



**DOCUMENTO FINAL DE LA ASISTENCIA
TÉCNICA PARA EL RECONOCIMIENTO
DE LOS SERVICIOS COMUNITARIOS DE
TIPO A (SCA) POR EL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD DE COLOMBIA**

COLOMBIA, 2017

DOCUMENTO FINAL DE LA ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL RECONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS COMUNITARIOS DE TIPO A (SCA) POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE COLOMBIA

Primera edición. Lima, agosto 2017.

© Vía Libre

Jr. Paraguay 490, Cercado de Lima, Lima 1, Perú

vialibre@vialibre.org.pe | www.vialibre.org.pe

Teléfono: (+511) 203-9900

Director Ejecutivo de Vía Libre

Robinson Cabello

**Coordinación del Centro Regional de Asistencia Técnica para
Latinoamérica y el Caribe (CRAT) de Vía Libre**

Supervisión y Edición

Rosa Inés Béjar Cáceres

Plataforma Nacional de Servicios Comunitarios (Plataforma SCA)

Miguel Ángel Barriga Talero

Supervisión Técnica CRAT

Alfredo Mejía

Consultores CRAT

Jennifer Lorena Ortiz Melo

Jorge Eduardo Suárez Gómez

Jhon Jairo López Avendaño

Hernán Andrés Suárez Uribe

Corrección de Estilo

Carmen Franco Hip

Diagramación y Diseño

Héctor Ormaeche

Documento elaborado en el marco de la implementación de la asistencia técnica de la Iniciativa Estratégica de Comunidades, Género y Derecho del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, para la puesta en marcha de los procesos metodológicos que permitan conocer los posibles desafíos y áreas de fortalecimiento en la preparación de la sociedad civil y de las comunidades en el contexto de los procesos de transición sostenible en América Latina y el Caribe.

Esta publicación ha sido elaborada por el Centro Regional de Asistencia Técnica para Latinoamérica y el Caribe (CRAT) de Vía Libre. Derechos reservados. Se autoriza su reproducción parcial o total siempre y cuando se cite la fuente.

CONTENIDO

GLOSARIO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS	04
INTRODUCCIÓN	05
1. ANTECEDENTES	06
1.1. Marco de la acción comunitaria	06
1.2. Organización comunitaria	07
1.3. El papel de la comunidad en el sistema de salud	08
1.4. Estructura de la acción comunitaria	09
1.5. Ventajas y desventajas de las organizaciones de base comunitaria	10
1.6. Las organizaciones de base comunitaria y la salud sexual y reproductiva	11
2. MARCO NORMATIVO	12
3. ORGANIZACIONES DE BASE COMUNITARIA EN EL SISTEMA DE SALUD	14
3.1. Tipología y características de los servicios comunitarios	14
3.2. Formación de redes	16
3.3. Principios de las organizaciones de base comunitaria	18
3.4. Objetivo de las organizaciones de base comunitaria en el sector salud	18
3.5. Población beneficiaria de las organizaciones de base comunitaria en el marco de la salud sexual y reproductiva, y de la tuberculosis	18
4. SERVICIOS COMUNITARIOS	20
4.1. Asistencia social	20
4.2. Protección específica y detección temprana	20
4.3. Búsqueda activa	20
4.4. Gestión de la terapia	21
4.5. Líneas transversales	22
4.5.1. Educación continua	22
4.5.2. Gestión administrativa	22
5. COSTOS Y TARIFAS	23
5.1. Definición de costos	23
5.1.1. Costos fijos	24
5.1.2. Costos variables	25
5.1.3. Costos variables directos	25
5.1.4. Costos variables indirectos	25
6. POSIBILIDADES DE CONTRATACIÓN	31
7. PARTICIPACIÓN EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	33
8. ANÁLISIS SITUACIONAL DE LAS ORGANIZACIONES DE BASE COMUNITARIA	35
8.1. Georreferenciación	35
8.2. Tipos de organizaciones	35
8.3. Redes	36
8.4. Capacidad actual y servicios ofertados	36
8.5. Contrataciones realizadas por las organizaciones de base comunitaria	37
9. MONITOREO Y EVALUACIÓN	38
9.1. Indicadores de costo-efectividad	38
10. PLAN DE INCIDENCIA	39
11. BIBLIOGRAFÍA	40

ABREVIATURAS

APV:	Asesoría y prueba voluntaria para VIH
COPACO:	Comités de Participación Comunitaria en Salud
EAPB:	Entidades administradoras de planes de beneficios
EPS:	Entidades promotoras de salud
ESE:	Empresas sociales del Estado
GPS:	Guía de práctica clínica
HC:	Habitante de calle
HSH:	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
INVIMA:	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IPS:	Instituciones prestadoras de servicios de salud
ITS:	Infección de transmisión sexual
MIAS:	Modelo Integral de Atención en Salud
MT:	Mujeres trans (transgénero, travestis, transexuales)
MTS:	Mujeres trabajadoras sexuales
OBC:	Organización de base comunitaria
PAIS:	Política de Atención Integral en Salud
PIC:	Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
PID:	Personas que se inyectan drogas
PPL:	Personas privadas de libertad
PrEP:	Profilaxis preexposición
PVV:	Personas que viven con el VIH
PyP:	Promoción y prevención
RIAS:	Ruta Integral de Atención en Salud
RUT:	Registro Único Tributario
SC:	Servicios comunitarios
SCA:	Servicios comunitarios de tipo A
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDA:	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SSR:	Salud sexual y reproductiva
TB:	Tuberculosis
VBG:	Violencia basada en género
VIH:	Virus de inmunodeficiencia humana
VPH:	Virus del papiloma humano

INTRODUCCIÓN

Las organizaciones de base comunitaria (OBC) surgen de la necesidad de la comunidad de participar de manera activa en los procesos que la afectan para así enfocar sus actividades hacia un objetivo determinado y común a los miembros que la conforman. Si bien inicialmente estas organizaciones emergieron como colectivos informales, con el paso del tiempo algunas de ellas han llegado a adoptar formas más estructuradas y a participar de manera activa y continua en decisiones políticas y programáticas.

Las organizaciones comunitarias no son exclusivas de un sector. Así, existen múltiples experiencias, por ejemplo, en el abordaje de población adulta mayor, el uso de recursos naturales, la visión desde la psicología comunitaria, la salud sexual y reproductiva (SSR), entre otros.

En Colombia, país con epidemia concentrada de VIH/Sida, las OBC han surgido –al igual que en otros casos– como una respuesta organizada de la comunidad frente a ciertas circunstancias o problemáticas. En el caso particular del VIH y la SSR, surgieron de manera visible en los años 90, siendo los primeros los colectivos conformados por personas que vivían con el VIH, quienes exigían principalmente el manejo integral de la epidemia y el reconocimiento de sus derechos.

Las OBC han tomado un papel preponderante en las acciones de promoción, prevención y detección temprana con enfoque extramural llevadas a cabo por personas de las propias comunidades. Estas acciones, financiadas con fondos nacionales e internacionales, han permitido el acceso a información, educación, tamizaje y asesoría en tratamiento a la población de esas mismas comunidades, por lo que se tiene claro que la participación de miembros de cada comunidad debe mantenerse para lograr un mayor impacto y sostenibilidad de la respuesta.

La Plataforma Nacional de Servicios Comunitarios (Plataforma SCA) surge como resultado del Proyecto de la Novena Ronda del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial) en el componente de VIH, y fue adoptada por las OBC que participaron en la implementación de dicho proyecto.

La presente asistencia técnica tuvo como finalidad fortalecer la incorporación de estos servicios comunitarios al Sistema Nacional de Salud de Colombia. Para ello, se actualizó el diagnóstico situacional de los SCA; se analizó el marco normativo relacionado, los paquetes de servicios y los costos y las tarifas, y se validó una propuesta con estos componentes que incluyó además una norma de registro y un plan de incidencia política para lograr el registro de los SCA según un modelo formal acorde con la normatividad vigente.

1. ANTECEDENTES

En un ejercicio de autodenominación que tomaba en cuenta su conformación y sus acciones, los servicios comunitarios de tipo A se definieron como (MCP, Novena Ronda Fondo Mundial, 2015):

ONG [organizaciones no gubernamentales] u OBC de baja complejidad que ofrecen servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, espacios de participación y educación en derechos y ciudadanía, entre otros. Se caracterizan por ser lugares de apoyo, educación y encuentro comunitario. Estos servicios no cuentan con personal de salud permanente, ni con infraestructura que les permita habilitarse como instituciones prestadoras de servicios, pero se caracterizan por ser lugares de apoyo, educación y encuentro comunitario.

Se ha realizado la revisión bibliográfica correspondiente sobre los denominados servicios comunitarios y sus acciones, tanto en el campo de la SSR como en otras áreas. Como resultado, se encontraron diversos componentes de tipo cualitativo y cuantitativo que respaldan las acciones que se realizan desde la comunidad, así como las definiciones, los principios, los objetivos y los alcances de las mismas, lo que permite tener un contexto amplio y necesario para visualizar estos colectivos dentro del sistema.

1.1. Marco de la acción comunitaria

Las comunidades son las receptoras de todas las acciones que se generan desde la propia sociedad, el gobierno y la interacción de otros actores. De esta manera, recibe los beneficios, aunque también los perjuicios. Por otro lado, las comunidades son además gestoras de múltiples cambios a partir de las actividades que puedan llevar a cabo ellas mismas usando para ello los conocidos medios comunitarios también denominados medios ciudadanos, alternativos, autónomos, entre otros (Rodríguez, 2009).

Así, la movilización social surge de los medios comunitarios como una estrategia para la transformación social: los actores sociales participan en un proceso de cambio a favor de un determinado tema o problema (Ministerio de Salud y Protección Social & OPS, 2010). Según Marco Marchioni (2002), para que surja la acción desde lo comunitario, es necesario que se produzca un “proceso comunitario”, es decir, la decisión de la población y de los administradores (“voluntad política”), así como de los recursos (“voluntad técnico-científica”), más la integración y sinergia de acciones. En cuanto a “comunidad”, este mismo autor la define como “un territorio concreto, con una población determinada, que dispone de determinados recursos y que tienen^[sic] determinadas demandas” (Marchioni, 2002).

En el caso de la salud, se pueden analizar territorios, poblaciones, recursos y demandas. Es posible realizar esta diferenciación a partir de los entornos que se comparten, del riesgo al que se está expuesto (que puede ser modificable o no) o de la enfermedad. De esta manera, a nivel de población, se puede distinguir aquella que comparte un mismo entorno (como una comunidad indígena), un riesgo (como el caso de los fumadores) o una patología (como los pacientes diabéticos). Estas poblaciones pueden compartir un entorno (territorio), circunscrito y con una clara delimitación física, o podrían compartir entornos similares aun con ubicación geográfica distinta, como es el caso de los habitantes de calle. Asimismo, la demanda de cada población en particular tendrá similitudes o necesidades comunes. Por ejemplo, si se habla de personas que se inyectan drogas, ellas requieren el uso de insumos estériles para minimizar riesgos. Ahora bien, a nivel de recursos en salud, teniendo en cuenta los determinantes sociales, el origen de estos puede diferir dependiendo de aquello que se desee modificar o en lo que se quiera intervenir, específicamente los casos que involucran el comportamiento de las personas, pues exigen mayor uso de recursos propios correspondientes a gasto de bolsillo frente a aquellos que contemplan ya un proceso patológico cuya financiación es asumida por el sistema. Un ejemplo sería el caso del sedentarismo (comportamiento) frente a la obesidad (estado patológico).

Es importante entonces contemplar estructuras integrales que consideren a la población en su entorno y que, con el uso de recursos de origen mixto, puedan gestionar medidas en la comunidad de acuerdo a sus necesidades particulares. Un ejemplo puntual es el de las acciones en SSR. Las poblaciones atendidas suelen constituir las “poblaciones ocultas” o “de difícil alcance”, denominadas así porque involucran aspectos comportamentales que no son fácilmente aceptados por la población general debido a conceptos morales, religiosos o culturales que conducen a la discriminación y al estigma, y que, por ello, limitan su acceso a los servicios de salud convencionales.

Los entornos en los que estas poblaciones se encuentran pueden ser desde la calle hasta sitios de reclusión o lugares de recreación y esparcimiento como bares gays, saunas, sitios de encuentro sexual, entre otros. Las demandas de estas poblaciones se pueden agrupar en estrategias de prevención primaria y secundaria, y de atención con un enfoque diferencial, incluyendo estrategias de mitigación del daño y de rehabilitación. Además, en muchos casos se contemplan necesidades de carácter no sanitario, como lo son la protección social o la vinculación laboral. No obstante, si nos referimos puntualmente al ámbito de la salud, los recursos para atender a estas poblaciones, entornos y necesidades sólo se han destinado a responder la demanda espontánea de servicios debido, entre otras causas, a la limitación para acceder a las comunidades desde el sistema. Por ello, la acción comunitaria es beneficiosa.

1.2. Organización comunitaria

Las OBC nacen a partir de las necesidades de la propia sociedad con el fin de satisfacerlas, generar espacios de escucha, incidir en decisiones de tipo político y económico, entre otros propósitos.

Al inicio, las organizaciones pueden surgir a partir de los lazos existentes entre los individuos que las componen, como la cercanía geográfica, intereses comunes, entre otros, y en ellas el trabajo es una forma de vida (Lapalma, 2001). Luego, éstas van evolucionando de acuerdo a los sucesos que

acompañen su trabajo hasta convertirse en estructuras complejas capaces de dar respuesta a un mayor número de necesidades o contar con diversas opciones de trabajo.

Las variantes denominativas del término “organizaciones de base comunitaria” u “OBC” que aparecen en la literatura son “organizaciones de la sociedad civil”, “organizaciones de base” y “organizaciones no gubernamentales” (Wilson et al., 2010). Su definición es heterogénea y parte de la composición del término, pues tradicionalmente se relaciona “comunidad” con un lugar físico o geográfico, aunque también se puede relacionar con los intereses, las metas o los atributos comunes de un grupo de personas, o incluso con los patrones que definen su participación e interacción social, así como sus redes de interacción (Wilson et al., 2010).

1.3. El papel de la comunidad en el sistema de salud

Tradicionalmente, el Sistema Nacional de Salud de Colombia ha contemplado a la comunidad como un actor que es receptor de las acciones que se dan desde las aseguradoras y los prestadores tradicionales, que sí están dentro del sistema. Sin embargo, según el documento “Monitoreo y seguimiento de las acciones de AIEPI comunitario con actores sociales” del Ministerio de Salud y Protección Social, por “actor social” se entiende “un individuo u organización líder en la estructura social de la que forma parte, y que desde su posición se relaciona y comunica con otros ejerciendo influencia en la percepción de los hechos y el sentido de la vida cotidiana de la localidad” (Ministerio de Salud y Protección Social & OPS, 2010).

Sobre la base de dicho concepto, cobra relevancia la participación de la comunidad no sólo como receptora de acciones, sino como gestora de las mismas. La Declaración de Alma-Ata de 1978 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que “la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos^[sic], científicamente sólidos y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar^[sic], en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (OPS, 2012). Ese mismo documento establece que los individuos tienen “el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención en salud” (OPS, 2012) para contribuir a cerrar brechas, como, por ejemplo, las desigualdades sociales en salud. Para ello, se necesita la colaboración intersectorial entre las partes interesadas y las comunidades, y las OBC deben ser los principales interesados en este trabajo conjunto.

Los centros de atención primaria en salud de base comunitaria pueden ser el primer punto de contacto con los servicios de salud formales y pueden complementarse con actividades de asistencia social. Estos realizan actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades (Hoskins et al., 2005).

Parte de las acciones que se deben desarrollar desde la comunidad deben incluir, además, que ésta documente, mediante la investigación, las acciones que desde allí se realicen.

1.4. Estructura de la acción comunitaria

Aunque las formas de organización pueden variar, el fundamento de una OBC es ser participativa, contemplar las funciones del equipo comunitario y enfocar sus acciones en tres grandes áreas (Marchioni, 2002):

1. Organización comunitaria: Incluye la coordinación, programación y planificación de base. Garantiza la sostenibilidad, la organización de recursos y la orientación del trabajo. Permite que el grupo identifique y defina sus problemas, analice sus causas y consecuencias, y proponga posteriormente una serie de acciones (Ministerio de Salud y Protección Social & OPS, 2010).
2. Desarrollo comunitario: Según Marchioni (2002), es el trabajo dirigido a potenciar y desarrollar el “tejido social de la comunidad”, y consiste en el apoyo a los grupos y asociaciones existentes para fomentar sus mismas finalidades, promover el surgimiento de nuevos grupos y asociaciones de todo tipo, y favorecer procesos de participación, ya sea en el plan establecido o en todas las actividades comunitarias que se desarrollan en la comunidad.
3. Conocimiento y estudio: Garantiza la adquisición de conocimiento por parte de la comunidad, su actualización técnica y científica, el conocimiento de su problemática y la capacidad de proponer soluciones.

A nivel de los sistemas de salud, las OBC han tenido participación importante en Colombia y otros países del mundo. Se enfocan en la prestación de servicios sociales y de salud desde la comunidad, y también en temas de investigación, como en el caso de la respuesta al VIH, la estimación de prevalencias en grupos clave, la caracterización de la vulnerabilidad, la documentación del estigma y la discriminación, y otras áreas, como, por ejemplo, el cuidado del medio ambiente.

La evidencia científica es clara respecto a que la participación comunitaria contribuye a la mejora de los programas gracias a una mayor eficiencia y sostenibilidad, y a una mejor distribución de los servicios. Además, con ello, se puede mejorar la salud mediante la construcción conjunta y las intervenciones dirigidas que incluyan al paciente y a los usuarios del sistema, sobre todo a las poblaciones en particular riesgo de exclusión, como los jóvenes, las personas que viven con el VIH, los hombres que tienen sexo con hombres, las mujeres trabajadoras sexuales y las mujeres en general.

El registro de las acciones desarrolladas desde la comunidad permitirá, en primera instancia, caracterizar a la población beneficiada por dichas acciones, asegurar la trazabilidad de las actividades que se desarrollan, documentar los resultados y el impacto de éstas, y utilizar todos esos datos para las acciones de incidencia política. No obstante, en este contexto, el monitoreo tradicional se ha limitado hasta ahora al registro de las acciones como un conteo de actividades, sin describir el impacto ni realizar un análisis de costo-efectividad de las mismas. Por este motivo, la sistematización de datos se ha convertido en un punto crítico para obtener recursos que les den continuidad a las acciones de las OBC. Las medidas gestionadas desde la comunidad constituyen un componente clave propuesto por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades, especialmente en el caso del VIH/Sida, y se ha trabajado en el fortalecimiento de la capacidad de monitoreo de la epidemia, así como en la planificación, implementación y evaluación de estos programas (Mayberry et al., 2008).

1.5. Ventajas y desventajas de las organizaciones de base comunitaria

Las acciones de las OBC se sustentan en su cercanía con la comunidad, lo que, además de ser un factor diferenciador, es una de sus grandes ventajas. Un valor agregado y tal vez de lejos la mayor ventaja de las OBC en el ámbito de la salud es que realizan su trabajo en el entorno donde la comunidad se desarrolla, socializa o interactúa.

Según el documento “Monitoreo y seguimiento de las acciones de AIEPI comunitario con actores sociales” (Ministerio de Salud y Protección Social & OPS, 2010), por cada persona que recibe información de un trabajador de la salud, veinticinco lo hacen de medios de comunicación. A partir de esto, se ha buscado satisfacer la necesidad de información correcta y con sustento científico mediante otras estrategias, siendo una de ellas el trabajo comunitario realizado por las OBC.

Otras de las ventajas del trabajo comunitario –algunas de ellas mencionadas en el documento antes indicado–, son las siguientes:

- Las distancias se acortan.
- La salud comunitaria se refuerza con mensajes y prácticas clave sencillas que dan mejores resultados a menor costo.
- Se busca la apropiación del contenido por parte de la comunidad y sus grupos vulnerables.
- La inclusión de prácticas clave dentro de las funciones de las OBC y la ampliación de redes son el soporte para lograr el cambio de comportamiento.
- La intervención por parte de individuos pares facilita la recepción del mensaje y su implementación.
- La conexión del conocimiento científico con el saber comunitario y las vivencias de las personas facilita la vinculación de los buenos hábitos en el día a día.

A pesar de lo anterior, las OBC también representan ciertos riesgos y desventajas que afectan la motivación y facilitan la deserción de los agentes comunitarios que se capacitan, lo que perturba la sostenibilidad del componente comunitario (Ministerio de Salud y Protección Social & OPS, 2010):

- No suelen contar con sistemas de monitoreo y evaluación con elementos metodológicos.
- Falta respaldo institucional.
- Faltan implementos.
- No se planifican recursos para el seguimiento.
- No se atribuye relevancia a las acciones de la comunidad en el ámbito de la salud.
- Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) usan a los agentes comunitarios como mensajeros, sin darles la relevancia adecuada.
- No cuentan con el soporte adecuado ante la adversidad.

Pese al potencial de las OBC para promover y sostener la salud, prevenir la enfermedad y abordar los determinantes sociales en salud, muchas de ellas carecen de la capacidad necesaria para planificar, implementar y evaluar sus esfuerzos, lo que limita el grado en que puede medirse la eficacia de sus intervenciones (Mayberry et al., 2008).

1.6. Las organizaciones de base comunitaria y la salud sexual y reproductiva

Una de las áreas de la salud que mejor ha documentado las acciones comunitarias es la de SSR, con especial énfasis en el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS). A continuación, se reseñan algunos documentos publicados relativos a estas acciones:

- En un estudio se usaron estrategias comunitarias como las pruebas puerta a puerta en lugares de gran afluencia como centros comerciales, terminales de transporte público o restaurantes (pruebas móviles); análisis por contacto (parejas sexuales, hijos de personas que viven con el VIH y convivientes); pruebas móviles para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas, mujeres trabajadoras sexuales y adolescentes; autoanálisis; pruebas en el lugar de trabajo; análisis y consejería por parte de organizaciones basadas en la fe, y pruebas en escuelas. En cuanto a las personas a quienes se les ofrece pruebas del VIH y consejería desde la comunidad, más del 80 % de ellas las aceptan en entornos diferentes a la escuela y el lugar de trabajo, mientras que entre el 62 % y 67 % de ellas lo hacen en estos dos puntos. El costo por persona examinada osciló entre 2 y 126 dólares americanos (Suthar et al., 2013).
- En el caso del tratamiento antirretroviral, se describe la atención desde dos frentes. Uno es la descentralización, que se enfoca en acercar el servicio al paciente e incluye además la oferta de servicios de tipo social desde la comunidad o en la vivienda de los pacientes. El otro frente es la retención en el cuidado y la adherencia al tratamiento, que se enfoca en el seguimiento en el hogar y en el soporte psicosocial y el acompañamiento de pares. Esta segunda estrategia incluye la participación de agentes comunitarios, asesores pares y grupos de apoyo, así como otros servicios de índole social, como apoyo en nutrición, alimentación, educación y transporte (Mukherjee et al., 2016).

2. MARCO NORMATIVO

En el marco de esta asistencia técnica se realizó un análisis normativo cuyo objeto de estudio fueron los servicios comunitarios o servicios basados en la comunidad como actores relevantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en la implementación y aplicación de políticas públicas de promoción y prevención del VIH, la hepatitis B e ITS, servicios que son y se pretende que sean proporcionados por diversas agrupaciones no gubernamentales compuestas por líderes comunitarios, voluntarios, veedores y ciudadanos comprometidos con el servicio a comunidades en alto grado de vulnerabilidad frente a las patologías mencionadas, que son poblaciones altamente receptivas a las políticas de promoción y prevención entre pares que, por lo general, tienen condiciones socioculturales e identidad de pensamiento y de perspectiva similares frente a sus problemáticas particulares.

Fue así como se identificó la normatividad vigente que contempla a los servicios comunitarios como actores del sistema de seguridad social sin considerarlos instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) o entidades promotoras de salud (EPS). Posteriormente, fue necesario presentar una perspectiva relacionada con su eficacia, legitimidad y adecuación a parámetros de justicia en el contexto colombiano. Este análisis permitió establecer las posibilidades de prestación de los servicios, la forma de organización a la que estos pueden circunscribirse y su validez reglamentaria en el contexto del SGSSS.

El marco jurídico en el que podrían funcionar las organizaciones que ofrecen SCA constituye una compleja profusión de textos jurídicos que emanan del estado de derecho en Colombia relativos tanto al campo de la salud como al de la contratación pública. Tal marco incluye desde los tratados internacionales ratificados por Colombia hasta la Constitución Política del país, sus leyes, decretos, resoluciones y otros documentos relevantes.

La interpretación de ese conjunto normativo resalta que se deben proteger dos bienes jurídicos: el derecho fundamental a la salud y el derecho de los ciudadanos a participar en todas las decisiones que les afectan, así como en la vida económica, política, administrativa y cultural de la nación. En ambos casos, el Estado colombiano está obligado a procurar los mecanismos para que dichos derechos puedan hacerse efectivos.

Son varias los textos normativos promulgados desde 1993 que abren la puerta a la participación comunitaria en el sector salud. El recorrido culmina con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que reforma el sistema para que se centre en el usuario, y lo reorganiza en un modelo integral de gestión en el que exista coordinación entre todos los actores.

Facilitar el reconocimiento y la contratación de SCA por parte del Sistema Nacional de Salud implica modificar tres resoluciones específicas del Ministerio de Salud:

- Resolución 412/2000, “por la cual se establecen las 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 protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”.
 - Se propone añadir posibles actividades en los campos de la SSR, la tuberculosis (TB) y el consumo de sustancias psicoactivas que los agentes comunitarios de salud tendrán que implementar.
- Resolución 2003/2014 (mencionada en la introducción al diagnóstico situacional), “por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”.
 - Se propone incorporar a las organizaciones comunitarias que prestan servicios de salud como entidades contratables, de acuerdo a los requisitos que correspondan.
- Resolución 518/2015, “por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC)”.
 - Se propone incluir intervenciones colectivas para las que las organizaciones comunitarias sean la opción preferente de contratación.

En particular, se propone redefinir el concepto de “organización de base comunitaria” y de “agente comunitario” al agrupar los servicios que prestan en las siguientes categorías: asistencia social, protección específica, detección temprana, búsqueda activa, gestión de la terapia, educación continua y gestión administrativa.

En cualquier caso, las organizaciones de la sociedad civil deberán contar con la asesoría legal y administrativa correspondiente que les permita dotarse de las condiciones e instrumentos legales y técnicos necesarios para convertirse en prestadoras de servicios.

3. ORGANIZACIONES DE BASE COMUNITARIA EN EL SISTEMA DE SALUD

A partir de la revisión bibliográfica, el análisis normativo, el análisis situacional y el ejercicio en terreno mediante los talleres regionales y el Comité de Impulso de la Plataforma SCA, se logró construir una propuesta para la estructura, organización y oferta de servicios de las OBC en Colombia, la cual se presenta a continuación.

3.1. Tipología y características de los servicios comunitarios

Las acciones desde la comunidad cobran vital importancia en el logro de los objetivos en salud, particularmente en el caso de acciones orientadas al logro de cambios de comportamientos, a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud.

Así, en la comunidad surgen individuos que pasan a ser representantes y son capaces de desarrollar y liderar algunas de estas acciones. Es entonces donde surgen los “agentes comunitarios”. Si retomamos la definición ya expuesta de “agente comunitario”, encontramos que:

El agente comunitario de salud es una persona propuesta por su comunidad para que enseñe y promueva prácticas saludables en la familia y en su comunidad, en coordinación con el personal de salud y la comunidad organizada (Ministerio de Salud y Protección Social & OPS, 2010).

Por tanto, un “agente comunitario” es un individuo que surge de la comunidad y que actúa en coordinación con ella, pero también con el personal de salud. Vale la pena aclarar entonces, que, si bien el agente comunitario es una persona de la misma comunidad, es necesario que adquiera conocimientos, destrezas y competencias para que las acciones que imparta cuenten con total validez y respaldo dentro del sistema, pues el simple hecho de pertenecer a una comunidad o a un entorno específico no atribuye *per se* las cualidades necesarias para su accionar.

Tomando en cuenta lo anterior, consideramos la siguiente definición de “agente comunitario” en el marco del sector salud:

Persona propuesta por su comunidad –entendiendo “comunidad” como un grupo de personas de una región particular o vinculadas por características o intereses comunes, o que están unidas con sujeción a ciertas constituciones o reglas– que ha adquirido conocimientos, habilidades y destrezas que le atribuyen competencias determinadas para su acción en un contexto determinado y para la intervención en un conjunto de acciones enfocadas en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud de la comunidad a la que pertenece.

En el marco del Sistema Nacional de Salud de Colombia, un agente comunitario como el que se describe en esta definición tiene la capacidad de actuar de manera individual o colectiva, es decir, puede actuar como parte de una institución ya constituida (por ejemplo, una IPS, una entidad administradora de planes de beneficios o una entidad territorial) o puede actuar como parte de un colectivo, lo que constituiría una OBC.

La formación de un agente comunitario debe contemplar una capacitación de carácter teórico y la complementación práctica en el marco de la comunidad a la que representa, de conformidad con lo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la sociedad civil que represente el área en la cual el agente comunitario ejecutará su accionar.

Por lo tanto, las OBC son colectivos compuestos por agentes comunitarios cuyo fin es lograr objetivos en beneficio de la comunidad a la que representan y que se han organizado con una estructura más o menos diferenciada con el propósito de congregar a dichos agentes, pero que, además, tienen la capacidad de interactuar con otros agentes del sistema y de aportar acciones de manera sinérgica para la consecución de metas o la disminución de brechas en el marco de los determinantes sociales en salud.

Según su estructura, las OBC pueden ser de dos tipos, aunque pueden formar entre ellas redes de atención comunitaria y enlazarse con redes de atención primaria en el marco del Sistema Nacional de Salud de Colombia.

1. **OBC tipo I:** Estructura poco diferenciada o con diferenciaciones internas no formales, con líderes de acuerdo a las capacidades particulares y objetivos definidos, con conductas internas que obedecen a valores comunitarios o reglas conocidas, pero no escritas, donde las funciones de sus integrantes son divididas de acuerdo a las capacidades y necesidades de la comunidad. No poseen personería jurídica, estatutos ni organigrama, y la formación de sus integrantes está dada por agentes externos o por OBC tipo II. Sus procesos no están claramente definidos y las actividades parten del conocimiento colectivo. Los procedimientos de las actividades ejecutadas surgen de la adopción de documentación requerida por la normatividad vigente de los OBC tipo II o de las redes a las que pertenecen. Un ejemplo de OBC tipo I son los colectivos de apoyo o enfocados en actividades culturales, los cuales no han formalizado muchos de sus procesos.



Gráfico 1 . Estructura de las OBC Tipo I
Fuente: Elaboración propia

2. **OBC tipo II:** Estructura compleja, con un liderazgo, roles y funciones de sus integrantes definidos de manera explícita, así como con un reglamento interno constituido. Poseen personería jurídica, estatutos, organigrama y documentación de sus actividades y procedimientos, y crean acciones de mejora estructuradas según procesos claramente definidos. Pueden ofrecer servicios comunitarios de manera directa y poseen procedimientos estandarizados sobre los mismos.

Según esto, a nivel estructural, las OBC pueden además contar con la participación de individuos externos, de acuerdo a sus necesidades, para cumplir con sus objetivos misionales o procesos de apoyo en caso de que entre sus integrantes no se cuente con la formación, experiencia o competencias requeridas para tal fin.

En cuanto a las OBC tipo I, la participación de individuos externos no es permanente y sólo podrá obedecer a asesorías técnicas de manera esporádica. En cambio, esta puede ser permanente en el caso de las OBC tipo II si es para llevar a cabo acciones enmarcadas sólo en la asesoría técnica y el cumplimiento de procesos de apoyo.

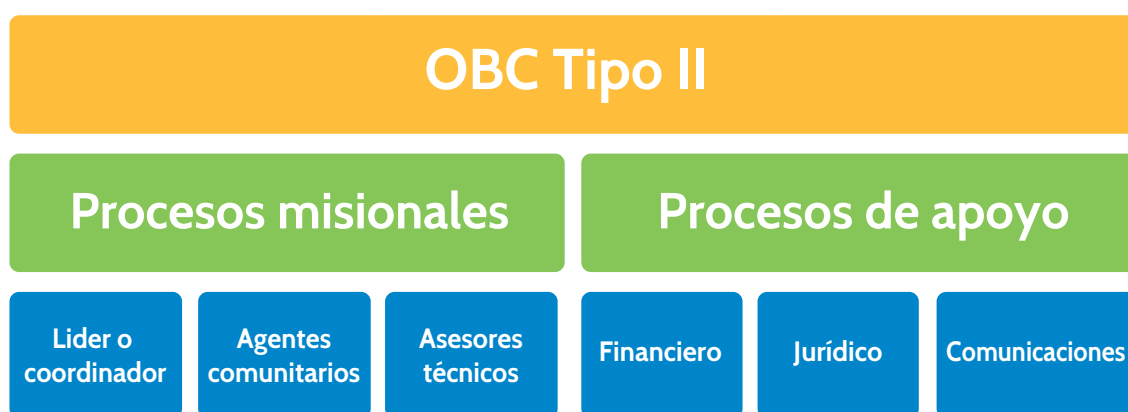


Gráfico 2 . Estructura de las OBC Tipo II
Fuente: *Elaboración propia*

3.2. Formación de redes

Las OBC que decidan incluir entre sus acciones aquellas enfocadas en estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad serán consideradas "asociaciones prestadoras de servicios comunitarios". Además de formalizarse en el marco legal y comercial, pueden organizarse en redes de atención comunitaria, así como enlazarse con redes de atención primaria en el marco del Sistema Nacional de Salud.

La formación de redes de atención comunitaria debe contar siempre con la participación de al menos una OBC tipo II que servirá de apoyo a las OBC tipo I y que aportará elementos normativos y documentales necesarios para su participación y vinculación formal dentro del sistema de salud.

Asimismo, las OBC pueden ser parte de una red de atención primaria, ya sea de manera particular o mediante una red de atención primaria comunitaria.

La constitución de redes se enmarca en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y en el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), y su objetivo es mejorar la cobertura para la población y el acceso de ésta a los servicios de salud.

El hecho de que estas organizaciones pertenezcan a la comunidad no las exime del cumplimiento normativo general ni del sector en el que se adscriban al constituirse o en el que se enmarquen sus acciones cuando éstas tengan una normatividad particular y específica. Por ejemplo, está el caso del manejo de vacunas o dispositivos médicos, que son susceptibles de acciones de vigilancia y control, según lo que estipule la normatividad vigente.

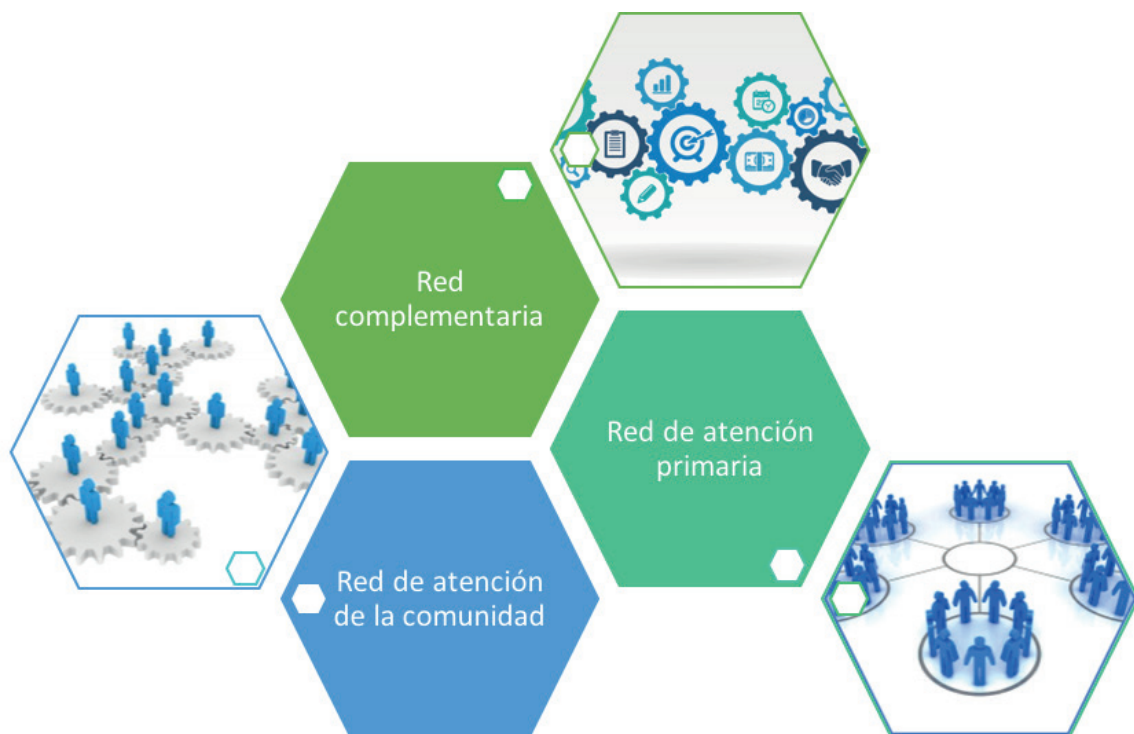


Gráfico 3 . Integración de redes
Fuente: Elaboración propia

3.3. Principios de las organizaciones de base comunitaria

En el marco del Sistema Nacional de Salud, las acciones de las OBC se deben regir por los siguientes principios:

- **Accesibilidad:** Las OBC deben ejecutar acciones en los lugares donde la comunidad a la que representan se reúna, socialice o resida, y deben facilitar el contacto de los individuos de dicha comunidad con el servicio de salud.
- **Integralidad:** Las acciones deben contemplar la valoración del individuo desde una perspectiva social, emocional, física, biológica y afectiva.
- **Calidad:** Las acciones ejecutadas por las OBC deben obedecer a la mejor evidencia científica disponible aplicable a su objeto, a las buenas prácticas, a la ética y a la normatividad vigente.
- **Eficiencia:** Todas las actividades de las OBC deben buscar el logro de un objetivo determinado en beneficio de la comunidad a la que representan, sin perjuicio de otros individuos o comunidades.
- **Ausencia de discriminación:** No deben existir acciones o actitudes que faciliten la discriminación hacia los individuos de la comunidad, que son los receptores de las acciones que las OBC desarrollan, o hacia miembros de otras poblaciones.
- **Pertenencia:** Los miembros de las OBC, sus objetivos y sus acciones deben guardar estrecha relación con la comunidad a la que representan y beneficiarla con sus servicios.
- **Enfoque diferencial:** Las OBC deben adaptarse a las características culturales, de lenguaje y de desarrollo de las comunidades a las que representan, de acuerdo a las acciones que llevan a cabo.
- **Confidencialidad:** Todas las actividades que las OBC ejecuten se llevarán a cabo con la confidencialidad y los mecanismos de protección de datos personales que estipula la normatividad vigente y aplicable al sector salud.
- **Transparencia:** Las actividades que se desarrollan en las OBC y la información que allí se maneja son de acceso público y cualquier persona interesada puede obtenerla.

3.4. Objetivo de las organizaciones de base comunitaria en el sector salud

Mejorar el acceso de los individuos a los servicios de atención en salud, como puerta de entrada al sistema, con el fin de mejorar el estado de salud de la comunidad a la que representan, lo cual incluye acciones de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y de apoyo en todas las demás etapas de atención contempladas en el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y las rutas que se generen desde la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

3.5. Población beneficiaria de las organizaciones de base comunitaria en el marco de la salud sexual y reproductiva, y de la tuberculosis

- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)
- Mujeres trans (MT)
- Mujeres trabajadoras sexuales (MTS)
- Habitantes de calle (HC)

- Personas privadas de libertad (PPL)
- Personas que se inyectan drogas (PID)
- Jóvenes
- Mujeres
- Mujeres gestantes
- Personas que viven con el VIH (PVV)
- Personas con infección por hepatitis B o C
- Personas con TB
- Grupos étnicos (afrocolombianos, palenqueros, raizales, indígenas, el pueblo Rom)

4. SERVICIOS COMUNITARIOS

Además de su papel activo mediante la participación ciudadana, la veeduría y el monitoreo de las acciones ofrecidas por los demás actores del sistema, la comunidad, por medio de las OBC, puede prestar servicios que partan de ella misma y que contribuyan a mejorar el estado de salud y bienestar de las poblaciones representadas por dichas OBC.

A partir del análisis situacional, el trabajo desarrollado en el marco de los talleres regionales y el Comité de Impulso de la Plataforma SCA, se identificaron acciones que se desarrollan actualmente o que se pueden desarrollar a nivel de las OBC. Se presentan líneas de trabajo genéricas, pero se enfatiza en las acciones o servicios a nivel de la SSR y la TB.

Los servicios que la comunidad puede prestar se agruparon en las líneas de trabajo señaladas a continuación. Cabe anotar aquí que una OBC puede prestar de manera parcial o total las actividades enmarcadas en estas líneas y en combinaciones de las mismas según sus capacidades, objetivos y las poblaciones beneficiarias.

4.1. Asistencia social

Comprende las acciones dirigidas a orientar, acompañar y fortalecer a las comunidades vulnerables con el fin de que puedan acceder a servicios de salud y a otras oportunidades para permitir así el empoderamiento de los individuos de determinada comunidad y la modificación de condiciones inequitativas. En este contexto, la comunidad tiene un papel de gestora del cambio y no sólo de receptora de acciones.

4.2 Protección específica y detección temprana

Las actividades de protección específica y detección temprana se enfocan en la promoción de comportamientos saludables, la identificación y modificación de factores de riesgo en la comunidad y los individuos para la prevención de la enfermedad, y la detección temprana de condiciones o patologías de interés en la comunidad a la que representan.

En todos los casos, las acciones y servicios están sujetos a la normatividad vigente y a los protocolos de atención en salud existentes.

4.3 Búsqueda activa

En todas las situaciones en las que se identifican individuos en riesgo o con diagnóstico confirmado de una situación o condición médica se debe procurar que el paciente se mantenga activo en la ruta de atención mientras la situación o la condición que generó su ingreso a la misma se mantenga o hasta que el diagnóstico se descarte.

En aquellos casos en los que los pacientes abandonan un programa de atención, las estrategias de recaptura pueden ser implementadas por agentes comunitarios para reintegrar a los pacientes al centro de atención y dar continuidad al manejo indicado.

4.4. Gestión de la terapia

La adherencia al tratamiento es indispensable para el éxito terapéutico en el caso del VIH, la TB y otras ITS. El cumplimiento de la terapia representa un punto crítico para el logro de metas clínicas y la disminución de la transmisibilidad de la patología; por ende, disminuye la incidencia.

Algunas veces, la falta de cumplimiento del manejo médico obedece a circunstancias de difícil abordaje por parte del personal de salud, y ha quedado demostrado el aporte que puede ofrecer la comunidad en este aspecto.



Gráfico 4. Líneas de acción de las OBC
Fuente: Elaboración propia

4.5. Líneas transversales

Se plantean dos líneas de acciones transversales en aras de mejorar el accionar de las OBC.

4.5.1. Educación continua

Aquí se promueve la formación organizada, estructurada, estandarizada y actualizada de los agentes comunitarios según las líneas de acción que estos provean de acuerdo a las buenas prácticas, la ética, la normatividad vigente y las guías de práctica clínica y protocolos en salud existentes.

Asimismo, es importante la oferta de servicios de educación a externos, tanto dentro como fuera del sector, en temas de gran experticia por parte de la comunidad, como lo son:

- Identidad de género
- Orientación sexual
- Enfoque diferencial
- Estigma y discriminación

4.5.2. Gestión administrativa

Esta línea implica orientar acciones desde la comunidad hacia los individuos que requieran el servicio que hayan sido identificados mediante una o varias de las líneas de acción antes mencionadas.

La gestión administrativa incluye acciones como las siguientes:

- Identificación y conocimiento de la ruta de atención
- Identificación y conocimiento de la red de prestadores
- Orientación y canalización a servicios de asesoría jurídica
- Orientación y acciones preventivas y correctivas en el marco del aseguramiento en salud
- Contacto con otros actores para la continuidad de acciones

5. COSTOS Y TARIFAS

El uso racional de recursos del Sistema Nacional de Salud se beneficia de la identificación de las personas con VIH, TB u otras ITS, de la notificación de sus contactos y su posible exposición, de la provisión de un manejo médico adecuado, y de los servicios de prevención y atención psicosocial que incluyan: 1) cambios positivos del comportamiento y la reducción de la infecciosidad, 2) disminución de la transmisión y 3) disminución de la incidencia y mejora de la salud pública (CDC, 2008). Las acciones desde la comunidad contribuyen a estas tres líneas de trabajo.

Hasta el momento, las OBC han mantenido su accionar principalmente gracias a recursos de proyectos y algunas veces con recursos propios, siendo mínima la cantidad de OBC que han logrado cerrar y ejecutar contrataciones con otros actores del sistema que les permitan la sostenibilidad a largo plazo. De hecho, sólo el 13 % de las OBC que diligenciaron el instrumento de actualización refirieron haber tenido excedentes suficientes que garantizaran su sostenibilidad a largo plazo tras una contratación.

Por lo tanto, es necesario contar con herramientas mínimas generales para establecer los costos que se requieren para la ejecución de las acciones desde la comunidad, así como las consecuentes tarifas. Dicho ejercicio requiere la capacitación de las entidades y el asesoramiento continuo de expertos en la materia.

5.1. Definición de costos

El primer paso para la presupuestación de las actividades que se ejecuten en una OBC es la definición o clasificación de los gastos necesarios para la ejecución de las mismas.

En términos generales, los costos se dividen en dos tipos: costos fijos y costos variables. Estos, a su vez, se clasifican en costos directos o indirectos. Los costos fijos se benefician de la economía de escala, pues no dependen del nivel de producción que se tenga, mientras que los costos variables se incrementan de manera proporcional por cada unidad de producto que se elabore. Por su parte, los costos directos son aquellos que se pueden identificar directamente en el producto, actividad o línea de trabajo, mientras que los indirectos son aquellos cuya identificación no puede realizarse o resulta muy difícil.

Tabla 1 . Distribución sugerida de costos en una OBC

Costos Fijos	Costos Variables
<ul style="list-style-type: none">- Planificación, administración y supervisión del programa- Capacitación del personal- Monitoreo y evaluación- Infraestructura- Equipos y mobiliario- Impuestos- Financiación	<ul style="list-style-type: none">- Servicios públicos- Agentes comunitarios- Sesiones de asesoría y consejería- Pruebas rápidas- Paquetes preventivos- Vacunas- Alimentación- Transporte

Fuente: Elaboración propia

5.1.1. Costos fijos

Los costos fijos corresponden a aquellos que, independientemente del nivel de producción, deben ejecutarse. Por ejemplo, los costos de arrendamiento, personal administrativo, vigilancia, mantenimiento de equipos, actualización web, manejo de redes sociales, entre otros.

Costos fijos directos

Generalmente corresponden a la “mano de obra”. Según las exigencias normativas o del servicio, se debe establecer la necesidad mínima de personal en cuanto a profesionales, técnicos y agentes comunitarios, así como la dedicación en horas por día mínima que exige la Resolución 2003 de 2014 o según los requerimientos que fueran pertinentes para la atención en el manejo clínico.

Además, se debe realizar una exploración del mercado laboral de la zona donde se va a instalar el servicio con el fin de establecer los salarios por contratación laboral que suelen percibir los profesionales contemplados. Se deben adicionar como costos aquellos porcentajes que se establecen en la norma para asumir las obligaciones con el SGSSS, los parafiscales (si aplica), el auxilio de transporte (si aplica), el valor de hora nocturna con su respectivo recargo, así como vacaciones, primas y cesantías. Asimismo, se deben establecer valores a sustraerse dependiendo del paso del tope de salario mínimo integral. Se debe establecer también el valor de la hora del profesional para una carga laboral estándar de 192 horas al mes. A esto se le denominó “costo hora laboral”. Por otro lado, debe establecerse también el valor de la hora según una carga laboral de 240 horas al mes, pues este dato es la referencia para el cálculo de los recargos. Ahora bien, para el cálculo de los costos y valores de la hora es necesario tener en cuenta el costo total del trabajador para el empleador, mas no el salario percibido. Con base en esta información se calcula la necesidad diaria y mensual de profesionales, así como el costo total que ellos representan.

Costos fijos indirectos

Corresponden a aquellos técnicos y profesionales que el servicio amerite para el manejo administrativo. Deben incluirse aspectos normativos cuando proceda, pero puede ser a discreción de quien proyecte el servicio o quien lo requiera. Como mínimo, estos costos deben garantizar la continuidad y la oportunidad del servicio. Los cálculos de personal y costos deben seguir los mismos pasos expuestos para la nómina asistencial. También se contemplan aquí los costos por uso de instalaciones o arrendamiento, según sea el caso, costos de vigilancia (si aplica), telefonía e internet, impuestos, estrategias de mercadeo, entre otros.

5.1.2. Costos variables

Los costos variables corresponden a aquellos que dependen directamente del nivel de producción. Por ejemplo, los paquetes de prevención, las pruebas rápidas, vacunas y, en algunos casos, el pago de los agentes comunitarios que se dediquen a labores como la captura de pacientes o la realización de asesorías podrá constituir un costo variable.

5.1.3. Costos variables directos

En general, corresponden a insumos, material informativo para repartir, entre otros.

5.1.4. Costos variables indirectos

Corresponden a la suma de conceptos de servicios públicos (agua y energía), gestión de residuos hospitalarios y similares, y uso de elementos de segregación de residuos (como bolsas y guardianes). Incluyen también los costos por el servicio de alimentación y transporte en caso de que se requieran, entre otros.

Ejercicio de costeo

Para una actividad que se desee ejecutar como servicio comunitario, se debe realizar un ejercicio de costeo antes de establecer una tarifa y, por supuesto, antes de iniciar la actividad.

En todos los casos se sugiere realizar un seguimiento de la ejecución desde el punto de vista de costos y frecuencias con el fin de identificar desviaciones que sugieran el desperdicio o la potencial optimización de recursos.

Los pasos para el ejercicio de costeo son:

1. Identificar todos los conceptos que se requieran para la ejecución de la actividad.
2. Definir los costos por categorías.
3. Definir capacidad instalada para costos fijos, tanto directos como indirectos.
4. Establecer el costo por unidad de producción y el costo total.
5. Establecer el margen esperado ideal y mínimo.
6. Establecer el panorama mínimo, intermedio y óptimo de ingresos.

A continuación, se presenta un ejercicio de costeo para la recaptura de pacientes en abandono:

1. Identificar todos los conceptos requeridos.

- Arrendamiento
- Contador
- Administrador de la OBC
- Sistema de monitoreo y evaluación
- Coordinación de la actividad
- Agentes comunitarios
- Servicios públicos
- Transporte
- Telefonía e internet

2. Clasificar los costos por categorías.

- Arrendamiento CFI
- Contador CFI
- Administrador de la OBC CFI
- Sistema de monitoreo y evaluación CFI
- Coordinación de la actividad CFD
- Agentes comunitarios CVD
- Servicios públicos CVI
- Transporte CVD
- Telefonía e internet CVI

3. Definir la capacidad instalada para costos fijos, tanto directos como indirectos.

Los costos fijos indirectos en general no tienen un límite para la producción de actividades; sin embargo, los costos fijos directos sí pueden tener un máximo de capacidad en la ejecución.

Concepto	Tipo de costo	Capacidad instalada
Arrendamiento	CFI	Sin límite
Contador	CFI	Sin límite
Administrador de la OBC	CFI	Sin límite
Sistema de monitoreo y evaluación	CFI	Sin límite
Coordinación de la actividad	CFD	1000 personas
Agentes comunitarios	CVD	8 personas por día
Servicios públicos	CVI	Sin límite
Transporte	CVD	Sin límite
Telefonía e internet	CVI	Sin límite

Fuente: Elaboración propia

4. Establecer el costo por unidad de producción y el costo total.

Se muestra el ejercicio de costeo para la gestión efectiva de 200 recapturas en un mes:

Concepto	Tipo de costo	Capacidad instalada	Costo total	Costo unitario
Arrendamiento	CFI	Sin limite	\$ 500,000	\$ 2,500
Contador	CFI	Sin límite	\$ 500,000	\$ 2,500
Administrador de la OBC	CFI	Sin limite	\$ 2,000,000	\$ 10,000
Sistema de monitoreo y evaluación	CFI	Sin límite	\$ 200,000	\$ 1,000
Coordinación de la actividad	CFD	1000 personas	\$ 1,000,000	\$ 5,000
Agentes comunitarios	CVD	8 personas por día	\$ 1,000,000	\$ 5,000
Servicios públicos	CVI	Sin límite	\$ 200,000	\$ 1,000
Transporte	CVD	Sin límite	\$ 880,000	\$ 4,400
Telefonía e internet	CVI	Sin limite	\$ 100,000	\$ 500
Costos totales			\$ 6,380,000	\$ 31,900

Fuente: Elaboración propia

5. Establecer el margen esperado ideal y mínimo.

Si la actividad se encuentra en el tarifario vigente de actividades en salud (en este caso, el Tarifario SOAT) o cuenta con una tarifa conocida en el mercado, se procederá a calcular el margen de acuerdo a esta tarifa; de lo contrario, es necesario realizar el ejercicio de costeo para proponer una tarifa con el contratante. A continuación, se muestran algunas actividades existentes en el Tarifario SOAT que son susceptibles de aplicarse en las diferentes líneas de acción de los servicios comunitarios. Cabe anotar que en el mercado de salud colombiano es poco frecuente el uso de la tarifa SOAT plena, y se suele contratar con un porcentaje de descuento sobre la misma.

Tabla 2. Tarifas SOAT vigentes para el año 2017 para algunas actividades de las OBC

SOAT	CUPS	Descripción	Puntos SOAT	Tarifa SOAT
19547	906223	Hepatitis B, anticuerpo antisuperficial	3,61	\$ 88,800
19559	906225	Hepatitis C, anticuerpo G	4,06	\$ 99,800
19878	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 y 2 anticuerpos	2,87	\$ 70,600
19885	906039	Treponema pallidum, anticuerpos, prueba treponémica manual o semiautomatizada o automatizada	3,31	\$ 81,400
19886	906915	Prueba no treponémica manual	0,53	\$ 13,000
37701	890209	Consulta social, sesión	0,62	\$ 15,200
37702	890209	Consulta familiar, sesión	0,69	\$ 17,000
37703	890309	Terapia familiar, sesión	0,92	\$ 22,600
37704	990107	Acciones socioeducativas a grupo, sesión	0,55	\$ 13,500
39360	990113	Actividad individual o grupal de promoción, prevención o protección específica (por cada sesión)	0,37	\$ 9,100
40109	A20001	Acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y protección. Departamentos de: Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y Región de Urabá. Se exceptúan los municipios de Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio y Yopal.	0,16	\$ 3,900
40114	A22001	Acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y protección específica (por cada sesión)	0,18	\$ 4,400
40124	A22001	Acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y protección específica (por cada sesión)	0,18	\$ 4,400

Fuente: Elaboración propia con base en tarifario SOAT 2017

En el caso de la búsqueda de pacientes para recaptura no se encuentra una tarifa establecida; por tanto, se debe proceder a calcularla.

En términos generales, se sugiere que el margen de un producto o actividad esté por encima del 30 % de la tarifa final a cobrar. Adicionalmente, se debe procurar que aquellos costos indirectos no superen el 15 % de los costos respecto a la tarifa.

Si se analiza el costo unitario establecido para la recaptura de 200 pacientes en un mes, la tarifa mínima que debería establecerse por paciente efectivamente recapturado, con una eficiencia del 100 % en esta actividad, sería de \$ 45,571, lo cual representaría la siguiente distribución de porcentaje de costos:

Tipo de costo	% costos	% tarifa
CFI	50 %	35 %
CFD	16 %	11 %
CVD	29 %	21 %
CVI	5 %	3 %

Fuente: Elaboración propia

Si se analiza el costo unitario de cada uno de los conceptos, el mayor costo unitario lo representa el administrador de la OBC, lo que significa que se debería tener un mayor nivel de producción. En el marco de la economía de escala, en el que se deben tener otras unidades productivas o en el que se debe optimizar este costo en las OBC, se debe evaluar, por ejemplo, si dicha figura es requerida o si quien realiza estas actividades puede asumir la labor de coordinación de éstas.

Por ejemplo, al aumentar el nivel de producción con la recaptura efectiva de 1000 pacientes, la distribución de costos, es la siguiente:

Tipo de costo	% costos	% tarifa
CFI	21 %	15 %
CFD	7 %	5 %
CVD	62 %	44 %
CVI	10 %	7 %

Fuente: Elaboración propia

6. Establecer el panorama mínimo, intermedio y óptimo de ingresos.

Asumiendo una tarifa de \$ 30,000 por cada paciente efectivamente recapturado y proyectando la recaptura de 1000 pacientes por mes, se tendría un margen de utilidad del 50%. Ahora, es necesario establecer el panorama mínimo, intermedio y óptimo de ingresos de acuerdo a la efectividad de la actividad.

Panorama	% efectividad	Ingresos mes	Costo final unitario	Margen final
Mínimo	70 %	\$ 14,700,000	\$ 16,900	44 %
Intermedio	80 %	\$ 16,800,000	\$ 16,150	46 %
Óptimo	90 %	\$ 18,900,000	\$ 15,567	48 %
Ideal	100 %	\$ 21,000,000	\$ 15,100	50 %

Fuente: Elaboración propia

Se observa que existe una disminución directamente proporcional del margen final en relación con el porcentaje de efectividad de la actividad. Por lo tanto, el Coordinador o Líder de la OBC debe garantizar la ejecución de las acciones de manera adecuada, efectiva y eficiente con el fin de brindar una atención de calidad y garantizar la correcta distribución de los recursos.

6. POSIBILIDADES DE CONTRATACIÓN

En principio, la prestación de los servicios comunitarios en el contexto económico colombiano puede desarrollarse en dos modalidades. La primera modalidad es exclusivamente gratuita o filantrópica. En este caso, las asociaciones prestadoras de servicios comunitarios no reciben remuneración alguna como contraprestación por sus intervenciones en los procesos de prevención, promoción y cuidado de la salud de las poblaciones destinatarias. En segundo lugar, existe la posibilidad de que las asociaciones de servicios comunitarios en salud realicen su intervención en el sistema y en las comunidades destinatarias y beneficiarias mediante una modalidad empresarial en la que los actores sí reciben una contraprestación económica por sus intervenciones en los procesos prevención, promoción y cuidado de la salud de las poblaciones destinatarias.

En el contexto jurídico colombiano, esta última opción implica la necesidad de establecer las posibilidades de acceso de las OBC a los procesos de contratación de sus servicios en las modalidades de contratación pública y privada.

En definitiva, la prestación de los servicios comunitarios en salud por parte de personas naturales o jurídicas puede desarrollarse válidamente en el ámbito de las relaciones contractuales públicas o privadas, con arreglo a las disposiciones anteriormente indicadas. Para tal efecto, las OBC, en aras de fortalecer sus oportunidades de acceso a la contratación pública y privada, deberán:

- **Planear.** Desarrollar un proceso de planificación de los servicios comunitarios que se ofrecen a la comunidad de tal manera que se defina el alcance, las actividades de intervención, los actores que participan en dichas actividades, los costos, la viabilidad y el seguimiento de resultados obtenidos en el proceso. Todo ello debe redactarse en un lenguaje fácilmente comprensible, adaptado a la comunidad y con una perspectiva diferencial.
- **Utilizar modelos contractuales acordes con las necesidades del contratante.** En el desarrollo de ese proceso de planificación es necesario adoptar la figura contractual que más convenga para la contratación pública o privada en cuyo marco se realizarán los procesos de intervención comunitaria, cumpliendo con los parámetros y requisitos necesarios para la validez de la contratación.
- **Formalizar la prestación de los servicios comunitarios.** Si la intervención comunitaria ha de realizarse por medio de asociaciones de prestación de servicios comunitarios, es necesario que éstas adopten una forma de constitución que les permita acceder fácilmente a la contratación pública y privada.
- **Visibilizar los servicios comunitarios como actores útiles y eficientes dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** Las expectativas de contratación de los servicios comunitarios

aumentan o disminuyen de acuerdo a los efectos medibles producidos en las comunidades destinatarias de la intervención. Visibilizar estos efectos mediante estrategias de comunicación selectiva permite aumentar las condiciones de acceso a los sistemas de contratación pública y privada.

- **Desarrollar sistemas de monitoreo y evaluación.** En la medida en que la contratación no tenga una naturaleza especulativa y, por el contrario, permita procesos de contratación basados en datos objetivos, empíricos, cuantitativos y cualitativos, las entidades contratantes podrán creer en la viabilidad de invertir recursos en la implementación de servicios comunitarios como actores fundamentales del SGSSS.

7. PARTICIPACIÓN EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El Sistema Nacional de Salud de Colombia es un sistema de mercado que reconoce la existencia de varios actores que interactúan y se relacionan en un marco regulatorio que pretende orientar su accionar. Es así que podemos distinguir fácilmente algunos de ellos:

1. **Los compradores de servicios de salud**, que, bajo la denominación general de “entidades responsables de pago”, cumplen el papel de garantes de los servicios a los que tienen derecho los usuarios, para lo cual desarrollan redes de entidades que se convierten en sus proveedores, a las que contratan sus servicios y reconocen un pago por ellos.
2. **Los prestadores de servicios de salud**, organizados en torno a las intervenciones y actividades que se requieren para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento, la rehabilitación o, en los casos en que lo anterior no haya sido posible, la paliación.
3. **El usuario**, quien tiene derechos y deberes en torno a su salud, el cuidado de la misma y su recuperación cuando haya sido afectada.

La reglamentación existente procura establecer reglas de juego claras que orienten las relaciones entre los diferentes actores del sistema y aseguren que sus actividades estén dirigidas al logro de los objetivos previstos respecto a resultados en salud, calidad de atención y eficiencia en el uso de recursos.

El elemento dinamizador de las relaciones entre compradores y prestadores de servicios de salud lo constituyen los procesos contractuales, pues son los mecanismos mediante los cuales se materializan las relaciones entre estos y los usuarios. Ya se ha descrito y analizado en el capítulo anterior que éste es un factor fundamental que las OBC deben abordar para ser reconocidas en el sistema y para que sus servicios sean viables a futuro.

Para ello, el desarrollo de portafolios de servicios y herramientas de costeo que posibiliten su prestación de conformidad con el ordenamiento legal es una pieza fundamental, así como el reconocimiento de las posibilidades que el sistema de salud tiene para la interacción de las OBC con los actores descritos, ya sea como personas naturales o como cualquiera de los diferentes modelos de formalización antes mencionados.

Adicionalmente, el sistema establece posibilidades de asociación entre los diferentes actores. Entre ellas podemos mencionar las siguientes:

- Conformación de sociedades comerciales.
- Formación de uniones temporales o consorcios.
- La asociación o contratación de terceros para la oferta de servicios empleando esquemas de externalización, operación o tercerización como procesos mediante los cuales una empresa, al identificar que una porción de su proceso de negocio podría ser realizada de forma más eficiente o más efectiva por otra corporación o persona, la contrata o se asocia con ella para desarrollar esa porción de negocio.

Este último caso les permite a los prestadores de servicios de salud incorporar a un tercero en su operación, ya sea como aliado o contratado, para desarrollar parte de sus procesos en un ambiente de calidad y eficiencia, lo cual puede ser ejecutado en una o varias sedes del prestador y puede estar organizado por procesos o subprocesos, o por tecnologías requeridas.

Todo lo anterior abre una importante ventana de oportunidad a las OBC, pues así su accionar no se limita a la compra, venta o provisión directa de servicios según la modalidad y condiciones que hayan elegido, sino que se posibilita su interacción con otros prestadores –sean estos comunitarios o no– para su incorporación en la dinámica del sistema, lo que amplía su rango de acción y permite la corrección de deficiencias organizacionales o de capacidad administrativa o técnica.

8. ANÁLISIS SITUACIONAL DE LAS ORGANIZACIONES DE BASE COMUNITARIA

En Colombia, actualmente existen y operan 112 OBC cuyas acciones se enfocan en poblaciones conformadas por pacientes con TB, personas que usan sustancias psicoactivas, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres trans, mujeres trabajadoras sexuales, jóvenes, mujeres y gestantes.

Se realizó una actualización de datos vía web mediante formularios de Google® que los líderes de cada OBC respondieron. Esta actualización incluyó la recopilación de datos básicos de las OBC, sus condiciones en cuanto a infraestructura, talento humano, dotación, documentación y otros aspectos tomando como referencia el servicio de detección temprana y protección específica de la Resolución 2003. Asimismo, incluyó además el estado de procesos de contratación y las actividades que contemplen la prestación de servicios en salud desde la comunidad.

8.1. Georreferenciación

Según el análisis situacional, las OBC participantes se encuentran en las mismas regiones donde existe la mayor concentración de personas que viven con el VIH, especialmente en las capitales de los departamentos donde se concentran la mayoría de los programas que atienden a más de 100 personas que viven con el VIH (ver mapas en el documento anexo de “Análisis situacional”). Esto representa una oportunidad de intervención con las poblaciones beneficiarias de las OBC en SSR mencionadas y con los servicios comunitarios que se propone prestar en el documento.

8.2. Tipos de organizaciones

Representar claramente los tipos de OBC tipo I y II en el país dentro del análisis situacional es complejo, pero se pueden señalar las siguientes apreciaciones relacionadas con esta tipificación:

Relacionadas con posibles OBC tipo I:

- 15 % sin personería jurídica, pero 9 % sin estatutos
- 29 % sin informe financiero en los dos últimos años (2014-2015) y 33 % sin sistema contable
- 42 % sin manuales administrativos y 43 % sin manuales financieros
- 38 % sin manuales, 41 % sin guías y 43 % sin protocolos

A partir de esto, se puede apreciar que alrededor del 40 % de las organizaciones se pueden comportar como OBC tipo I a pesar que manifiesten tener personería jurídica.

Relacionadas con posibles OBC tipo II:

- 84 % de las organizaciones tienen personería jurídica, de las cuales 99 % poseen estatutos; 62 %, manuales administrativos, y 63 %, manuales financieros. Además, 41 % de ellas poseen manuales y guías completos (sean o no socializados y evaluados), y 35 %, protocolos completos.

Esto implica que posiblemente entre el 40 y 50 % de las organizaciones se pueden comportar como OBC tipo II, pues tienen procesos definidos y documentan sus actividades.

8.3. Redes

Frente a la posible conformación de redes, podemos observar lo siguiente en el análisis situacional:

- 12 % de las organizaciones utilizan instalaciones de otro servicio comunitario.
- 19 % de las organizaciones utilizan instalaciones de una institución prestadora de salud (IPS).
- 7 % de las organizaciones han sido contratadas en el último año por medio de una IPS.
- 10 % de las organizaciones han sido contratadas en el último año por medio de empresas sociales del Estado (ESE).

En cuanto a las organizaciones que ya ofrecen servicios, 34 % de ellas lo hacen en la búsqueda activa para tamizaje en poblaciones específicas; 46 %, en la búsqueda activa de población diagnosticada para ingreso al programa, y 37 %, en la búsqueda activa de pacientes para reingreso luego de abandono del programa.

Lo anterior nos permite inferir que existen previamente redes donde participan las OBC y que pueden participar en las redes propuestas por el MIAS.

8.4. Capacidad actual y servicios ofertados

El análisis de la capacidad actual estuvo orientado a la infraestructura intramural y dotación extramural, así como en el talento humano en servicios de promoción en SSR, prevención de ITS, VIH/Sida, asesoría y prueba voluntaria para VIH (APV), realización de pruebas rápidas del VIH, búsqueda activa para tamizaje y para el traslado de personas diagnosticadas al programa y recuperación de pacientes que abandonaron el tratamiento. A partir de dicho análisis, destaca lo siguiente:

- 72% de las organizaciones poseen consultorio con condiciones mínimas para APV.
- 20% de ellas poseen consultorio con condiciones mínimas para APV y la realización de pruebas rápidas.

En cuanto a la disponibilidad de ambientes, áreas o espacios y a las características excluidas, delimitadas y señalizadas en los inmuebles de las OBC, 33 % de las organizaciones poseen una condición mínima con consultorio no médico para acciones de promoción y prevención, incluidas APV, y 24% de ellas poseen una condición mínima con consultorio no médico para acciones de promoción y prevención, incluidas APV y la realización de pruebas rápidas del VIH.

Se pudo observar además lo siguiente:

- Baja dotación para actividades extramurales: 48 % tienen de 1 a 2 rotafolios; 54 %, de 1 a 2 modelos anatómicos, y 41%, de 1 a 2 materiales didácticos. Además, la siguiente proporción de organizaciones no poseen la dotación que se señala a continuación:
 - 42 %: carpas abiertas
 - 68 %: carpas cerradas
 - 33 %: rotafolios
 - 33 %: modelos anatómicos
 - 70 %: stands
 - 18 %: material didáctico

Considerando que el 88 % de los servicios comunitarios en el país desarrollan actividades extramurales, sólo un pequeño porcentaje de ellos poseen una dotación adecuada para realizarlas.

- Con respecto al talento humano, existe buena participación de líderes comunitarios (37 % entre 1 y 5, y 37 % entre 6 y 10), de voluntarios (29 % entre 1 y 5, y 34 % entre 6 y 10), de auxiliares de enfermería (55 % entre 1 y 2), de auxiliares en salud pública (32 % entre 1 y 2), de profesionales en psicología (56 % entre 1 y 2) y de profesionales en trabajo social (56 % entre 1 y 2).

En cuanto a los servicios ofertados, la mayoría de ellos se enfocan en la educación y asesoría en el uso del condón (94 %), en la educación en prevención de ITS y VIH (82 %), en la educación y asesoría en adherencia (58 %), en la entrega de kits de prevención (56 %) y en la canalización, aseguramiento e ingreso al sistema de salud (56 %).

8.5. Contrataciones realizadas por las organizaciones de base comunitaria

Durante los últimos cinco años, ha sido bajo el nivel de contratación de las OBC con las aseguradoras e instituciones de salud, que se han enfocado en lo siguiente:

- Con las aseguradoras: 20% en charlas y educación de población, 18% en entrega de condones y kits preventivos, 11 % en tamizaje de poblaciones específicas y 14% en paquetes de servicios en promoción de la salud y detección temprana.
- Con las instituciones de salud (IPS, ESE y otros): 23% en campañas de promoción y prevención; 22 % en atención de grupos de apoyo, 21 % en servicios de escucha, asesoría de pares y acompañamiento; 11 % en la búsqueda activa de pacientes para ingreso al programa después del diagnóstico; 14% en la búsqueda activa de pacientes para diagnóstico (abordaje, asesoría y tamizaje); 7 % en la búsqueda activa de pacientes para reingreso luego de abandono del programa; 10% en asesoría en adherencia a la terapia antirretroviral, y 22% en asesoría en el uso del condón.

9. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Las acciones ejecutadas desde la comunidad deben estar sujetas a monitoreo y evaluación a partir del registro de las mismas mediante el uso de un sistema de información, el seguimiento de su ejecución, el cumplimiento de objetivos y la evaluación de su efectividad e impacto dentro del sistema.

El monitoreo permite el seguimiento de las acciones y objetivos, y el logro de metas previamente establecidas. Por su parte, la evaluación da pie a la mejora continua a partir de la visualización de las fortalezas y debilidades del proceso para lograr dichas metas.

El monitoreo se debe enfocar en dar respuesta a preguntas específicas respecto a los servicios ofertados, y todos los registros que de ello se generen deben contribuir a tal fin. La información se debe analizar y revisar de manera regular para optimizar la efectividad y eficiencia de las acciones ejecutadas. El informe final ampliado contiene una propuesta detallada de indicadores de estructura, proceso y resultado para su adaptación y eventual adopción.

9.1. Indicadores de costo-efectividad

La madurez de las acciones ejecutadas desde las OBC, así como el registro y la implementación de un sistema de información y de monitoreo y evaluación permitirán la obtención de indicadores de tipo económico tales como:

- Costos evitados por acciones preventivas
- Costo-efectividad de estrategias comunitarias
- Costo-utilidad de acciones desde la comunidad

Dichos indicadores deberán explorarse en el futuro mediano y deberán plantearse para la documentación de la efectividad de las acciones ejecutadas en el marco de la investigación comunitaria.

10. PLAN DE INCIDENCIA

Se presenta como anexo un plan de acción que comprende:

- Plan de conformación y posicionamiento de la Plataforma de SCA como una organización con capacidad de gestión y enfoque gremial
- Plan de incidencia política para la inclusión normativa de los servicios comunitarios como prestadores primarios en salud de la comunidad
- Plan de asistencia técnica para el fortalecimiento de la plataforma y de las organizaciones que la conforman frente a la prestación de servicios como prestador primario en salud

Incidencia en las posibilidades técnicas y normativas al menos en cuatro frentes:

- Construcción del concepto de “agente comunitario” en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Es importante participar en la definición de este actor, así como en la formulación de un posible plan formativo, que incluya aspectos de enfoque diferencial, enfoque de género, derechos sexuales y reproductivos, así como la formalización de la capacitación con énfasis en la SSR y otras líneas, entre ellas la TB.
- Reforma de la Resolución 412 del año 2000 (que establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, y por la que se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, y la atención de enfermedades de interés en salud pública) dentro del marco de la RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud para que se incluyan acciones desde la comunidad.
- Reforma de la Resolución 518 del año 2015 (gestión de salud pública y directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación de los Planes de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, PIC), en la que es posible incidir para que las OBC no estén limitadas a una tercera línea de contratación para desarrollar acciones específicas que requieren un enfoque particular y extramural (actualmente son una opción alterna si existiese poca capacidad de las ESE para encargarse de su ejecución).
- Reforma de la Resolución 2003 del año 2014 (procedimiento y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud), en la que se puede proponer la inclusión de las OBC como prestadores válidos dentro del Sistema Nacional de Salud y como objetos de contratación.

El plan de incidencia política para la inclusión normativa que se ha presentado está orientado a estas cuatro situaciones de oportunidad. Asimismo, es pertinente ampliar la incidencia política en los siguientes temas:

- La participación de las OBC y sus agentes comunitarios en las RIAS con propuestas tanto a nivel genérico (igual para cualquier tipo de participación del agente comunitario en cualquier ruta integral) como a nivel específico (especialmente en el caso de las RIAS para SSR y grupos de riesgo de infecciones, VIH y TB).
- La forma de interacción e integración de las OBC con las RIAS, tanto a nivel normativo como a nivel de oportunidad de negociación.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Armitage, D. R. (2005). Adaptive Capacity and Community-Based Natural Resource Management. *Environmental Management*, 35(6), 703-715. doi: 10.1007/s00267-004-0076-z.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2008). Recommendations for Partner Services Programs for HIV Infection, Syphilis, Gonorrhea, and Chlamydial Infection. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 57(RR-09), 1-63. Recuperado de <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5709a1.htm>
- Hoskins, I.; Kalache, A. & Mende S. (2005). Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Revista Panamericana de Salud Pública* 17(5-6), 444-451. doi: 10.1590/S1020-49892005000500017.
- Israel, B. A.; Schulz, A. J.; Parker, E. A. & Becker, A. B. (1998). Review of Community Based Research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. *Annual Review Public Health* (19), 173-202.
- Lapalma, A (2001). El escenario de la intervención comunitaria. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10(2), 61-70. Recuperado de <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/18573/19619>
- Marchioni, M. (2002). Organización y desarrollo de la comunidad: la intervención comunitaria en las nuevas condiciones sociales. En Sarrate Capdevila, M. L. (coord.). *Programas de animación sociocultural* (pp. 455-482). España: Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED, Servicio de Publicaciones. ISBN 84-362-4770-1.
- Mayberry, R. M.; Daniels, P.; Akintobi, T. H.; Yancey, E. M.; Berry, J. & Clark, N. (2008). Community-Based Organizations' Capacity to Plan, Implement, and Evaluate Success. *Journal of Community Health* 33(5), 285-292. doi: 10.1007/s10900-008-9102-z.
- Mecanismo Coordinador de País. Sistema de Monitoreo y Evaluación de Servicios Comunitarios en el Marco del Proyecto de VIH. Proyecto VIH, novena ronda, Fondo Mundial; 2015. Report No.: ISBN 978-958-58394-3-4.
- Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (2012-2016). Formalización Empresarial. Recuperado de http://www.mincit.gov.co/minindustria/publicaciones/5308/formalizacion_empresarial
- Ministerio de Salud y Protección Social & Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010). Monitoreo y seguimiento de las acciones de AIEPI comunitario con actores sociales. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/monitoreo-seguimiento-aiepi.pdf>
- Mukherjee, J. S.; Barry, D.; Weatherford, R. D.; Desai, I. K. & Farmer, P. E. (2016). Community-Based ART Programs: Sustaining Adherence and Follow-up. *Current HIV/AIDS Reports*, 13(6), 359-366. doi: 10.1007/s11904-016-0335-7.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2012). Declaración de Alma-Ata. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en

- Ortiz, N.; Serrano, I.; Poso, J. & Machado Mosquera, M. (2015). Sistema de monitoreo y evaluación de servicios comunitarios en el marco del Proyecto VIH. Colombia: Global Communities. ISBN 978-958-58394-3-4.
- Rodríguez, C. (2009). De medios alternativos a medios ciudadanos: Trayectoria teórica de un término. *Folios, revista de la Facultad de Comunicaciones de la Universidad de Antioquia* (21), 13-25. Recuperado de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/folios/article/view/6416/5898>
- Suthar, A. B.; Ford, N.; Bachanas, P. J.; Wong, V. J.; Rajan, J. S.; Saltzman, A. K.; Ajose, O.; Fakoya, A. O.; Granich, R. M.; Negussie, E. K. & Baggaley, R. C. (2013). Towards Universal Voluntary HIV Testing and Counselling: A Systematic Review and Meta-Analysis of Community-Based Approaches. *PLOS Medicine*. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001496>.
- Wallerstein, N. B. & Duran, B. (2006). Using Community-Based Participatory Research to Address Health Disparities. *Health Promotion Practice*, 7(6), 312-23. doi: 10.1177/1524839906289376
- Wilson, M. G.; Lavis, J. N.; Travers, R. & Rourke, S.B. (2010) Community-Based Knowledge Transfer and Exchange: Helping Community-Based Organizations Link Research to Action. *Implementation Science*, 5(33). doi: 10.1186/1748-5908-5-33.



Jr. Paraguay 490, Cercado de Lima, Lima 1, Perú
vialibre@vialibre.org.pe | www.vialibre.org.pe
Teléfono: (+511) 203-9900