

36. CAPACIDADES TERRITORIALES PARA CONTRIBUIR A LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD EN CONTEXTOS INTERCULTURALES DEL CAUCA

TERRITORIAL CAPACITIES TO CONTRIBUTE TO THE GUARANTEE OF THE RIGHT TO HEALTH IN INTERCULTURAL CONTEXTS OF CAUCA

Marta Cecilia Jaramillo-Mejía⁷², Helena María Cancelado Carretero⁷³, Abelardo Jiménez Carvajal⁷⁴, Naydú Acosta Ramírez⁷⁵, Luz Elena Triana Vidal⁷⁶

Fecha recibido: 06/09/2021

Fecha aprobado: 23/11/2021

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN, EMPRESA Y SOCIEDAD – CIDIEES

Derivado del proyecto: *Capacidades Territoriales para contribuir a la Garantía del Derecho a la Salud en Contextos Interculturales del Cauca. Código Registro Minciencias: 67233)*

Institución financiadora: *Minciencias, Universidad Icesi, Universidad Libre. Cali.*

Pares evaluadores: *Red de Investigación en Educación, Empresa y Sociedad – REDIEES.*

⁷² Médica y cirujana, Universidad de Antioquia, Doctora en Medicina Clínica y Salud pública, Universidad de Granada - España, Docente e investigadora, Universidad Icesi, Cali, mcjara@icesi.edu.co

⁷³ Ingeniera Industrial, Universidad Católica de Colombia, Magister en Ingeniería Industrial, Universidad Icesi, Candidata a Doctora en Dirección de Empresas, Estrategia y Organización, Universitat de Valencia, Docente e investigadora, Universidad Icesi, Cali, hcancela@icesi.edu.co

⁷⁴ Enfermero, Universidad del Valle, Magister en Estudios Políticos, Pontificia Universidad Javeriana, Investigador, Universidad Icesi, Cali, abelardo65@gmail.com

⁷⁵ Médica y cirujana, Universidad del Cauca, PhD Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública de México, Docente e investigadora, Universidad Libre, Cali, naydu.acosta@unilibre.edu.co

⁷⁶ Biología, Universidad del Cauca, Postdoctorado en Patología Molecular, Universidad de Brasil, Docente e investigadora, Docente e investigador, Universidad Libre, Cali, luz.trianav@unilibre.edu.co

RESUMEN

Ante las complejas problemáticas socioeconómicas y de salud que se encuentran en el suroccidente de Colombia, el objetivo del proyecto es consolidar las capacidades territoriales en programas y servicios de salud priorizados, con participación social e interculturalidad para garantizar el derecho a la salud de la población del norte del Cauca y el litoral pacífico caucano. Para lograr el objetivo se propone un prototipo de modelo diferencial de APS, para municipios con alta ruralidad dispersa. La metodología incluye el diseño de intervención-evaluación, e implementación de una serie de actividades para el fortalecimiento de las capacidades territoriales en salud pública. Se utiliza un método mixto, que incluye un abordaje cuasiexperimental de comparación, y un estudio hermenéutico crítico. El grupo de tratamiento y el de comparación están constituidos por comunidades y administraciones territoriales de las subregiones del litoral pacífico y subregión norte del departamento del Cauca (7 municipios). Los resultados planteados son: propuesta de modelo diferencial de APS adaptado por territorio, diseño de procesos operativos del modelo diferencial de APS adaptado, prototipos comunitarios e institucionales para la innovación social en salud, curso en participación social e interculturalidad, monitoreo de procesos operativos para la implementación por municipio, sistematización de experiencias y lecciones aprendidas, y documento con lineamientos de política de participación social en salud. El protocolo que se presenta constituye una apuesta de innovación social desde la academia en cumplimiento de su misión y responsabilidad social.

PALABRAS CLAVE: *Atención Primaria en Salud, Innovación social, Intercultural, Participación social, Acceso en salud.*

ABSTRACT

Given the complex socioeconomic and health problems found in the south-west of Colombia, the objective of the project is to consolidate territorial capacities in prioritized health programs and services, with social participation and interculturality to guarantee the right to comprehensive and humanized health in the North and Pacific Coast of Cauca. To achieve the objective, a prototype of a differential model of PHC is proposed for municipalities with high dispersed rurality. The methodology includes the design of intervention-evaluation and implementation of a series of activities for the strengthening of territorial capacities in public health. A mixed method is used, which includes a quasi-experimental approach to comparison, and a critical hermeneutic study. The treatment group and the comparison group are made up of communities and territorial administrations from the Pacific coast subregions and the northern subregion of the department of Cauca (7 municipalities). The results proposed are: proposal of differential PHC model adapted by territory, operational processes of the adapted PSA differential model, community and institutional prototypes for social innovation in health, a course in social participation and interculturality, monitoring of operational processes for the implementation by municipality, systematization of experiences and lessons learned, and document with policy guidelines for social participation in health. The protocol presented constitutes a commitment to social innovation from the academy in compliance with its mission and social responsibility.

KEYWORDS: *Primary Health Care, Social Innovation, Intercultural, Social Participation, Health Access, Health Rights.*

INTRODUCCIÓN

El Departamento del Cauca, situado en el suroccidente del país, se caracteriza por una gran complejidad y diversidad socioeconómica y cultural. Acorde con datos del Plan de Desarrollo 2016-2019, un 60% de la población es rural; con una amplia riqueza multicultural, ya que cerca de un 44% de población se reconoce con pertenencia étnica, de los cuales 22% son indígenas y el restante se auto reconoce como negro, afrodescendiente, afrocolombiano o mulato. El Departamento del Cauca se subdivide en 7 subregiones, de las cuales en la subregión norte se encuentran 13 municipios y en la región pacífico 3 municipios. En estas dos subregiones se concentra cerca del 14% de la población afrodescendiente del Cauca, y se estima que en la zona pacífica estos constituyen el 95% de la población, mientras que, en las cordilleras se ubica predominantemente la población indígena. (Gobernación del Departamento del Cauca, 2016)

La variedad étnica implica una gran diversidad cultural, con creencias, prácticas y hábitos acorde a una cosmovisión particular, que desde la perspectiva del sector salud hay que tener en cuenta por su valor en capital social a la hora de diseñar modelos, planes e intervenciones, y esos saberes y sabedores ancestrales pueden constituirse en una ventaja o ayuda (por ejemplo aquellos relacionados con la partería para la atención materna); pero que si no se reconocen y valoran por el sistema de salud pueden tornarse en un obstáculo y representar una barrera cultural. (Gobernación del Departamento del Cauca, 2016)

En general el Departamento cuenta con una importante cobertura de malla vial, aunque con regular o mal estado en un alto porcentaje, principalmente vías secundarias y terciarias, como aquellas de la subregión Norte. Se destaca, además, que el Pacífico no cuenta con carreteras y la población se desplaza por medio de los ríos, en torno al cual se ubican las poblaciones y se realizan también sus actividades productivas (pesca). Hacia el interior del departamento se transportan por vía marítima o aérea. Las dos subregiones se caracterizan por un limitado desarrollo económico, bajo acceso a servicios, siendo predominante en el Pacífico donde es también limitado el flujo de mercancías por las limitaciones de transporte. (Gobernación del Departamento del Cauca, 2016).

En la prestación de servicios se identifican como retos la dispersión poblacional y se mencionan como municipios críticos aquellos de la Costa Pacífica: Guapi y Timbiquí

(Gobernación del Departamento del Cauca, 2016; Jaramillo-Mejía et al., 2018). En el análisis de situación de salud (ASIS) del Departamento para el 2017, se refiere que la mayor oferta de servicios de salud corresponde a Empresas Sociales del Estado (ESE), las cuales cuentan con limitados recursos para llegar a la zona rural y tienen dificultades para la consecución de profesionales de salud para los municipios más alejados. Se destacan también las dificultades en el acceso geográfico a servicios de salud de mediana y alta complejidad para las diversas subregiones, en términos de oportunidad, calidad del traslado, incremento de los tiempos y gastos de desplazamiento, los cuales impactan en gran medida a los pacientes de bajos ingresos (por transporte, alojamiento, alimentación, dejar de percibir ingresos), y que ponen en riesgo la salud de los pacientes, principalmente en casos de urgencias y gestantes. Para los servicios de mayor complejidad se requieren desplazamientos a Popayán, la capital del Departamento, o el municipio de Santander de Quilichao; siendo los gastos mayores para la población de la costa Pacífica debido a que el medio de transporte es fluvial o aéreo y algunos de los servicios se prestan en Buenaventura o Cali (Secretaría de Salud del Departamento del Cauca. Popayán, 2017). Las limitaciones del acceso geográfico se aducen como factores para que la población no demande servicios a los que tiene derecho y repercute en la calidad de vida e indicadores de morbilidad, mortalidad y eventos de notificación obligatoria, con graves inequidades sociales en salud. (Gobernación del Departamento del Cauca, 2016; Jaramillo-Mejía et al., 2018)

En los indicadores de salud del ASIS del 2017 se mencionan como problemáticas preocupantes la razón de mortalidad materna en el Cauca, ya que con un valor de 71,4 es notoriamente alta, en relación con la cifra para Colombia que es de 53,7 (Daza-García et al., 2021). Otros indicadores destacables como relevantes en el Departamento son la tasa de mortalidad neonatal con 7,9 por mil nacidos vivos (NV), y la mortalidad infantil con 12,7 por mil NV; la tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) es de 18,4 y enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años con una tasa de 6,8 por mil NV, cifras ligeramente más altas que las nacionales, aunque las diferencias no son significativas. También es crítica la tasa de mortalidad por desnutrición global en menores de cinco años, con 4,5%. (Gobernación del Departamento del Cauca, 2016; Secretaría de Salud del Departamento del Cauca. Popayán, 2017)

Dentro de los eventos de notificación obligatoria en el ASIS del Cauca para el 2017

se destacan la morbi-mortalidad por Infección Respiratoria Aguda, la tuberculosis, el dengue, malaria, leptospirosis y la fiebre tifoidea y paratifoidea. Otros indicadores con cifras preocupantes son: porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer con 8,4%; prevalencias de anemia en infantes entre 6 meses y 4 años con 32,6 por 1000 NV; y prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años con 23,1%; siendo esta última la más crítica, ya que la cifra nacional es de 13,2% (Secretaría de Salud del Departamento del Cauca. Popayán, 2017). En cuanto al componente de salud mental, acorde con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares (ENSPA) (2016), son preocupantes las cifras de prevalencia de consumo de alcohol en el Departamento del Cauca, con una cifra de 32,9% en el último mes en jóvenes entre 12 a 18 años; la prevalencia de consumo de marihuana en el último año con 7,6% y la prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año con 10,1%. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2016)

En consecuencia, en la Subregión Norte del Cauca se identifican determinantes sociales estructurales complejos con un entramado de problemáticas socioeconómicas y de salud. Partiendo del concepto Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la OPS, que las define como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”, se cuenta con un análisis reciente y minucioso de la relación existente entre las redes que prestan servicios de salud en el pacífico colombiano y en el Norte del Cauca, específicamente para los municipios de Buenaventura, Guapi, Santander de Quilichao, Caloto, Guachené., Miranda, Buenos Aires y Corinto; y en esa investigación los resultados obtenidos de éste, evidencian problemáticas críticas como son la forma como están estructuradas las redes de salud en los municipios dispersos, que genera fragmentación, falta de coordinación, asimetrías en la información, asimetría en las prácticas de calidad, percepción de mala calidad en la prestación del servicio, gastos de bolsillo para acceder al sistema, falta de oportunidad e inequidad para el usuario y empeoramiento de los indicadores de salud de la población. (H. Cancelado, 2018; Jaramillo-Mejía et al., 2018; OPS & OMS, 2010)

Para las instituciones de atención básica de los municipios dispersos del estudio

mencionado, se encuentra que no tienen mecanismos que les permitan coordinar de manera efectiva la prestación de servicios a un segundo nivel de complejidad, los mecanismos de referencia y contra-referencia no les permiten gestionar y no cuentan con mecanismos de gobernanza para compartir con otras organizaciones de la red, la visión y la cultura, que les permite generar resultados conjuntos, en pro de los pacientes. Se presentan agujeros estructurales, ya que no se valorizan e incluyen adecuadamente los actores comunitarios que pueden prestar servicios de salud, como agentes comunitarios, médicos tradicionales, parteros, entre otros y los actores de atención básica y complementaria, haciendo que no se favorezca la interculturalidad, la gestión del conocimiento, ni la aplicación de prácticas ancestrales en el territorio y la innovación social en salud. (H. Cancelado, 2018)

La estructura de las redes de salud de los municipios dispersos estudiados, tienen un efecto negativo sobre la gobernanza, siendo necesario fortalecer la centralidad, densidad e intermediación de manera que en la base de la red se generen mecanismos de coordinación y control que favorezcan el desarrollo de la gobernanza entre los actores y que permita vincularla a los procesos de gobernanza comunitarios para lograr resultados positivos en las RISS. El estudio concluye que es necesario fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas en las redes estudiadas, para generar espacios de participación y toma de decisiones que permitan movilizar la gobernanza entre los actores institucionales y comunitarios. La coordinación, integración y alineación tienen un efecto positivo sobre la gobernanza, siendo en las redes estudiadas factores con bajo desarrollo. Es necesario por tanto fortalecer estos mecanismos para que se logre la gobernanza entre los actores de la red. Sin un desarrollo mínimo de estos factores no es posible generar efectos positivos para el desarrollo de la gobernanza como capacitada para articular de la red como un todo y lograr resultados favorables sobre el entorno. (H. Cancelado, 2018)

La integración de redes de servicios de salud no constituye sólo un ejercicio contractual desde las Empresas Aseguradoras de Planes de Beneficio (EAPB), constituye un reto desde la teoría organizacional. Para construir redes de organizaciones capaces de generar mejores resultados e integrar como otro nodo a las redes comunitarias y para que los resultados en salud tengan tendencia a mejorar en el tiempo, se favorezca la gestión de conocimiento y los resultados positivos para todos los actores. El estudio de Cancelado (2018) concluye que, es importante continuar investigando cómo a partir de los resultados

previos, se pueden sugerir nuevas estructuras de red que favorezcan los resultados de las redes de salud en municipios dispersos, investigar sobre la gobernanza y el capital social desde el enfoque comunitario y proponer nuevos mecanismos que permitan gestionar la estructura de la red, la gobernanza, el capital social y redes de salud para municipios de alta dispersión, con el fin de tener un efecto positivo sobre los resultados en salud, calidad e innovación para los actores institucionales y comunitarios. (H. Cancelado, 2018)

OBJETIVOS

El proyecto que se presenta, tiene como objetivo general: “Consolidar las capacidades territoriales en programas y servicios de salud priorizados, con participación social e intercultural, mediante para un prototipo de modelo diferencial de APS para contribuir a la garantía del derecho a la salud integral y humanizada en el norte del Cauca y el litoral pacífico caucano, para el año 2021-2023”.

Los **objetivos específicos** son:

1. Adaptar el modelo diferencial de APS para programas y servicios de salud priorizados en los territorios.
2. Implementar el modelo diferencial de APS para programas y servicios priorizados.
3. Generar innovación social para la garantía del acceso a los servicios de salud con calidad.
4. Consolidar las capacidades territoriales en participación social e interculturalidad en salud.
5. Monitorear y Evaluar la garantía del derecho a la salud integral y humanizada en los territorios seleccionados.
6. Generar lineamientos de la política de participación social en salud articulada al modelo diferencial de APS.

MATERIAL Y MÉTODOS

El abordaje metodológico es de multi-métodos de casos múltiples, de amplio uso en investigaciones de sistemas y servicios de salud. Así, se privilegia el diseño de intervención-evaluación de la implementación de una serie de intervenciones relativas a capacidades

territoriales en salud pública, el uso de un método mixto complementario, que incluye un abordaje cuasi-experimental de comparación y un estudio hermenéutico crítico. Los casos y grupos de tratamiento o intervención y el de comparación están constituidos por comunidades y administraciones territoriales de las subregiones del litoral pacífico y subregión norte del departamento del Cauca, respectivamente.

Epistemológicamente se trata de encajar un objeto dinamizador del acceso al derecho a la salud por la vía de un modelo de atención, que es reproducible desde una primera construcción prototípica denominada “PROTOTIPO DE MODELO DE APS DIFERENCIAL PARA TERRITORIOS DE ALTA RURALIDAD DISPERSA DEL LITORAL PACÍFICO” (H. Cancelado et al., 2019). El objeto de estudio se entiende como un proceso interpretable y negociable frente a modelos mentales y contextuales de sus actores (instituciones aseguradoras, prestadoras y rectoras, agentes estatales, comunidades; organizaciones sociales) que hacen posible una construcción social de la realidad en salud. Se identifica como núcleo de la metodología el conjunto de teorías de las "ciencias de la implementación", que reconoce que es necesario el uso de teorías, modelos y marcos para obtener información sobre los mecanismos por los cuales es más probable que la implementación tenga éxito. En consecuencia, se seguirán los modelos y marcos como son: a) modelo de procesos; b) marco de determinantes; c) marcos de evaluación.

Para el desarrollo del objetivo 1: Adaptar el modelo diferencial de APS para programas y servicios de salud priorizados en los territorios, se realiza una investigación de tipo empírica mixta y no experimental, en donde se realiza un estudio del modelo de salud de cada municipio, partiendo de la cosmovisión de la comunidad, sus necesidades, sus barreras y dificultades para el acceso a la salud, con el propósito de desarrollar la adaptación del modelo diferencial de APS.

Se parte de un diagnóstico mediante un estudio cuantitativo con cuestionario, diseñado por los investigadores, teniendo en cuenta que este reúna los requisitos de confiabilidad, que es la capacidad del instrumento para producir resultados congruentes cuando se aplica por segunda vez en condiciones similares y validez, que tiene que ver con lo que mide el cuestionario y que tan bien lo hace, que es el grado con el que pueden inferirse conclusiones a partir de los resultados obtenidos.

La selección de los municipios se realizó teniendo en cuenta las características de las

zonas dispersas. Para la selección se tendrán en cuenta los municipios con disposición de participar en el estudio, por lo menos una por tipo de territorio y que entre todos los representantes del territorio exista representación de comunidades negras e indígenas.

La recolección de datos cualitativos se realizará por medio de entrevistas y talleres con los actores del territorio, en donde se utilizan métodos propios de la ingeniería Industrial para ajustar y validar el modelo, se definen mediante el uso del diagrama de flujo y el SIPOC (por sus siglas en inglés Supplier – Inputs- Process- Outputs – Customers).

Para la identificación de problemas potenciales y efectos con los datos cualitativos de la caracterización del modelo se usa el análisis de modo y efecto de falla (AMEF) y se hace un contraste de los resultados obtenidos con el ASIS municipal y departamental, para identificar brechas relacionadas con las necesidades de la población y con los procesos de prestación de servicio, para de esta forma proponer un modelo ajustado para territorios de alta ruralidad dispersa (TARD) objeto de estudio, que permita responder a la generación de conocimiento acerca de la concepción en implementación de modelos de salud en zonas de alta dispersión rural. (H. Cancelado et al., 2019)

Para el desarrollo del objetivo 2: Generar innovación social para la garantía del acceso a los servicios de salud con calidad, se utiliza el método de innovación y resolución de problemas *Design-Thinking*, que tiene su punto de encuentro justamente con la lógica de –pensar haciendo- que la adopta como una aproximación tangible e interactiva de generar conocimiento de una forma práctica, a través de un proceso rápido, sistemático e interactivo. (H. Cancelado et al., 2019)

El método *Design-Thinking* se apropia en esta investigación como estrategia metodológica integrada al proceso de construcción social comunitaria e institucional y en particular como aproximación conceptual de innovación en salud para resolver los desafíos del sector en la organización y procesos de servicios y obtención de resultados en salud en situaciones territoriales de alta complejidad institucional, desde una perspectiva holística y centrada en las personas, el cual se orienta a la resolución de problemas complejos, buscando el justo equilibrio entre -lo deseable- lo que las personas quieren, -lo factible- lo que es técnicamente realizable y lo accesible- eso que es disponible y posible en la organización. (H. Cancelado et al., 2019)

Es así, que la selección metodológica para generar innovación social para la garantía

del acceso a los servicios de salud con calidad, hace una contribución importante en el plano teórico sobre el rol de la innovación en salud en el contexto particular del sistema de salud colombiano actual, en el marco del Plan decenal de salud pública (PDSP), la implementación del Modelo de atención integral territorial de salud (MAITE) y la APS. Esta estrategia metodológica permite el aprendizaje y la experimentación en el contexto real. (CEPAL, 2014)

De otro lado, en el plano operativo, esta metodología en el contexto organizacional específico de los servicios de salud en los TARD, pone en evidencia algunas herramientas útiles del método que permite caracterizar barreras particulares. Es el caso de la participación activa de las comunidades, donde la realidad de los procesos de construcción conjunta con las comunidades los deja por fuera, y solo son convocados al momento de socializar lo definido (Acosta Ramírez et al., 2020; Blandón-Lotero & Jaramillo-Mejía, 2020). Otro aspecto que operativamente el método favorece, es la transversalidad de las competencias, haciendo posible la concurrencia de diferentes saberes, ideas e iniciativas; y finalmente, la gran oportunidad para el trabajo y construcción colectiva de soluciones a los problemas de salud en estas comunidades, dado por la estrategia de pasar de la reformulación de problemas a la experimentación activa. (Cancelado et al, 2018)

De esta manera, la articulación de las dos aproximaciones metodológicas para el ajuste del modelo diferencial partiendo desde una perspectiva de innovación social en salud, considerando los siguientes factores críticos: (Cancelado et al, 2018)

- La observación y reconocimiento propio de las necesidades por parte de la comunidad, y de las brechas existentes en el modelo nacional implementado en el territorio, por parte del equipo de investigación.
- Lograr construir un espacio de cuestionamiento crítico de lo convencional, es decir, de reconsiderar las aproximaciones y valoraciones a priori del modelo nacional de APS y todos los instrumentos de reorganización institucional del sistema, con las valoraciones que las comunidades exponen sobre la salud propia y sus prácticas.
- El análisis de los determinantes sociales de la salud (DSS) claramente en paralelo en los territorios y su diversidad.

Para el desarrollo del objetivo 3: Consolidar las capacidades territoriales en

participación social e interculturalidad en salud, se utilizará la metodología de formación para el desarrollo de capacidades de los actores institucionales y comunitarios. La metodología cubrirá las siguientes fases:

FASE DE ANÁLISIS:

- Identificación de necesidades educativas
- Consideraciones pedagógicas, didácticas y tecnológicas.
- Definición de principios de diseño.
- Análisis de experiencias internas y externas

FASE DE DISEÑO

- Decisiones curriculares: Competencias, objetivos
- de aprendizaje, estructura curricular.
- Selección de estrategias didácticas y actividades de aprendizaje
- Definición de estrategias de evaluación
- Definición de recursos

FASE DE DESARROLLO

- Creación de guías de aprendizaje
- Creación de contenidos
- Creación de recursos educativos
- Creación de mecanismos e instrumentos de evaluación
- Publicación en el LMS (de la sigla en inglés: *Learning Management System*)

FASE DE IMPLEMENTACIÓN

- Despliegue de la acción formativa.
- Ajustes al diseño de las guías, recursos y Contenidos en el LMS.
- Docencia en ambientes virtuales de aprendizaje (AVA): comunicación, acompañamiento, retroalimentación, configuración tecnológica
- Reflexión antes durante y después de la acción formativa

FASE DE EVALUACIÓN

- Evaluación formativa de todo el proceso
- Recolección de información del proceso: espacios de socialización, informes de docencia, encuentros individuales
- Análisis de la información del proceso

- Retroalimentación en cada una de las fases según los principios de diseño.
- Toma de decisiones pedagógicas, curriculares y tecnológicas para mejorar

Para el desarrollo del objetivo 4: Implementar el modelo diferencial de APS para programas y servicios priorizados, se utilizará la metodología de formador de formadores, con el propósito de dejar instaladas capacidades en el territorio, esta metodología permite que el equipo investigador frente al modelo transfiera conocimiento al personal institucional y a la comunidad para hacer viable la implementación del modelo diferencial en el territorio. Para ello desarrollará la siguiente actividad:

- Capacitar a los encargados de implementar. Las actividades de capacitación deben orientarse a fortalecer las capacidades de los actores institucionales y comunitarios que les permita desarrollar la capacitación en los territorios con una metodología de construcción colectiva.
- Sensibilizar a los involucrados. La activa participación de los diferentes actores permitirá que se adopte el modelo diferencial. La sensibilización debe estar orientada a lograr la comprensión, la toma de conciencia sobre la importancia y trascendencia, así como los beneficios que significará para la comunidad y para las instituciones la implementación del modelo.
- Implementar en el territorio con la participación de los actores. Teniendo en cuenta que se trata del empoderamiento desde el territorio y de la innovación en los procesos, la capacitación debe ser persistente, mostrando los avances, así como las dificultades y desafíos; y orientarse a lograr la participación de todos los involucrados.

Para el desarrollo del objetivo 5: Monitoreo y evaluación, se propone el modelo RE-AIM (Alcance, Efectividad, Adopción, Implementación, Mantenimiento), dado que la evidencia señala que, la efectividad de las intervenciones, la implementación de los modelos de atención o iniciativas en salud depende mayoritariamente de su adopción (Gaglio et al., 2013). Así, la calidad de esas iniciativas, modelos o servicios ofrecidos y de los programas de salud, pueden estar afectados por la forma en que estos se implementan. El desconocimiento o deficiente monitoreo de los procesos de implementación es una falencia

y uno de los puntos más críticos en el desarrollo de sistemas y servicios de salud.

Los procesos de implementación suelen describirse como análisis de casos, sin un método sistemático que considere instrumentos, estrategias, e indicadores que reflejen la implementación en diferentes niveles (tales como: individual, organizacional), ni con base en información o perspectivas de diversos actores (p.ej. profesionales, pacientes) (Nilsen, 2015). En respuesta a esta problemática en la evaluación en salud, han surgido nuevos paradigmas para conceptualizar, diseñar, y evaluar las iniciativas, modelos, políticas y/o servicios en salud denominados “ciencia de la implementación” o “investigación en implementación”.

La ciencia de la implementación busca describir, analizar e intervenir aquellos procesos y factores que se asocian a una integración efectiva de iniciativas, modelos o intervenciones, en un contexto clínico o comunitario en particular. (Nilsen, 2015)

Este nuevo paradigma propone el uso de estrategias, e indicadores específicos para evaluar todo el proceso con énfasis en la implementación. Es así como el modelo RE-AIM) ha sido propuesto para el desarrollo de procesos de evaluación en las distintas etapas de la implementación, tomando como punto de partida la evaluación de barreras y facilitadores, hasta la adaptación de intervenciones a contextos específicos, e incluyendo el establecimiento de monitoreo efectivo y permanente (Gaglio et al., 2013). Dicho modelo es visto internacionalmente como un método de evaluación que permite equilibrar el foco de la investigación entre la validez interna y externa, al considerar los procesos y resultados que son puestos en operación en los distintos niveles, tales como el individual, organizacional, o ambos.

En el nivel individual, (RE) el alcance y la efectividad, son evaluados con base en los individuos que participan y que se piensan pueden recibir un beneficio de salud a partir de una intervención (Gaglio et al., 2013). En este aspecto el alcance se define como el número de participantes, la proporción de la población-blanco que participa y la representatividad de los participantes con relación a la población-blanco. La Efectividad es evaluada como cambios en un resultado en salud, los potenciales resultados negativos y cambios en calidad de vida.

En el nivel organizacional (AI), la Adopción e Implementación de una iniciativa, modelo o intervención son evaluados con base en las organizaciones o agentes de

intervenciones (Gaglio et al, 2013). La Adopción se define en términos de organizaciones o agentes de intervenciones que podrían implementar y sostener una determinada intervención. Así, la Adopción es el número de organizaciones/ personal, proporción de la población blanco de organizaciones/personal que participan, y la representatividad de las organizaciones/personal participantes. La Implementación incluye el grado en que una intervención es aplicada como fue previsto y los costos asociados a la Intervención.

Finalmente, el Mantenimiento puede ser definido como el grado en que un efecto se mantiene en el nivel individual por un periodo (por ejemplo, al menos seis meses) tras el término de la intervención, así como el grado en que una intervención puede ser mantenida tras la conclusión de la financiación formal de una investigación. Implica entonces la medición de la continuidad y sostenibilidad en el tiempo de una iniciativa, modelo de atención o intervención en salud.

Para el desarrollo del objetivo 6: Generar lineamientos de política de participación social en salud articulada al modelo diferencial de APS. Este objetivo se concibe desde una perspectiva constructivista que privilegia la participación y movilización de los interesados y los propios investigadores. Esta relación estará fundada en un plan de trabajo concertado que se guíe por la incidencia y la acción colectiva como base para construcción de confianza entre el proyecto y los implicados y beneficiarios del mismo. (Blandón-Lotero & Jaramillo-Mejía, 2018)

Acudimos al concepto original de que una política pública es un acuerdo de voluntades que permite darle gobernabilidad a las opciones de política pública. En ese sentido, se procura darle voz a los implicados en la política de participación social en salud (PPSS) en el horizonte de darle legitimidad a los lineamientos finalmente formulados tanto en el plano local como en el subregional (norte y litoral pacífico caucanos).

Los dispositivos metodológicos previstos son entonces los siguientes:

- Recuperación de memoria institucional y documental sobre participación social en salud (PSS) desde la voz institucional y comunitaria (actores sociales);
- Formación-acción-reflexión como espacio de reflexividad para construir un pensamiento crítico sobre la PSS en contextos rurales y con diversidad étnica, que ayude a clarificar posicionamientos de la PPSS en cuanto objeto de transformación social;

- Creación de medios y modos pedagógicos y didácticos para la comprensión de la participación social en salud en un marco de entendimientos mínimos (cartilla comunitaria) y argumentaciones maximalistas en cuanto posibilidad de dar espacio al conocimiento local y cultural, de modo que los dispositivos pedagógicos (mural, cartilla, relatos) sirvan de recipientes para hacer que estos conocimientos propios como lógica local enriquezca el conocimiento en cuanto etnografía social;
- Movilización de sentidos y proposiciones mediante diseño y circulación de campaña de comunicación que sirva de referente para hacer lectura de realidades y fuente de reacciones frente a la movilización de ideas y sentires de los implicados y otros agentes que reaccionen desde los espacios locales socio territoriales y desde los espacios virtualizados (redes sociales);
- Interacción concertada entre el proyecto y los agentes del gobierno (sector salud, entes territoriales) a fin de materializar propuestas que definan lineamientos de PPSS como apuestas concertadas, orientadas a compendiar el modelo de atención en salud en cuanto condiciones de ruralidad y diversidad que lo hacen singular y reclamante de la PSS como parte del derecho a la salud de las y los colombianos.

RESULTADOS

El proyecto espera lograr mejores condiciones para que las poblaciones de los TARD puedan hacer uso de su derecho constitucional a la salud, mediante los siguientes resultados que fortalecerán las capacidades territoriales y por ende la gobernanza en salud:

- Modelo diferencial de APS adaptado
- Procesos Operativos del modelo diferencial de APS adaptado
- Prototipos Comunitarios e institucionales para la innovación social en salud
- Cursos/diplomado/taller en Participación Social e interculturalidad
- Procesos del monitoreo y evaluación del modelo diferencial de APS adaptado

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La necesidad de propiciar capacidades territoriales mediante un modelo de atención en salud, con enfoque diferencial para comunidades dispersas y rurales del litoral pacífico, fue evidenciada en el proyecto “Viabilidad de desarrollar un modelo de Atención Primaria en Salud diferencial, para municipios con alta dispersión rural del litoral pacífico - contrato 879-2015”. Esta investigación generó la construcción de un modelo prototipo, que, a partir de la comprensión de la territorialización, se basa en tres estrategias de reorganización de los servicios de salud, centradas en: Sanar el Territorio, como el core del prototipo de modelo diferencial de APS, y la gobernanza en salud, intersectorialidad, el capital social, la salud propia, los servicios de salud y la interculturalidad como sus elementos diferenciales. (H. Cancelado et al., 2019)

El prototipo de modelo propuesto representa una serie de retos que son reconocidos en la presente propuesta, para la implementación e impacto en contextos de diversidad territorial y cultural. Si bien el marco institucional del modelo de atención en salud se tiende a considerar homogéneo (el deber ser de la política PAIS y del modelo MIAS-MAITE), las circunstancias y procesos locales suelen ser discontinuos, dinámicos y complejos. En consecuencia, en el propósito de hacer transparente un modelado como vía hacia la implementación, se torna en una exigencia el desarrollar un proceso participativo y técnico de intervenciones sucesivas, inteligentes y consensuadas que permitan generar un modelo adaptable y adoptable en cuanto objeto que legitime voluntades, identidades y obligaciones socio-jurídicas. (Nilsen, 2015)

Las voluntades que se requieren convocar en procesos de fortalecimiento territorial en salud, como en el presente estudio, no suelen ser ajenas a procesos politizados, clientelizados y burocráticos que relentizan decisiones y afectan autorizaciones que mejorarían los procesos de atención en salud y de gestión de los derechos humanos en el territorio. Las identidades culturales de los grupos afrocolombianos y de los pueblos indígenas requiere constituirse en la base de la negociación del modelo de atención, cuestión que se ha venido remitiendo al Sistema Integral de Salud en Poblaciones Indígenas (SISPI) como marco de referencia del modelo diferencial en salud. Así, se reconoce que las obligaciones socio-jurídicas conjuntan a las minorías étnicas como titulares de derechos y a los agentes estatales como portadores de obligaciones en salud.

Se señala que el modelo comunitario exige su contextualización e implementación en un marco de complejidad, el cual pretende ser abordado por este proyecto de investigación, por lo demás acentuante de la capacidad de agencia y la estructuración de realidades locales que hagan iluminar el camino hacia una salud positiva y un derecho sanitario provisto de realizaciones que tienen como centro al ciudadano(a).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta Ramírez, N., González Restrepo, L. D., & Gil Forero, J. (2020). Project: IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE ESTRATEGÍAS EDUCOMUNICATIVAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL ÁREA RURAL MARGINAL EN CALI. En *La Educación, La Empresa Y La Sociedad Una Mirada Transdisciplinaria: Vol. Tomo IV* (pp. 28-56). Editorial EIDEC.

Blandón-Lotero, L. C., & Jaramillo-Mejía, M. C. (2018). Participación comunitaria en salud: Una revisión narrativa a la producción académica desde las desigualdades sociales. *Revista CS*, 91-117. <https://doi.org/10.18046/recs.i26.2851>

Blandón-Lotero, L. C., & Jaramillo-Mejía, M. C. (2020). Communities on the move: Community participation in health in rural territories of Buenaventura District in Colombia. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01239-8>

Cancelado, H. (2018). *Redes, Capital Social, calidad, ambiextria. Hacia una comprensión multinivel*. Valencia.

Cancelado, H., Núñez Cabrera, A., Jaramillo-Mejia, M. C., Gil Forero, J., Osorio Murillo, O., Bermúdez Jaramillo, P., & Blandón-Lotero, L. C. (2019). *Prototipo de modelo de APS diferencial para territorios de alta ruralidad dispersa del litoral pacífico* (MINISTERIO DEL INTERIOR DIRECCION NACIONAL DE DERECHO DE CERTIFICADO DE OBRA INÉDITA: 10-779-135).

CEPAL. (2014). *Innovación social en salud: Un aporte al avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37194-innovacion-social-salud-un-aporte-al-avance-objetivos-desarrollo-milenio>

Daza-García, V., Vásquez-Vásquez, H., & Jaramillo Mejía, M. C. (2021). *Percepción de los responsables de programas de atención materna en cuatro municipios del Cauca, frente a la implementación de un modelo de telesalud para la atención de las necesidades obstétricas*. Universidad Icesi.

Gaglio, B., Shoup, J. A., & Glasgow, R. E. (2013). The RE-AIM framework: A systematic review of use over time. *American Journal of Public Health, 103*(6), e38-46. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301299>

Gobernación del Departamento del Cauca. (2016). *Plan de Desarrollo «Cauca: Territorio de Paz»*.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2016). *Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015*. ICBF. <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional>

Jaramillo-Mejía, M. C., Cancelado, H., Gil Forero, J. C., Osorio, O., & Bermúdez, P. (2018). *Proyecto «Viabilidad de desarrollar un modelo basado en Atención Primaria en Salud para municipios con alta dispersión rural del litoral pacífico colombiano»* [Final]. Universidad Icesi, Universidad Santiago de Cali, Universidad Libre-seccional Cali y Universidad Javeriana-Cali.

Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science, 10*(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>

OPS, & OMS. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. OPS/OMS. http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf

Secretaría de Salud del Departamento del Cauca. Popayán. (2017). *Análisis de Situación de Salud con el Modelo de Determinantes Sociales de Salud.*