n. Bogotá, p. 2, 2001a.

COLOMBIA. Decreto No. 2152 del 15 de noviembre de 2001. "Por el cual se proclama una política pública en el departamento de Antioquia". **Gobernación de Antioquia**, n. Antioquia, 2001b.

COLOMBIA. Ley 1122 del 9 de enero de 2007. "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". **Congreso de la República.**, n. Bogotá, p. 26, 2007.

COLOMBIA. Ley 1753 del 9 de junio de 2015. "Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 'Todos por un nuevo país'". **Congreso de la República.**, n. Bogotá, 2015a.

COLOMBIA. Ley 1751 del 16 de febrero de 2015. "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones". **Congreso de**, n. Bogotá, p. 13, 2015b.

COLOMBIA; Ministerio de Salud. Resolución 412 del 25 de febrero del 2000. "Por la cual se establecen actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de pr. **Ministerio de Salud**, n. Bogotá, p. 12, 2000.

COLOMBIA; Ministerio de Salud.. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. . 1996, p. 80.

COLOMBIA; Ministerio de Salud.. **Municipios Saludables por la paz: marco de referencia para su implementación en el país. Documento Técnico.**Bogotá.Ministerio de Salud, 1997.

COLOMBIA; Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5269 del 22 de diciembre de 2017 "Actualización Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC". **Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de regulación de beneficios costos y tarifas de aseguramiento en Salud.**, n. Bogotá, p. 193, 2017a.

COLOMBIA; Ministerio de Salud y Protección Social.. **Gestión integral del riesgo en salud, rol del asegurador e incentivos.**Bogotá, 2017b. Disponible em: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/07-girs-rol>>

incentivos.pdf2017>

COLOMBIA; Ministerio de Salud y Protección Social. **Cifras de aseguramiento en salud.** Disponible em:

<<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>>.

Acesso em: 11 nov. 2020.

COLOMER CONCHA; ALVAREZ DARDET CARLOS. **Promoción de de la salud y cambio social.** 1. ed. Barcelona: Masson, 2001.

CONILL, E.; FAUSTO, M. **Análisis de la integración de la atención primaria en salud en la red de servicios en europa y américa latina.** Rio de Janeiro: EUROsociAL Salud, 2009.

CORTE CONSTITUCIONAL; MAGISTRADO PONENTE DR. JOSÉ MANUEL CEPEDA. Sentencia T-760. . 2008, p. 436.

CRUZ MARQUES, M. DA. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. In: R, M.; BAPTISTA, T. (Eds.). . **Caminhos para análise das políticas de saúde.** Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 285–317.

DE SALAZAR, L. et al. **En busca de evidencias de efectividad en promoción de la salud en América Latina: Estado del arte de experiencias regionales** Santiago de Cali, 2003.

DE SALAZAR, L. **Evaluación de efectividad en promoción de la salud: Guía de evaluación rápida** Santiago de Cali, 2004.

DE SALAZAR, L. **Efectividad en promoción de la salud y salud pública: Reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio.** 1. ed. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle, 2009a.

DE SALAZAR, L. **Efectividad en promoción de la salud y salud pública: Reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio.** 1. ed. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle, 2009b.

DENIS JL; CHAMPAGNE F. Análise da implantação. In: HARTZ Z (Ed.). . **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas.** 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 49–89.

ESCOBAR, M. **Estado de la discusión y de la práctica de la promoción de salud en Colombia 1991-1999.** Medellín: Universidad de Antioquia, 2001.

ESLAVA J. Promoción y prevención en el sistema de seguridad social en salud. **Revista de salud pública** , v. 4, n. 1, 2002.

ESTRATEGIA ENFAMILIA-APS; PROGRAMA DE SALUD-SALUDA; UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. **Socialización Nuevo Modelo de Interacción, Enfamilia-APS** Medellín, 2012a.

ESTRATEGIA ENFAMILIA-APS; PROGRAMA DE SALUD-SALUDA; UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. **Oferta de Redes** Medellín, 2012b.

ESTRATEGIA ENFAMILIA-APS; PROGRAMA DE SALUD; UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. **Objetivos y nodos Enfamilia-APS.**Medellín, 2012.

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA; DIVISIÓN PROGRAMA DE SALUD. **Informe de caracterización de la población afiliada al Programa de Salud de la Universidad de Antioquia.**Medellín., 2021.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. **Como elaborar modelo logico de programa: um roteiro básico.**Brasília, 2007.

FLEURY, S. **Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina**Rio de JaneiroFundação Getúlio Vargas (EBAP/FGV; INDES/IADB), , 2002.

FLICK U. Amostragem, seleção e aceso. In: **Desenho da pesquisa qualitativa** . 1. ed. São Paulo : Artmed , 2009. p. 43–55.

FORTI, S. **La APS como ordenadora del sistema de salud: ventajas y desventajas de una puerta preferencial.**Rio de Janeiro, 2009.

FRANCO, S.; OCHOA, D.; HERNÁNDEZ, M. **La promoción de la salud y la seguridad social.** Santafé de Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo, 1995.

GARCÍA, C.; TOBÓN, O. Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención Básica: Qué los acerca? ¿Qué los separa? **Hacia la Promoción de la Salud**, v. 5, p. 7–21, 2000.

GÓMEZ A, R.; GONZÁLEZ, E. R. Evaluación de Prevención de la enfermedad y de la Promoción de la salud. Factores que deben considerarse. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 22, n. 1, p. 87–106, 2004.

GORBANEFF, Y.; TORRES, S.; CONTRERAS, N. Anatomía de la cadena de prestación de salud en Colombia en el régimen contributivo. **Archivos de Economía. Departamento Nacional de Planeación**, v. 259, p. 31, 2004.

IPS UNIVERSITARIA; UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. **Informe de Promoción y Prevención. Afiliados del Programa de Salud de la Universidad de Antioquia**Medellín, 2014.

LANGENBRUNNER, J.; LIU, X. **How to pay? Understanding and using incentives.** **Health Nutrition and Population Discussion paper.** Washington: [s.n.].

LEAVELL H.; CLARK G. Levels of application of preventive medicine. In: **Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach** . 3. ed. New York : Mc Graw-Hill , 1965. p. 14–38.

LONDONO, B.; JARAMILLO, I.; URIBE, J. **Descentralización y reforma en los servicios**

**de salud: El caso Colombiano.** [s.l: s.n.].

LONDOÑO J; FRENK. **Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina.** 1. ed. Washington : Banco Interamericano de Desarrollo , 1997.

LOPEZ L; ARANDA R. **Promoción de la salud: Un enfoque en salud pública.**Granada, 1994.

LOVE A. Implementation evaluation. In: WHOLEY J; HATRY H; NEWCOMER K (Eds.) **Handbook of practical program evaluation.** 1. ed. San Francisco: Jossey - Bass , 2004. p. 77.

MARTINSON K; O'BRIEN C. Conducting case studies. In: WHOLEY J; HATRY H; NEWCOMER K (Eds.). . **Handbook of practical program evaluation** . 3. ed. San Francisco : Jossey - Bass , 2010. p. 163–181.

MCPAKE, B.; KUMARANAYAKE, L.; NORMAND, C. **Contracting En: Health Economics – An international perspective.** Routledge ed. London: [s.n.].

MCQUEEN, D. **Bases científicas para la promoción de la salud.** Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. **Anais...**Ciudad de México: OMS/OPS/Secretaria de Salud de México, 2000

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: LIGIA MARIA VIEIRA DA SILVA (Ed.). . **Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 41–63.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.**Ottawa, 1986.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Atención Primaria en Salud: Mas necesaria que nunca.**Washington D.C, 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Carta de Ottawa. In: RESTREPO, H. (Ed.). . **Promoción de la salud: una antología.** 1. ed. Washington: OPS/OMS, 1996.

POLAND B; FROHLICH K; CARGO M. Context as a fundamental dimension of health promotion program evaluation. In: POTVIN L; MCQUEEN D (Eds.). . **Health promotion evaluation practices in the Americas: Values and research** . 1. ed. New York: Springer , 2008. p. 299–317.

POTVIN, L.; RICHARD, L. Evaluating community health promotion programmes. In: ROOTMAN, I. et al. (Eds.). . **Evaluation in health promotion: principles and perspectives.** Dinamarca: WHO Regional Publications. European Series, No. 92, 2001. p. 213–240.

POTVIN L; GENDRON S; BILODEAU A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: BOSI M; MERCADO F (Eds.). . **Avaliação qualitativa de programas em saúde: Enfoques emergentes** . 1. ed. Petrópolis : Editora Vozes , 2006. p. 65–86.

PROGRAMA DE SALUD -SALUDA; UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. **Informe sobre viabilidad financiera del Programa de Salud**.Medellín, 2014a.

PROGRAMA DE SALUD -SALUDA; UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. **Presentación Saluda-Programa Salud**Medellín, 2014b.

PROGRAMA DE SALUD -SALUDA; UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. **Audiencia de rendición de cuentas del período 2015**.Medellín.Presentación PPT, , 2016.

RESTREPO G. Itinerario de la evaluación de programas como disciplinas. In: **Modulo 6: Investigación evaluativa. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social**. Medellin: ICFES, 2002. p. 51–80.

RESTREPO, H. **Taller sobre Promoción de la Salud**Presentación en PPTMedellín, 2005.

RESTREPO, H.; MÁLAGA, H. **Promoción de la salud: cómo construir vida saludable**. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 2001.

RESTREPO H; MÁLAGA H. Como construir vida saludable. In: **Promoción de la salud** . 1. ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana , 2001.

ROTH D A. **Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación**. 1. ed. Bogotá: Ediciones Aurora, 2004.

RUTTEN, A. Evaluating healthy public policies in community and regional contexts. In: ROOTMAN, I. et al. (Eds.). . **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Dinamarca: WHO Regional Publications. European Series, No. 92, 2001. p. 341–363.

STEGMULLER, K. Economic behavior as leitmotiv in health policy in Germany and its consequences for prevention and health promotion. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 889–896, 2009.

STUFFLEBEAM D. O modelo CIPP para avaliação. In: **Introdução à avaliação de programas sociais. Coletânea de textos**. São Paulo: Instituto Fonte, 2004. p. 58–87.

TERRIS, M. **La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate**. 1. ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1993.

TRAD L. Desarrollo del campo de la salud colectiva. In: **Seminario internacional de la salud de colectivos** . 1. ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia , 2004.



VEGA, R.; CARRILLO, J. **APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS en Colombia.** XI Congreso Mundial de Salud Pública. **Anais...**Rio de Janeiro: 2006

WAGSTAFF, A. **Social Health Insurance vs. Tax-financed health systems. Evidence from OECD Policy Research Working Paper 4821.** Washington: The World Bank, 2009.

WEISS C. **Investigación evaluativa: Métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción.** 1. ed. Mexico : Editorial Trillon , 1992.

WHO EUROPEAN WORKING GROUP. **Health promotion evaluation:**Copenhague, 1998.