

Atención Primaria en Salud: una estrategia intersectorial para el desarrollo de los sistemas de salud



Antes de concretarse, una idea guarda una extraña semejanza con la utopía.

Jean Paul Sartre

Como un caminar hacia la utopía, dejando hitos importantes, podría definirse el trasegar de la atención primaria en salud (APS) en la historia desde su formalización en la Declaración de Alma-Ata en 1978, al punto que hoy en el 2024, tras un recorrido de 45 años con altas y bajas en el mundo, los organismos internacionales y los países emprenden, retoman, refuerzan o consolidan nuevos esfuerzos para seguir avanzando en la ruta que permita alcanzar sus ambiciosos objetivos.

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta 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, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto

del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Esta definición de la APS en Alma-Ata supuso un antes y un después en el paradigma de la salud global, y conserva total vigencia en esta segunda década del siglo XXI como la estrategia ideal para alcanzar la meta de "Salud para todos en todas partes", que actualizó el propósito inicial de "Salud para todos en el año 2000" (SPT-2000).

La estrategia de APS mantiene su plena vigencia dado su reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por los Estados, bajo la

premisa de que el logro del grado más alto posible de salud exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

De la misma manera, todos y cada uno de los postulados constitutivos de la APS se mantienen vigentes porque siguen siendo los principios orientadores imprescindibles para una adecuada implementación de la estrategia. “Los valores centrales de la Constitución de la OMS y los que dieron forma a la Declaración de Alma-Ata han superado la prueba de la realidad y siguen siendo válidos”, afirmaba Margaret Chan en el *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Y agregaba la entonces directora de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “en este informe se recupera la perspectiva ambiciosa de la atención primaria como un conjunto de valores y principios que orientan el desarrollo de los sistemas de salud”.

La Declaración de Alma-Ata constituyó un planteamiento provocador y desafiante para la época, porque además de reconocer la salud como derecho humano fundamental también reconocía el derecho y el deber del pueblo “de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención a su salud”, y recalca que “la promoción y protección de la salud de la población es esencial para el desarrollo económico y social, además de contribuir a una mejor calidad de vida y a la paz mundial”.

La estrategia incorporó principios y valores entre los que se incluyen además del derecho a la salud, la equidad, la solidaridad, la justicia y la participación social; estos postulados integraron luego varios de los mandatos de la OMS y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y además sirvieron de orientación para muchas de sus políticas.



Según Echeverri (2011), el término “atención primaria en salud” alcanzó un nivel de estrategia de primer orden para desarrollar el cuidado de la salud a partir de acciones intersectoriales, participativas y comprometidas con el desarrollo social, basadas en el conocimiento científico y adaptadas a las características socioculturales de cada población.

Asimismo, agrega, la APS cambió paradigmas: de factores de riesgo individual a determinantes fuera del sector salud; del predominio de servicios curativos a promoción de salud y prevención de enfermedad; de servicios hospitalarios a servicios en la comunidad; de servicios centralizados a servicios descentralizados, y de responsabilidad única del Gobierno por la salud de la población a la responsabilidad de las personas por su salud.

Alma-Ata propuso una estrategia de APS integral que debía constituir la pieza angular de los sistemas de salud; esta visión adelantada a su tiempo proponía cambiar sistemas “hospitalocéntricos” y medicalizados por una medicina más social, con elementos clave que tenían sentido durante la Guerra Fría pero que continúan hoy vigentes: cooperación y paz mundial; reconocimiento de determinantes de la salud; necesario involucramiento de otros sectores en la promoción de la salud; participación comunitaria en la planificación, implementación y regulación de la APS, y la equidad en salud como resultado indiscutible de este enfoque (Ramírez y Tejada, 2018).

Las evidencias científicas acumuladas a partir de la promulgación de Alma-Ata han demostrado que la atención primaria ayuda a prevenir la enfermedad y la muerte

Hay muchas lecciones aprendidas y el legado de Alma-Ata continúa vivo en la Agenda de Desarrollo 2023, que por primera vez aglutina diversos sectores incluyendo por ejemplo la agenda de desarrollo sostenible y la de cambio climático.

prematura, promover la salud, lograr una distribución más equitativa de la salud y propiciar una asignación más eficiente de los recursos en el sistema de salud (Starfield, 2001; Starfield, Shi y Macinko, 2005).

Asimismo, las evidencias científicas fundamentadas por la Red de Conocimientos de los Sistemas de Salud e investigaciones como las de Starfield, Shi y Macinko (2005); HSKN (2007); PAHO/WHO (2007); Beaglehole *et al.* (2008) y OMS (2008), sugieren la APS como elemento fundamental para la transformación de los sistemas de salud proequidad por las siguientes razones:

- Promueve y facilita la acción intersectorial por la salud a nivel local y comunitario.
- Potencia el empoderamiento y la acción social.
- Sirve como vehículo para conocer las necesidades de la población y establecer prioridades de intervención con participación comunitaria.
- Posibilita la inclusión de los sistemas de salud de las comunidades de pertenencia étnica.
- Propicia el mejoramiento de la inversión y asignación equitativa de

recursos, la descentralización del poder y la participación comunitaria a nivel de sistemas locales y distritales de salud.

- Articula la atención clínica individual con la acción colectiva, y sirve de orientadora y coordinadora del acceso a los demás niveles de atención en salud y a otros servicios sociales.
- Ayuda a la integración de los servicios de promoción de la salud, prevención y curación de las enfermedades y la rehabilitación.
- Mejora la equidad en el acceso y la utilización de los servicios sociales y de salud.
- Mejora la prevención y el manejo de todas las enfermedades, particularmente de las crónicas, las consecuencias de los cambios climáticos y ayuda a la seguridad alimentaria y nutricional.

Hoy, después de más de cuatro décadas, hay muchas lecciones aprendidas y el legado de Alma-Ata continúa vivo en la Agenda de Desarrollo 2023, que por primera vez aglutina diversos sectores incluyendo por ejemplo la agenda de desarrollo sostenible y la de cambio climático. En el sector salud el cambio es notable, pues el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 (Salud y bienestar a lo largo del ciclo vital) incluyó tanto la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas como crónicas, los principales factores de riesgo ambientales, las metas en salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva, así como el acceso a medicamentos, vacunas y tecnologías sanitarias.

En una institución que avanza con **tecnología de última generación y un equipo multidisciplinario** que le pone el corazón, para trascender en todo lo que hacen,



#PuedesConfiar.

Dra. María Carolina Pérez
Especialista en Radiología

Juntos podemos trascender para entregarle al mundo la **mejor medicina con corazón.**



Escanea el código para conocer más de **nuestro portafolio de especialidades.**

 **Fundación Cardioinfantil** |  **laCardio**

Antecedentes de la atención primaria en salud en el mundo

Las experiencias y conceptos de APS no nacieron en Alma-Ata en 1978. La salud no existe de modo aislado, sino que está influenciada por un complejo de factores ambientales, sociales y económicos interrelacionados. Ya desde la Grecia antigua, la escuela de pensamiento fisiocrática sostenía que tener buena salud y combatir las enfermedades no es independiente del ambiente físico, social, particular ni de la conducta humana.

En el siglo XVIII las experiencias de Villermé y Johann Peter Frank reflejaban el pensamiento de la construcción de la salud como derecho. Y en 1848 Rudolf Virchow y Jules Guerin lideraron el movimiento Medicina Social (definido por Guerin como la relación de la medicina con la sociedad).

A comienzos del siglo XX, en China, los cambios sociales producen un cambio en el modelo de atención: los médicos debían salir del hospital y brindar atención en las áreas rurales. En América Latina, en la década de 1930, surgieron programas similares en los que se ejercía la práctica médica fuera del hospital y en los años 60 el ejercicio médico estuvo influenciado por los cambios económicos, políticos y sociales. De ahí surgió el Movimiento de Medicina Social Latinoamericana, cuyo fin es entender la salud y la enfermedad como procesos dinámicos. La estrategia de APS tiene sus orígenes en esos dos pilares: la atención médica multidisciplinaria fuera del hospital, en el que prima el cuidado de la salud, y el entender los procesos de enfermedad de forma dinámica.

El origen de la APS lo ubican en China en 1921 con la experiencia del médico estadounidense John B. Grant, contratado para trabajar en el Pekin Union Medical College (PUMC) y el Programa Filantrópico Global de la Fundación Rockefeller; junto con Quan Shaoqing, director del Colegio Militar Médico de Pekín, intervinieron un distrito de Pekín con 10.000 habitantes: modificaron letrinas, instituciones hospitalarias, casas de partos, mataderos, entre

otras instalaciones. Posteriormente, establecieron un programa de Hospital Viajero (estrategia compatible con la APS), un vagón de madera donde viajaba un médico del PUMC, una enfermera capacitada en salud pública y un policía de salubridad. La carreta llegaba a las aldeas remotas de la cuenca de los ríos Huang Ho y Yangtsé Kiang, con una zona de influencia aproximada de 200 aldeas; este equipo resolvía problemas médico-quirúrgicos con una mezcla de medicina tradicional china y medicina occidental, hacía prácticas de inmunización contra la viruela y estrategias de prevención de enfermedades infecciosas prevalentes, especialmente el cólera, siendo un programa de gran impacto en el área rural china. Las medidas de Grant terminaron creando programas de medicina estatal que aún son vigentes en la República Popular China y contribuyeron al programa Médicos de Pies Descalzos, considerado uno de los precursores importantes de la APS y de Alma-Ata (Restrepo-Espinosa, Molano y Sierra, 2016).

Las experiencias de APS en América Latina son numerosas y poco conocidas pese a su importancia, y se realizaron durante décadas antes de Alma-Ata (Apráez Ippolito, 2010). Por ejemplo: en los años 50 el Hospital sin Paredes (Hospital Carlos Luis Valverde de San Ramón) en Costa Rica; en México las de Morones Prieto que inspiraron las promotoras rurales de salud en Colombia (como agentes comunitarios de salud), llevadas a cabo por Abad Gómez en la Universidad de Antioquia hasta ser un programa oficial en el ámbito nacional; las lideradas en la Universidad del Valle por Santiago Rengifo Salcedo; Cuba que, pese a sus limitaciones, es ampliamente reconocida tanto por

sus logros sanitarios como por el desarrollo de la APS, donde debe reconocerse el papel del médico argentino Ernesto Guevara y muchos médicos cubanos, y en los años 60 y 70 las experiencias de Carlos Alberto Alvarado y Elsa Moreno en zonas rurales de Argentina, organizando redes de atención entre centros de salud y hospitales, articuladas con agentes comunitarios de salud para dar respuesta a la atención en grandes zonas geográficas, con población dispersa, con escasos profesionales y alejadas de las grandes ciudades donde se concentran históricamente.

Alma-Ata y surgimiento de la atención primaria en salud como estrategia

Algunos ubican el surgimiento del concepto “atención primaria en salud” en la Conferencia de Bandoeng (Indonesia) sobre Higiene Rural, organizada por la Liga de Naciones de la Organización de la Salud (antecedente de OMS-ONU) en 1937, que recomendó: “se puede obtener el mayor beneficio a menor costo en la salud de las poblaciones rurales por medio de la descentralización de la salud”. Esta observación nació de la experiencia de misioneros involucrados en la atención en salud en comunidades rurales, especialmente la Comunidad Médica Cristiana (CMC).

Los años 70 se caracterizaron por esfuerzos internacionales para expandir el acceso a servicios de salud; en el mundo se dieron desde muchos años antes experiencias sobre formas diferentes de afrontar los problemas de salud, a pesar de y por las limitaciones de recursos financieros, tecnológicos y humanos en las sociedades pobres o menos desarrolladas en el aspecto económico. Estas experiencias fueron estudiadas en las décadas de los 60 y 70, destacándose las de China, India y algunos países



de África y América Latina. Estudiosos del mundo desarrollado las publicaron y la OMS, con su director Halfdan Mahler, las percibió muy bien y las proyectó a escala mundial como una responsabilidad de todos los países, ricos y pobres.

En las Asambleas Mundiales de la Salud XXVIII y XXIX de 1975 y 1976, se debatió sobre los factores que determinan el desarrollo de la salud en la sociedad, y también sobre las desigualdades e injusticias sociales en las condiciones de vida, así como la pobreza y el abandono de sectores mayoritarios de la población. Los países miembros se comprometieron a mejorar significativamente la salud de sus habitantes en los siguientes 25 años, con miras al nuevo milenio. El acuerdo se sintetizó en un lema breve de gran significado social y político: “Salud para todos en el año 2000” (SPT-2000). Los gobiernos debían dirigir acciones firmes para que todos los habitantes alcanzaran un mínimo de vida digna y saludable.

En la XXIX Asamblea Mundial de la Salud en 1976 se aprobó la realización de una Conferencia Mundial que debatiera sobre el concepto “atención primaria de salud”, con propósitos de extensión de cobertura de servicios de atención médica mínima; estos servicios se basaban en la experiencia de los “médicos descalzos” de China y las de otros países llamados del tercer mundo, que ofrecían ciertos servicios en poblaciones marginadas mediante agentes auxiliares de salud, trabajadores básicos de salud o promotores de salud comunitaria. Los



países capitalistas veían con cierta simpatía tales prácticas mientras que los soviéticos las consideraban formas rudimentarias que perpetuaban el atraso científico y tecnológico (Kiernan, 2003).

Fue así como en 1978, en la Conferencia de Alma-Ata (Kazajistán, miembro de la antigua URSS-Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas), se adoptó la atención primaria en salud como la estrategia para lograr la meta SPT-2000. La declaración definió el concepto de APS y la responsabilidad de los gobiernos para avanzar en su implementación:

I. La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. [...]

V. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

VI. La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta 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, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria

Organismos financieros internacionales como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), bajo la influencia de las potencias capitalistas, calificaron a la APS como idealista, irrealizable y ambiciosa. Llegó a ser considerada un desafío al “orden establecido” e, incluso, “como una contrarrevolución [...] puede ser destructiva [...] Tiene que ser rechazada” (Newell citado en Echeverri, 2011), lo cual generó desconfianza en muchos países. Al año siguiente de Alma-Ata (en 1979), el BM, el FMI y Unicef auspiciaron la Conferencia Internacional Salud y Población en Desarrollo en Bellagio (Italia), impulsada por la Fundación Rockefeller, para reducir los alcances de la APS; allí surgió la “APS selectiva” y propuestas afines de “paquetes de intervenciones de bajo costo”, enfocados nuevamente al asistencialismo mínimo focalizado en los pobres más pobres.

La APS selectiva se desarrolló mediante un programa de Unicef denominado GOBI (por su sigla en inglés) que incluyó: control del crecimiento (*grow monitoring*), rehidratación oral (*oral rehydration*), lactancia materna (*breast feeding*) e inmunizaciones (*immunization*). Tiempo después se le incorporó la suplementación de alimentos (*food supplementation*), el control prenatal (*family planning*) y la educación sexual (*female literacy*), por lo que el programa se llamó GOBI-FFF (Apraez, 2010). En términos

generales, la APS selectiva desarrolla y promueve la propuesta de cobertura universal de la OMS y el BM, la cual es útil para el mercado pues implica el aseguramiento con participación protagónica del sector privado (Heredia *et al.*, 2014).

En las Américas la implementación de la APS no siguió los lineamientos y metas establecidos en Alma-Ata por razones de tipo político y socioeconómico, y en cambio se optó por la propuesta de APS selectiva que contradecía la esencia de la estrategia. En los años 80 se realizaron importantes reformas económicas y políticas en América para impulsar la “neoliberalización” de la salud según los lineamientos establecidos en el Consenso de Washington (Moncayo, 2003). En general, estas reformas consistían en la reducción del tamaño de los Estados y la participación del sector privado en la administración de los servicios públicos, incluidos los del sector de la salud; esto incrementó la desigualdad social y las inequidades en salud, pues de esta forma se excluyó la perspectiva de la determinación social de la salud y se consolidaron programas con enfoques curativos (Barrios-Acosta y Morales Borrero, 2017).

En 1986, en la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, se promulgó la Carta de Ottawa, que buscaba elaborar una política pública saludable que vaya más allá del sector salud; crear ambientes favorables generando condiciones de vida y trabajo que sean seguras, estimulantes, agradables y placenteras; fortalecer la acción comunitaria, y desarrollar capacidades personales para la vida; reorientar los servicios de salud para lograr un sistema que contribuya al logro de la salud, a la mejoría de la investigación y la formación de personal en salud. Para Echeverri (2011) se trata de muchos elementos en común, pero no hubo esfuerzos

La APS-R es un enfoque y una estrategia metodológica desarrollada y aplicada en la salud pública para disminuir las inequidades en salud, mejorar el acceso a los servicios sanitarios y permitir la participación comunitaria en salud.

para armonizar y complementar las dos iniciativas. Allí se habló de 8 prerequisites para lograr la salud: paz, albergue, educación, ingreso, ecosistema estable, recursos sustentables, justicia social y equidad.

En el 2003, durante la celebración de los 25 años de la Declaración de Alma-Ata, la OMS y la OPS promovieron el análisis y la evaluación de la APS, extrajeron las lecciones aprendidas en los primeros 25 años y propusieron la denominada atención primaria en salud renovada (APS-R), que se complementa con las Redes Integradas de Servicios de Salud y los sistemas de salud basados en APS. Para relanzar la APS fue necesario hacer ajustes sustanciales como cambiar el paradigma de la enfermedad por el de la salud, fortalecer los sistemas públicos y los universales de salud, y generar nuevos modelos de atención y gestión con participación real de las comunidades y organizaciones sociales (Barrios-Acosta y Morales Borrero, 2017).

La APS-R es un enfoque y una estrategia metodológica desarrollada y aplicada en la salud pública para disminuir las inequidades en salud, mejorar el acceso a los servicios sanitarios, permitir la participación comunitaria en salud y empoderar a las instituciones y a las comunidades de manera que puedan exigir, garantizar y restituir el derecho a la salud. La versión renovada de la APS busca corregir la acepción selectiva que se aplicó en muchas zonas del mundo, incluyendo América.

En el 2005 la OMS conformó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, dirigida por Michael Marmot,



Pasto - Nariño - Colombia

Servir a los pobres con dignidad, ADN del Hospital Infantil Los Ángeles

La institución puso al servicio la nueva área de consulta externa y avanza a pasos agigantados para convertirse en un Hospital Universitario.

Con una inversión de 9.500 millones de pesos, el Hospital Infantil Los Ángeles avanza en la ejecución de su **Plan Maestro Arquitectónico**, que contempla cinco etapas, de las cuales cuatro ya han sido ejecutadas lo que se refleja en un cambio total de la infraestructura hospitalaria. *“Nuestra historia siempre ha sido una historia de amor por la infancia, es así como nos propusimos, hace algunos años, modernizar la estructura hospitalaria a través de un proyecto que nos permita cumplir con normas de sismo resistencia, arquitectura hospitalaria moderna, comprometida con el cuidado del medio ambiente, sostenible, comfortable y segura”,* expresó la gerente general, Doris Sarasty.

La entidad sin ánimo de lucro y perteneciente a la **Diócesis de Pasto** puso al servicio de la comunidad la **nueva área de consulta externa**, la cual desde la pandemia debió salir de las instalaciones y pasar a funcionar en una edificación cercana al hospital, pues ante la demanda de servicios consulta externa terminó atendiendo las urgencias de Covid pediátrico, permaneciendo así hasta la fecha. Con las nuevas áreas se entrega un servicio muy comfortable y adecuado a las necesidades de los usuarios y sus familias.

En la actualidad se avanza en la construcción de la Quinta Etapa del Plan Maestro Arquitectónico, **proyecto diseñado por Condiseño Arquitectos** de Medellín, firma de amplia trayectoria con más de 20 millones de metros de experiencia en el sector salud. Son 2.335 metros cuadrados y 4 pisos construidos por arquitectos e ingenieros nariñenses, en un moderno edificio donde están ubicados parqueaderos con duplicador mecánico y la nueva área de consulta externa. Al finalizar el presente año ya se contará además con 11 unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico, confortables habitaciones para los pacientes de Oncohematología y la estructura para Hospital Universitario con una inversión aproximada de 16 mil millones de pesos que posibilitarán una atención equitativa, digna y sin discriminación para la atención de la infancia.

“Siempre he soñado con áreas dignas, una especie de hospital de ricos para pobres. Trabajando el dinero con honestidad alcanza para todo”, indicó la Dra. Sarasty al precisar que el 85% de la población que atiende el hospital pediátrico corresponde al régimen subsidiado.



Por su parte el Obispo, Monseñor Juan Carlos Cárdenas Toro, destacó esta inversión en medio del periodo de incertidumbre que en el país vive el sector salud. *“Se entrega una nueva área que permite mayor dignidad de atención a los niños, niñas y adolescentes y sus familias de Nariño, Putumayo y otras áreas del Suroccidente colombiano, pero además del excelente personal de salud que los atiende, servir a los más pobres con dignidad, constituye su verdadero ADN. Esto dice de una administración transparente donde los recursos tienen como objetivo el servicio a las personas. Servir a la infancia y especialmente a los pobres no significa servirlos de cualquier manera, es darles dignidad en los espacios donde son atendidos”.*



Área lúdica para los niños



que recopiló información de todo el mundo e identificó la manera en que los diversos elementos de las formas de organización social repercutirían en daños a la salud, y que

serían evitables al cambiar las formas de organización. Grupos específicos de trabajo estudiaron y elaboraron recomendaciones relativas a

1 Salud y trabajo

2 Salud en las ciudades

3 Género y salud

4 Desarrollo temprano del niño e infancia

5 Grupos indígenas y salud

Los reportes específicos identificaron el impacto que tienen las condiciones socialmente generadas en las desigualdades, siendo las mismas que se observan en los rubros de esperanza de vida, morbilidad y mortalidad, entre y dentro de los países en función de su organización social.

El informe final de la Comisión fue entregado en agosto del 2008 y allí señala a la APS como núcleo de los sistemas de salud de los países. La Comisión hizo la siguiente definición:

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

Declaración de Astaná: fortalecer sistemas de APS para lograr cobertura universal en salud

En la Declaración de Astaná en el 2018 países de todo el mundo se comprometieron a fortalecer sus sistemas de APS como un paso esencial para lograr la cobertura universal de salud. Se reconoció que, si bien la Declaración de Alma-Ata sentó las bases para la APS, el progreso en las últimas cuatro décadas había sido desigual; al menos

la mitad de la población mundial seguía sin acceso a servicios de salud esenciales, incluida la atención de enfermedades no transmisibles y transmisibles, la salud materna e infantil, la salud mental y la salud sexual y reproductiva. Esta declaración se da en medio de un creciente movimiento mundial para lograr una mayor inversión en APS, con el fin de alcanzar una cobertura universal de salud, pues los recursos de salud se han centrado abrumadoramente en intervenciones de enfermedades individuales en lugar de en sistemas de salud sólidos e integrales, una brecha destacada por varias emergencias de salud en los últimos años.

La Declaración de Astaná establece compromisos en cuatro áreas clave: (1) tomar decisiones políticas audaces para la salud en todos los sectores, (2) construir una APS sostenible, (3) empoderar a individuos y comunidades y (4) alinear el apoyo de los interesados con las políticas, estrategias y planes nacionales. El informe de la Comisión de Alto Nivel de la OPS (2019a), *Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata*, hizo 10 recomendaciones para avanzar en la implementación de la APS:

1. Asegurar un modelo institucional del Estado que permita cumplir con su responsabilidad ineludible de garantizar el derecho a la salud en el marco de los derechos humanos.
2. Desarrollar modelos de atención basados en la APS, centrados en las personas y las

- comunidades, considerando la diversidad humana, la interculturalidad y la etnicidad.
3. Generar mecanismos de participación social real, profunda, inclusiva y accesible, con perspectiva de diversidad (intercultural y funcional) para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud.
 4. Generar mecanismos de regulación y fiscalización del sector privado para alinearlos con el objetivo de garantizar el derecho a la salud.
 5. Eliminar las barreras de acceso a la salud universal.
 6. Abordar los procesos de determinación social mediante intervenciones intersectoriales de salud que promuevan cambios sustantivos en las condiciones ambientales, sociales, económicas, de vivienda e infraestructura básica de una población en un territorio.
 7. Reposicionar la salud pública como un eje orientador de la respuesta del Estado para la transformación de los sistemas de salud.
 8. Valorar los recursos humanos como sujetos protagonistas de la construcción y consolidación de modelos de atención basados en la APS.
 9. Promover la utilización racional y la innovación de los recursos tecnológicos al servicio de las necesidades de salud de la población.
 10. Desarrollar un modelo de financiamiento que asegure la suficiencia, la calidad, la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad.

La APS como “motor programático” para lograr cobertura sanitaria universal y ODS

La OMS propuso en el 2018 una redefinición de la APS que cambia el concepto original de “estrategia” para alcanzar la “Salud para todos” por el concepto de “enfoque” de la salud para atender las necesidades de las personas.

Dicha organización reconoce que el concepto de APS fue reinterpretado y redefinido en varias ocasiones desde 1978 en Alma-Ata y que ello genera confusión sobre su significado y práctica. De ahí que para coordinar trabajos futuros en materia de APS en los ámbitos mundial, nacional y local, y a modo de orientación para su puesta en práctica, se elaboró una definición sencilla desde la OMS y Unicef:

La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. (OMS y Unicef, 2018)

Asimismo, identifica tres componentes interdependientes y sinérgicos en la APS: un conjunto de servicios de salud integrados e integrales que engloban la atención primaria y los bienes y funciones de salud pública como elementos centrales; distintas políticas y actuaciones multisectoriales encaminadas a abordar los determinantes generales de la salud más amplios, y la movilización y el empoderamiento de las personas, las familias y las comunidades para lograr una mayor participación social y mejorar la autoasistencia y la autosuficiencia en materia de salud.

Para que la cobertura sanitaria universal (CSU) sea verdaderamente universal, los sistemas de salud deben pasar de su actual diseño basado en las enfermedades y las instituciones, a uno basado en las personas y realizado con su ayuda. La APS requiere que los gobiernos de todos los niveles subrayen la importancia de tomar medidas más allá del sector de la salud con miras a aplicar una metodología pangubernamental de la salud que la incluya en todas las políticas, preste una especial atención a la equidad y realice intervenciones que abarquen todo el curso de la vida.

El Pacto 30•30•30 APS (OPS, 2019b) busca reafirmar que la salud es un derecho universal, es decir, que todas las personas tengan acceso y cobertura a servicios de salud integrales y de calidad.

Indica la OMS que la APS tiene en cuenta los determinantes más amplios de la salud y la atención se centra en los aspectos generales e interrelacionados de la salud física, la salud mental, la salud social y el bienestar. Con ella se ofrece una atención integral para las necesidades de salud a lo largo del curso de la vida y no solo para una serie concreta de enfermedades. La APS garantiza a las personas atención integral de calidad —desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos— lo más cerca posible de sus lugares habituales.

En la Declaración de Astaná en el 2018, la resolución 72.2 conexas de la Asamblea Mundial de la Salud, los informes de monitoreo mundiales sobre la CSU y las declaraciones de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la CSU, los Estados miembros se comprometieron a renovar y aplicar la APS como piedra angular de un sistema de salud sostenible que permita lograr la CSU, los ODS y la seguridad sanitaria. La APS es entonces el “motor programático” para lograr estos ambiciosos objetivos.

LA OMS estima que la APS también es fundamental para que los sistemas

de salud sean más resilientes en situaciones de crisis, más dinámicos en la detección de los primeros signos de epidemias y estén más preparados para actuar de forma temprana en respuesta a los aumentos en la demanda de servicios. Aunque todavía faltan datos, existe un amplio consenso en que la APS es la “puerta principal” del sistema de salud y la base para el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública ante crisis como la de la COVID-19.

Pacto 30 • 30 • 30: APS para la Salud Universal

El 10 de abril del 2019 en Ciudad de México, en la celebración del 40.º Aniversario de la Declaración de Alma-Ata, la entonces directora de la OPS, Carissa Etienne, hizo un llamado a la acción a los países de la Región de las Américas para hacer que la APS sea el eje de los sistemas de salud y acelerar así el camino hacia la salud universal y el logro de los ODS 2030.

El Pacto 30•30•30 APS (OPS, 2019b) busca reafirmar que la salud es un derecho universal, es decir, que todas las personas tengan acceso y cobertura a servicios de salud integrales y de calidad, y a intervenciones que aborden los determinantes sociales de la salud, sin dificultades financieras, mediante las siguientes estrategias:

- *Transformar los sistemas de salud para el 2030:* es necesario transformar los sistemas de salud con base en la APS, con una participación social real e inclusiva, particularmente

de los grupos en condiciones de vulnerabilidad. Se precisa un nuevo modelo de atención centrado en las personas y en las comunidades y enfocado en la salud, no en la enfermedad. El nuevo paradigma debe incorporar servicios equitativos, inclusivos, integrales y de calidad basados en la APS. Además debe incidir en los determinantes de la salud con intervenciones intersectoriales explícitas basadas en el derecho inalienable a la salud para todas las personas, y debe fortalecer las capacidades en salud pública con énfasis en las funciones esenciales de salud pública.

- **Reducir al menos un 30% las barreras de acceso a la salud:** el Pacto 30•30•30 invita a los países a disminuir estas barreras al menos un 30%, reduciéndolas progresivamente para el 2030 con acciones tanto en el sector salud como en otros sectores sociales. Muchas

barreras están relacionadas con los determinantes de la salud; por ello, su eliminación implica la necesidad de actuar sectorial e intersectorialmente y de mejorar la gobernanza de los sistemas de salud.

- **Destinar al menos un 30% del gasto público en salud al primer nivel de atención para el 2030:** aumentar y optimizar el financiamiento público de manera sostenible para ampliar el acceso y reducir inequidades significa incrementar el gasto público al menos al 6% del producto interno bruto (PIB) y asignar los nuevos recursos de manera eficiente, progresando hacia la eliminación del pago directo y asignando al menos el 30% de estos al primer nivel de atención para mejorar su capacidad resolutive y articular las redes de servicios. El reemplazo del pago directo con nuevos recursos públicos incrementará la protección financiera de la población, evitando así la exposición a gastos catastróficos y el empobrecimiento como consecuencia de eventos o condiciones de salud.

En G. Barco cumplimos

68
Años

Brindando la mejor tecnología para **cuidar la salud** de los colombianos.

#JuntosCuidamosLaVida 


G. BARCO S.A.
Tecnología Médica



Equipos Médicos



Dispositivos Médicos



Servicio Técnico



Innovación y Desarrollo



Contáctanos aquí

El desarrollo de la atención primaria en salud en Colombia

La APS tiene una larga trayectoria en Colombia. A finales de la década de los 40 Héctor Abad Gómez, salubrista, político y educador, reformó el concepto de salud pública en el país, formó las Promotoras Rurales, estrategia que copió de México y que consistía en formar a la población de las comunidades para brindar atención médica y educación en las áreas rurales, que se consideraría compatible con la APS. En 1949 instauró el Servicio Médico Social Obligatorio, que pretendía garantizar la atención médica y hacer prevención de las enfermedades en las áreas rurales del país, algo similar a las intervenciones de Grant en los años 20 en China.

Durante las décadas de los 50 y 60 se implementaron programas de centros académicos como las Escuelas de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y la Universidad del Valle en áreas urbanas y rurales, así como iniciativas de algunos municipios y comunidades, con lo que el país registró experiencias enfocadas en la filosofía del abordaje de problemas de salud de la población desde una perspectiva social, sobrepasando el enfoque sectorial. Desde antes de Alma-Ata, en Colombia se adelantaron prácticas comunitarias y de atención en salud en lugares dispersos y con población vulnerable que, junto con el Servicio Social Obligatorio, configuraron programas y proyectos de APS, algunos de los cuales como los de Santo Domingo en Antioquia y Candelaria en el Valle del Cauca se mostraron y destacaron en Alma-Ata como experiencias exitosas de APS.

Estos procesos históricos fueron posibles gracias a la diligencia de ideólogos y gestores convencidos de la estrategia, que pudieron vivenciar las bondades de conocer casa a casa las condiciones de salud, diversas y complejas, de los grupos poblacionales en sus territorios, articulando la atención médica esencial con las circunstancias del contexto social, político y económico de cada comunidad. Para el desarrollo de estas experiencias se contó con el apoyo de una amplia red de centros,

puestos de salud y hospitales públicos que, con el tiempo, a lo largo de tres décadas se debilitaron y los primeros casi desaparecieron por los efectos del mercado.

Echeverri (2011) señala que en la década de los 70 el Departamento de Medicina Social de la Universidad del Valle (hoy Escuela de Salud Pública), desarrolló investigaciones sobre modelos de servicios básicos de salud para el área urbana (PRIMOPS) y para el área rural (CIMDER). Estas investigaciones tuvieron repercusión nacional e internacional por su capacidad de innovación en la extensión costo-efectiva de cobertura de servicios materno-infantiles en poblaciones urbanas marginales y por la implementación de un modelo de servicios rurales de salud que fuera la punta de lanza para el desarrollo rural, basado en un modelo de bienestar.

El modelo CIMDER desarrolló experiencias muy exitosas en organización comunitaria para la producción agrícola, que a la vez sirvió de base para la entrega de servicios de salud a las familias rurales que se agrupaban en “Uniones familiares de salud”. Recuerda Echeverri (2011): “el impacto de estas organizaciones familiares fue tal, que un gobernador de turno sospechó que se trataba de células comunistas”. Además, CIMDER desarrolló tecnologías innovadoras para uso de personal no profesional, que coincidieron con la denominación de “tecnología apropiada” que la OMS empezaba a promocionar. Entre ellas se destacan:

1. Un sistema de información (Caja Maestra y Bandera de la Salud) que permitía la planificación, el seguimiento y la evaluación de intervenciones similares a las recomendadas

posteriormente en Alma-Ata, ejecutadas por personal no profesional.

2. Provisión de agua segura (clorador de aljibes) y disposición adecuada de excretas (tasa sanitaria).
3. Monitoreo del estado nutricional en niños menores de 6 años (cinta de tres colores).
4. Ayudas de laboratorio para el diagnóstico de patologías seleccionadas (tiras reactivas).
5. *Manual de Medicina para la Familia Campesina* que incluyó: cuidado del embarazo, parto y puerperio; suministro de primeros auxilios en accidentes y trauma; tratamiento seguro, efectivo y estandarizable de enfermedades comunes mediante algoritmos simples, y el uso seguro de medicamentos de efectividad comprobada (micropuesto de salud).



Tomado de presentación APS una nueva Oportunidad de Oscar Echeverry

▼ Promotoras del modelo CIMDER.

Estas tecnologías apropiadas fueron desarrolladas para darle capacidad resolutoria a la delegación de funciones de personal profesional a personal no profesional (promotoras de salud). Dicha delegación se basó en el supuesto ampliamente analizado de que toda intervención profesional que sea *segura, efectiva y estandarizable*

(SES) podía ser delegada sin riesgos adicionales a personal no profesional. El trabajo de las promotoras capacitadas y el uso de estas tecnologías apropiadas les dio gran prestigio en la comunidad y lograron un cambio importante y rápido del estado de salud de sus comunidades, a la vez que las convirtió en las promotoras más veteranas del mundo: la mayoría trabajó 20 años antes de su retiro.

Ahora, en la segunda década del siglo XXI, cuando la tendencia en el mundo es reforzar la estrategia de APS para reorientar los sistemas de salud, debe tenerse en cuenta que Colombia ya tiene experiencias previas para considerar y que no hay que empezar de cero.

La regulación de la APS en Colombia

Desde que se lanzó la estrategia de APS en Alma-Ata (1978), Colombia la introdujo en su sistema de salud organizando la infraestructura necesaria en términos de presupuesto, de recursos humanos y de políticas públicas en salud. Pese a los obstáculos ideológicos, políticos y de financiamiento de las acciones de APS, los departamentos y municipios —con mayor o menor grado de desarrollo— se organizaron para implementar esta estrategia en el país, en el marco del antiguo sistema nacional de salud.

Se institucionalizaron mecanismos normativos para formalizar la APS, como lo referido a la Participación Comunitaria en Salud en 1989 (el decreto 1216 de 1989 creó los Comités de Participación Comunitaria [CPC] en los puestos de salud, centros de salud, hospitales locales y Hospitales Sede de Unidad Regional), y la Ley 10 de 1990 incluyó la concepción de multifactorialidad en relación con la situación de salud y sus determinantes, con lo que se descentralizaron competencias a niveles subnacionales para dirigir y coordinar acciones sectoriales e intersectoriales, a la vez que se establecieron mecanismos de participación social y comunitaria en los procesos de gestión de la salud.

Con la instauración del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en la Ley 100 de 1993 y la descentralización de competencias y recursos (Ley 60



De portada

de 1993), el énfasis del sistema de salud se centró en el aseguramiento para garantizar el Plan Obligatorio de Salud (POS) en sus versiones contributivo y subsidiado. Los contenidos de estos planes son individuales, con un componente de prevención.

La ejecución de estrategias colectivas para la salud se abordó inicialmente con el Plan de Atención Básica (PAB) (resolución 4288 de 1996), el cual fue reemplazado por el Plan de salud pública de intervenciones colectivas (Ley 1122 de 2007), derivado del Plan Nacional de Salud Pública en el cual se incorpora, entre otros enfoques, el de determinantes sociales de la salud.

Con el proceso de descentralización de 1990 y el SGSSS con la Ley 100/93 con agentes como aseguradores y prestadores, con ámbito de operación interregional y nacional, las acciones de salud pública y demás no siempre lograron articularse en el ámbito territorial, en función de la identificación e intervención de los determinantes sociales de la salud y el acceso a los servicios.

Pese a que la Ley 715 del 2001 definió como función del municipio “establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial” (art. 44), la APS no se incorporó como estrategia nacional. Su presencia y desarrollo tuvieron lugar a partir de iniciativas locales o de entidades específicas.

Debe considerarse que, en reiteradas sentencias, la Corte Constitucional reconoce el carácter de fundamental del derecho a la salud “de manera autónoma”. Y en relación con el sistema de salud para establecer en el país, la Constitución Política determinó, en el artículo 49:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción,

protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. [...] La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

La Ley 1122 del 2007 en su artículo 32 determinó que la salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. En dicho contexto el Gobierno nacional definió el Plan Nacional de Salud Pública que tiene por objeto la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, y proteger y superar los riesgos para la salud de la población como un derecho esencial y colectivo, especialmente en las poblaciones más vulnerables, mediante la definición de las políticas sectoriales y multisectoriales, individuales y colectivas.

Dentro del marco del SGSSS, la Ley 1438 del 2011 establece las bases para la implementación de la APS en Colombia. Se propone fortalecer el SGSSS mediante un modelo de prestación del servicio público de salud que retome la estrategia APS para que, mediante la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad, se avance en el mejoramiento de la salud de los habitantes del país, la creación de ambientes sanos y saludables, y garantizar que la prestación de servicios se efectúe dentro de estándares crecientes de calidad, en una prestación incluyente y equitativa, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean las personas.

Administración de servicios farmacéuticos intrahospitalarios y ambulatorios en red

Suministro local y nacional de medicamentos y dispositivos médicos para todos los niveles



En la gestión de medicamentos

MÁS VITAL MÁS INTEGRAL



Equipo especializado para la entrega de un servicio humanizado



Calidad y transparencia en nuestros procesos y productos



Oportunidad en la entrega, gracias a nuestra distribución automatizada

Somos los aliados expertos de las entidades de salud en la gestión farmacéutica integral.



Contrata con nosotros una experiencia más vital

La PAIS debe contener las estrategias e instrumentos que permitan la transformación del modelo institucional de la Ley 100 de 1993 a los objetivos de un sistema de salud centrado en la población y sus relaciones a nivel familiar y comunitario.

Luego la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 del 2015) reconoce la salud como derecho fundamental autónomo. Busca garantizar la equidad dentro del sistema de salud, para lo cual el Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades, promover el mejoramiento de la salud, prevenir las enfermedades y elevar el nivel de la calidad de vida.

Ley del Plan de Desarrollo 2014-2018 (Ley 1753 del 2015) retoma el marco de la Ley Estatutaria de Salud. En el artículo 65 se faculta al Ministerio de Salud para definir la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), con la línea de atención primaria, salud familiar y comunitaria, articulación de actividades colectivas e individuales, con enfoque poblacional y diferencial. Dicha ley específica que se contará con rutas de atención, se fortalecerá al prestador primario y la operación en redes integrales de servicios. La PAIS se convierte en el puente entre seguridad social y sistema de salud.

La resolución 429 del 2016 adopta la PAIS, cuyo objetivo es la generación de las mejores condiciones

de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751, Estatutaria en Salud), para así garantizar el derecho a la salud. La PAIS debe contener las estrategias e instrumentos que permitan la transformación del modelo institucional de la Ley 100 de 1993 a los objetivos de un sistema de salud centrado en la población y sus relaciones a nivel familiar y comunitario. La política recoge el marco de determinantes sociales adoptado por el PDSP 2012-2021. Bajo ese contexto, el Estado reconoce que los problemas de salud son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicos, educacionales, de hábitat y genéticas que afectan a las poblaciones en los diferentes ámbitos territoriales que conforman la nación. Toda política nacional o territorial de salud debe partir del análisis de los determinantes y se deben considerar como factores condicionantes de las intervenciones planteadas desde la PAIS. La APS con enfoque de salud familiar y comunitaria es una de las cuatro estrategias centrales de la PAIS junto con el cuidado, la gestión integral del riesgo en salud y el enfoque diferencial de territorios y poblaciones.

El artículo 8 de la Ley 1751 del 2015 obliga al Estado a definir un modelo integral de atención, comprendido en el ámbito de la reducción de desigualdades y los determinantes

sociales. La PAIS requiere un modelo operacional y para tal efecto se establece el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) como un modelo de gestión sanitaria basado en el aseguramiento y la prestación de servicios de salud con enfoque en la diversidad étnica y cultural, la APS, la familia, la comunidad, etc., que hace énfasis en los procesos que garanticen el acceso efectivo de la población a los servicios de salud.

Luego las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) son una herramienta obligatoria mediante las cuales se definen las condiciones necesarias para garantizar la integralidad de la atención en salud. Asimismo, gestionan la organización sectorial e intersectorial para incentivar en todos los actores del sistema de salud el bienestar individual y colectivo. A partir de las RIAS se consolidan las acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como del Plan de Beneficios (PB), incluyendo las Guías de Práctica Clínica (GPC) asociadas a estas. El conjunto de RIAS, PIC, PB y GPC deben cubrir la mayor parte de las contingencias de salud de la población.

Por otra parte, mediante la resolución 489 del 2019 el Ministerio de Salud y Protección Social modificó la resolución 429 del 2016 que adoptó la PAIS y dispuso un modelo operacional para su implementación, el MIAS.

Luego la resolución 2626 del 2019 marca los lineamientos generales de lo que será el Modelo de Acción Integral



Territorial (MAITE), que a su vez reemplaza al MIAS. Los objetivos generales de MAITE son garantizar el pleno disfrute del derecho fundamental a la salud en los territorios, fortalecer la autoridad sanitaria territorial, articular los agentes del sistema de salud y los actores territoriales en torno a las acciones requeridas para lograr resultados de salud, ajustar las respuestas del sistema de salud a las necesidades de los territorios y a sus poblaciones, y mejorar las condiciones de salud de la población, la satisfacción de los usuarios frente al sistema de salud y su sostenibilidad financiera.

La resolución 1147 del 2020 modificó los artículos 9 y 10 de la resolución 2626 del 2019 que adopta el MAITE. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, la decisión busca ampliar los términos para la formulación y adopción del Plan de Acción e Implementación del MAITE (PAIM) por parte de las entidades territoriales, de tal manera que se puedan alinear esfuerzos y cumplir oportunamente con las actividades definidas para la atención de la pandemia de la COVID-19.

Programa Preventivo y Predictivo de Atención Primaria en Salud

En noviembre del 2022 el Gobierno nacional presentó la primera fase del Programa Preventivo y Predictivo de Atención Primaria en Salud, orientado al renacer de la salud pública en Colombia y a garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud para toda la población en el país, y que constituiría el eje central de la reforma al sistema de salud que se impulsó en el 2023.

Si bien dicho proyecto de reforma se hundió en su trámite en el Congreso de la República, el Ministerio de Salud y Protección Social ha seguido avanzando vía decretos y asignaciones presupuestales en el desarrollo de esta propuesta. Por ejemplo, en junio pasado el ministerio asignó recursos por más de 513.000 millones de pesos a las Empresas Sociales del Estado (ESE) para el fortalecimiento de la APS mediante la financiación, conformación y operación de Equipos Básicos de Salud, en las resoluciones 865, 1032, 1033 y 1034 del 2024.

Cabe destacar la recomendación del BID en el informe *¿En qué gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia* publicado por en el 2023, que analiza el gasto en salud en Colombia entre el 2016 y el 2020 para identificar en dónde hay espacio para mejorar la eficiencia del gasto:

Es necesario virar hacia un modelo de atención primaria en salud y hacia modelos de atención de enfermedades crónicas más efectivos. Mejorar la resolutividad, calidad y efectividad de la atención primaria en salud, y ampliar las horas de atención en horarios no laborales y fines de semana puede reducir el sobreuso de urgencias y disminuir a la vez las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria en salud. Identificar las tecnologías y los modelos de atención más costo-efectivos con un enfoque ampliado en gestión del riesgo para la atención de las cinco enfermedades de mayor gasto, puede propiciar ahorros y mejorar la salud de la población.

Asimismo, deberá tenerse en cuenta que es necesario desarrollar la estrategia de APS para la Colombia urbana

y para la Colombia rural, considerando que la mayor parte de la población se concentra en las ciudades y municipios, y la menor proporción de la población se encuentra en la ruralidad y en alta dispersión geográfica, en un área amplia del territorio nacional. Es hacer una ecuación: APS para la mayoría de la población en área urbana y APS para la minoría de la población ubicada en las zonas rurales y distribuidas en la mayor extensión del territorio. Y por último, recomendar que falta una acción de doble vía: desde el Gobierno para implementar la APS y desde la población de base en los municipios que reclame esas actividades básicas preventivas.

Algunas experiencias exitosas de APS en Colombia

Colombia ha tenido experiencias puntuales y exitosas de APS, pero que según los expertos no se han mantenido en el tiempo:

- Departamento de Caldas: con la estrategia APS hicieron diagnósticos de salud y caracterizaron las familias; se hizo promoción de la salud mediante educación, se planearon y ejecutaron rutas de atención integrales que articulan lo comunitario, la promoción del autocuidado y el seguimiento; todo esto centrado en los actores sociales y sus circunstancias de vida particulares. La OPS catalogó la estrategia como un legado que el departamento de Caldas le entregaba al mundo.
- Municipio El Tambo (Cauca): allí se dio otra experiencia exitosa en APS, reportada en el 2014. Existía un gran déficit de talento humano en salud; la población era visitada por enfermeras y auxiliares de enfermería, se hacía la georreferenciación de los posibles pacientes, se contó con un gran apoyo comunitario con un ejercicio de interculturalidad por tener una población indígena y afro importantes.

El Ministerio de Salud y Protección Social exaltó al municipio como ejemplo nacional.

- Municipio de Versalles (Valle del Cauca): se logró la implementación del componente de participación comunitaria en las decisiones de la región, actividad liderada por el director del hospital en 1998. Con la estrategia de APS y con la colaboración de la Iglesia, se fortaleció la promoción y prevención en salud y la solución de problemas locales.
- Municipio El Peñol (Antioquia): se dio una experiencia exitosa con APS cuando el Hospital San Juan de Dios de El Peñol recibió en el 2012 un reconocimiento público de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia por sus avances en la canalización con sus promotores de salud, los servicios sociales del municipio mediante la promoción de la intersectorialidad y el uso en algunos casos de tecnología como la telesalud. Esta experiencia vinculó al Estado, el sector productivo, la academia y la sociedad civil organizada, que participando en el proceso de innovación generaron las soluciones requeridas.
- Municipio de Támesis (Antioquia): el Hospital San Juan de Dios, concebido como una casa de la salud, implementó un nuevo modelo de atención hospitalaria y atención en salud para los habitantes del municipio, estimulado la promoción de la salud y el autocuidado en lo físico y en lo mental, reduciendo gastos económicos al sistema. Es de resaltar el trabajo con la academia, donde participaron docentes, internos y residentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. El hospital disminuyó las remisiones un 40% y las hospitalizaciones en igual porcentaje, disminuyó las hospitalizaciones un 89% por enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda, se erradicó la desnutrición en menores de 5 años y los embarazos decrecieron en un 60%.

Con el poder de
la tecnología,
impulsamos
avances en
el cuidado de
la salud.



¡Ven a conocernos!

· PABELLÓN 17 ·

· **STAND 1823B** ·



meditech

Feria Internacional
de la Salud

BOGOTÁ, COLOMBIA
09-12 JULIO 2024

Member of  **MEDICAlliance**

Cómo avanzar en la implementación sostenible de la APS en Colombia, las propuestas de los expertos

Como hemos referenciado, la implementación de la APS en Colombia no parte de cero y son décadas en las que se han impulsado estrategias en diversas zonas del territorio nacional con el liderazgo de diversas entidades, autoridades, expertos, escuelas de salud pública y comunidades; sin embargo, el país no logra aún cumplir con

los objetivos que trazaron las autoridades globales de salud desde hace más de 30 años. Los expertos en salud pública de las principales escuelas analizan con *Hospitalaria* las razones que han impedido la implementación de esta estrategia y comparten sus propuestas para avanzar.

“Colombia debe continuar la implementación de atención primaria en salud con la normativa existente” Germán González Echeverri



Germán González Echeverri,
investigador de salud pública de la
Universidad de Antioquia

“Primero que todo, debemos reconocer que la atención primaria en salud es una estrategia que sirve siempre y cuando se implemente. En Colombia existe normatividad suficiente y programas encaminados a desarrollarla; sin embargo, aún no se han logrado las coberturas requeridas en el caso de la alimentación, el agua potable, la atención materno-infantil y otros frentes. El problema no radica en la normatividad, sino en plantearnos cómo podemos hacerlo y llevarlo a la práctica”.

Este es el planteamiento de Germán González Echeverri, magíster en Salud Pública y en Medicina Comunitaria, y doctor en Epidemiología y Estadística, que actualmente se desempeña como investigador de salud pública de la Universidad de Antioquia, para aclarar que si bien no se puede desconocer que en la implementación de la estrategia de la APS en Colombia se han tenido importantes avances en los últimos años, falta mucho camino por recorrer.

Agrega que dichos logros están precedidos de diferentes normativas que reglamentan la formulación de los planes, programas y proyectos de APS en la nación, en las regiones, en los departamentos y en los municipios. “Colombia tiene todas las leyes que necesita para atención primaria en salud: se planteó en la Ley 715 del 2001, después en la Ley 1122 del 2007 y la Ley 1438 del 2011; ahí están las normas de atención primaria en salud, nuestro problema no es más leyes, no es más reformas, es hacer lo que hay que hacer”, reiteró el salubrista.

Para establecer la estrategia de APS debe considerarse que Colombia es un país con muchas regiones y que sus redes de salud no son homogéneas, lo que refuerza la idea de que la implementación de la APS deben afrontarla los entes territoriales y que tal vez el papel del nivel central (ministerios o departamentos) es apoyar con grupos de asesores interdisciplinarios, posiblemente con la academia, el desarrollo de dicha estrategia

que debe tener necesariamente un enfoque local, explica el experto.

Tenemos varias culturas y situaciones muy diferentes dentro del mismo país. Colombia es muy diversa; la experiencia de un sitio no se puede trasladar a otro: es muy distinto por ejemplo Buenaventura a La Guajira, o el Tolima o el Huila o Boyacá o Cundinamarca o Antioquia, son casi países cada uno de ellos. Por ello, primero que todo, no debe intentarse hacer un modelo de atención primaria en salud único, igualito en todas partes, sino uno que permita la creatividad de las regiones y los municipios. Hay que creer en las regiones, en su capacidad, y darle la posibilidad de ser creativos, darles la línea de atención primaria en salud según las leyes, decretos y demás normas, pero que se permita establecer modelos locales propios”, sostiene González Echeverri.

En consecuencia, deberá brindarse ayuda a las regiones y los municipios en la creación de equipos de trabajo que asesoren y apoyen a los alcaldes y a los municipios en el montaje de la APS. Y simultáneamente, deberán proporcionarse los recursos suficientes (económicos, materiales, humanos y tecnológicos como los sistemas de información en salud) para la implementación y el desarrollo de la estrategia.

Señala González Echeverri: “Ya existe una directriz de alcance nacional desde las leyes, normas, resoluciones; lo que hay que hacer es apoyar a los municipios para que puedan implementar la atención primaria en salud y eso implica recursos. Bogotá no puede gobernar este país, no hay ningún presidente (hablo de la figura presidencial, no de persona en particular) que pueda manejar todos los problemas de la última vereda, eso es cuento; este es un país complejo, y el presidente (sea quien sea) va a tener que cambiar de enfoque. A partir de

leyes y normas, no se resuelven. Y no es un problema de que el otro es malo y nosotros somos los buenos; tenemos que confiar en todos, todos nosotros, y ponernos de acuerdo en la estrategia”.

El salubrista explica que en la implementación de la APS es importante tener en cuenta modelos ajustados a las necesidades de cada municipio, con la tecnología actual y con equipos de auxiliares de enfermería de la misma comunidad, con una enfermera profesional que los coordine y que tengan la responsabilidad de implementar las RIAS de promoción y prevención y la materno-perinatal. Con un buen sistema de información y con los medios actuales de comunicación se puede emplear la telesalud para dar asesoría a las enfermeras auxiliares desde el hospital local, se podrán gestionar citas desde la misma residencia del paciente y, en algunos casos, hacer consultas virtuales en tiempo real.

“Antes todo lo hacíamos a lápiz, contábamos cuántas personas vivían en tal vereda, hacíamos un mapa y un formulario a mano, y sabíamos dónde vivía Pedro, Juan, y cuántos niños tenía y si la señora estaba embarazada, teníamos los gatos y los perros censados, y mandábamos el vacunador a vacunar las personas y también los perros y gatos. Ahora con toda la tecnología que tenemos, ¿por qué no se está utilizando? Algo que antes hacíamos a mano”, indica el salubrista.

Y complementó: “Somos muy teóricos, desarrollamos muchas cosas, pero somos incapaces de llevarlas a la práctica de forma sencilla, siempre buscamos volver complejo algo que puede ser sencillo. Por ejemplo, el sistema de información en salud ahora tiene capacidad de identificar en una vereda cuántas personas están en un ciclo de vida específico, cuántas vacunas recibieron y cuántas les faltan, cuántos exámenes necesitan, nutrición, todo lo podemos registrar con un clic en el computador. Y tenemos inteligencia artificial que permite por ejemplo decirle al alcalde, ‘de acuerdo con los determinantes en salud vemos en la enfermedad de diarrea y otras que usted debe trabajar un acueducto para tal vereda, con tales familias’. Y en el hospital darse cuenta de dónde vienen los pacientes, dónde



González Echeverri advierte que la implementación de la APS en Colombia es un proceso que no es factible a corto plazo, sino que requiere una política de Estado que asegure su continuidad, que trascienda los cambios de gobiernos

se genera una epidemia X, Y o Z. Y trabajar en APS con auxiliares de enfermería, personal muy formado con gran capacidad de comunicarse con la comunidad. Entonces hacer rondas permanentes casa a casa, con un sistema de información en tabletas que permite saber qué ocurre con cada persona, actualizar esa información, tenerla en la nube, y en tiempo real puede verla desde el hospital un médico que atiende un paciente de estas auxiliares”.

Recalca además que la implementación de la APS es distinta en zonas urbanas, semiurbanas o rurales: “Hay problemas prácticos como la presencia de los miembros de la familia en el día durante la visita del promotor o gestor de salud, las distancias, y un tema que no se puede olvidar es la seguridad del personal sanitario. Debe hacerse la salvedad de que en algunos departamentos con baja densidad de población y dispersos, la estrategia puede complementarse con equipos completos que incluyan médicos, odontólogos, enfermera y otro personal de salud que mediante campañas de salud apoyen al gestor de salud que posiblemente sea una auxiliar de enfermería”.

Otro componente fundamental de la implementación de la APS es el trabajo intersectorial coordinado en el nivel local, ante lo cual señala el salubrista: “En la actualidad se dispone de sistemas de información que permiten no solo la teleasistencia, sino también la planeación con otros sectores como el de medioambiente con agua potable, la alimentación, el saneamiento ambiental, la vivienda, la educación, la recreación y el trabajo. La enfermera, los médicos, los trabajadores sociales, los psicólogos y demás personal de salud podrán conocer su población y la podrán seguir. El hospital podrá planear la APS

y la implementación de las RIAS, y por su parte las secretarías municipales, no solo la Secretaría de Salud —que no siempre existe o está compartida con otros sectores—, podrán incluir en su plan de desarrollo las actividades que se requieren en las comunidades rurales o urbanas”.

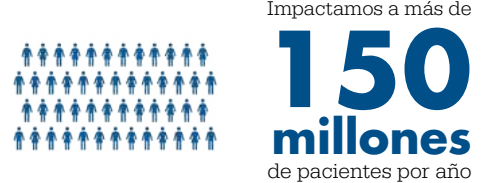
Frente a este aspecto recalcó: “Deberíamos hacer mucho esfuerzo en desarrollar este país en los seis componentes básicos de derechos humanos de la APS, que son vivienda, alimentación, salud, educación, recreación y trabajo. La APS nos obliga a un trabajo intersectorial y con participación social, que la veo muy decaída en el país; había más coherencia en los años 70, 80, 90, más trabajo comunitario, eso se perdió mucho en el país”.

González Echeverri advierte que la implementación de la APS en Colombia es un proceso que no es factible a corto plazo, sino que requiere una política de Estado que asegure su continuidad, que trascienda los cambios de gobiernos y se acepte que lo que hacen unos no necesariamente es malo para el hoy, que el talento humano en salud es el mismo y que el cambio de administradores no nos cambia.

Al respecto afirmó: “Hay algo que yo admiro mucho de los canadienses: desde los años 70 plantearon una estrategia para salud del país y la han ido ajustando, pero mantienen la estrategia; nosotros cambiamos estrategias cada dos años, cada cuatro años, creemos que lo que se hizo no sirve y entonces lo borramos y tratamos de hacer algo nuevo, lo destruimos, y entonces el otro viene y nos pasamos en esas. Necesitamos que el país tenga una política a largo plazo, que podamos mostrar en 50 años que fue eficaz y eficiente, como lo han demostrado los canadienses”.

El investigador hizo énfasis en que el talento humano en salud no se improvisa, hay que formarlo

Junto con nuestros clientes en todo el mundo...



Nuestra empresa

Stryker es líder mundial en tecnologías médicas y, junto con nuestros clientes, nos esforzamos por mejorar la atención médica. Ofrecemos productos y servicios innovadores en medicina y cirugía, neurotecnología, ortopedia y columna vertebral que ayudan a mejorar los resultados del paciente y de la atención médica.

150M

Lo que hacemos

Stryker es una de las empresas de tecnología médica líderes en el mundo. Junto con nuestros clientes de todo el mundo, generamos un impacto en más de 150 millones de pacientes al año.



Este documento es sólo para uso de profesionales de la salud.

Los cirujanos siempre deben usar su juicio clínico profesional para decidir si usan o no un producto en particular en el tratamiento de un paciente. Stryker no ofrece ninguna asesoría médica y recomienda a los cirujanos estar enterados en el uso del producto antes de utilizarlo en cirugía.

La información presentada es para demostrar un producto de Stryker. Los cirujanos deben siempre consultar el folleto incluido en el producto, la etiqueta de producto y/o las instrucciones de uso incluyendo las instrucciones de limpieza y esterilización (si aplica) antes de usar cualquier producto Stryker. Es posible que algunos productos no estén disponibles en todos los mercados, ya que la disponibilidad de productos está sujeta a las legislaciones y/o prácticas médicas vigentes en cada mercado. Por favor contacte a su representante de Stryker Local si tiene preguntas sobre la disponibilidad de productos Stryker en su área. Todas las marcas registradas son marcas registradas de sus respectivos propietarios o poseedores.

Calle 116 No. 7-15 Piso 10. Oficina 1001
Bogotá, Colombia
P +571 743 8200
www.stryker.com

y debe pertenecer a la misma comunidad, que sea parte de la cultura local en lo posible: “Existe experiencia en el pasado donde secretarías de Salud departamentales tenían sus escuelas de auxiliares de enfermería y tal vez es el momento de retomar la experiencia. Lo mismo el enfoque con el Servicio Social Obligatorio, financiado por el nivel central, que se hacía en poblaciones que requerían los profesionales: es tal vez el momento de retomar los estudios de los que dispone el Ministerio de Salud, donde hacen propuestas innovadoras como la vinculación con la academia y el inicio de las residencias desde el año de servicio social, tanto para médicos como para enfermeras. Bienvenido el pasado en la implementación futura

de la estrategia de atención primaria en salud. Los ministerios, no solo el de Salud, cuentan actualmente con suficiente normatividad para implementar la atención primaria en salud y es su responsabilidad orientar los recursos en forma transparente y descentralizada para lograr el bienestar de todos los ciudadanos”.

El salubrista concluyó: “Todo lo mencionado requiere una planeación adecuada y una estructuración financiera que hagan viable la implementación de la estrategia de atención primaria en salud en Colombia”.

“La atención primaria en salud debe consolidarse en el municipio” Gabriel Carrasquilla



Gabriel Carrasquilla,
Presidente de la
Academia Nacional de Medicina

Gabriel Carrasquilla, presidente de la Academia Nacional de Medicina, sostiene que la experiencia de promoción de la estrategia de APS en Colombia y en varios países de América Latina, debidamente documentada en publicaciones científicas y en recomendaciones de política pública, ha demostrado que el escenario natural e ideal para consolidar dicha estrategia es el municipio; el liderazgo para la aplicación de la estrategia se hace más a nivel de municipio que en un nivel más amplio.

“El lugar donde se hace la verdadera integración multisectorial, con participación comunitaria, con integración al sistema de salud y con todo lo concerniente a la estrategia es el municipio, y el alcalde es el actor que puede hacer esa integración y poner a todos los sectores a trabajar por un propósito común que es el desarrollo de la estrategia de atención primaria en salud en ese municipio” explicó

Carrasquilla, magíster en Salud Pública y en Enfermedades Tropicales, y doctor en Epidemiología.

Agrega que la descentralización facilitaría mucho la promoción y aplicación en el ámbito local: “Centrar la estrategia de atención primaria como un compromiso debe hacerse a nivel del municipio; obviamente municipios como Bogotá, Medellín o Cali son un poco más complejos, pero en Colombia donde el 90% o más son municipios pequeños, se puede hacer atención primaria a este nivel, comprometiendo a las administraciones y liderazgos municipales, a los alcaldes y a su equipo de gobierno a desarrollar ese espacio de la estrategia, con sus características de enfoque multisectorial, participación comunitaria, autorresponsabilidad y autodeterminación”.

Ahora bien, debe considerarse que las circunstancias para desarrollar la

estrategia de APS siempre serán diferentes según las características de cada lugar, porque son muy distintas las patologías, las situaciones de salud y las intervenciones que se presentan, por ejemplo, en un barrio de estrato alto en una de las grandes ciudades del país, a las que se presentan en un municipio alejado de esa ciudad. Además, están las diferencias geográficas, sociales y culturales de cada lugar en particular.

Para implantar una estrategia real de APS, a largo plazo y con garantía de apoyo desde el nivel central, Carrasquilla propone emprender la tarea de convencer a todos los alcaldes del país para que se comprometan con el establecimiento de la estrategia, a partir de los lineamientos normativos que ya existen.

Asimismo, el desarrollo de la estrategia misma debe ser una política de Estado con alcance nacional, afirma el salubrista: “La estrategia de atención primaria en salud se debe implementar a nivel municipal, con la orientación nacional. Hay una Comisión Intersectorial que reúne a los ministros, pero ellos manejan una cantidad de cosas complejas para el país y es muy difícil que piensen en la estrategia, mientras que un gabinete municipal sí tiene mucha más capacidad de hacerlo y de implementarla en su municipio”.

El presidente de la Academia Nacional de Medicina explica que desde el punto de vista normativo, la Ley 1438 del 2011 es la de mayor avance en el tema: “En esa ley está muy desarrollada la concepción de la atención primaria como estrategia. Por eso yo insistí mucho durante las discusiones de la reforma a la salud del actual gobierno que no se necesita una ley de reforma a la salud para aplicar el enfoque de atención primaria, sino que se necesita aplicar la Ley 1438 del 2011. La atención primaria planteada en la propuesta de reforma a la salud

que no pasó en el Senado de la República, no tenía una concepción de la estrategia atención primaria sino que estaba más orientada hacia el primer nivel de atención”.

Sin embargo, a dicha ley le faltó un elemento muy importante como son las fuentes de financiación, señala Carrasquilla: “La financiación de la estrategia de atención primaria con ese enfoque multisectorial tiene que incluir un concepto importante que ha planteado la Organización Mundial de la Salud y es ‘Salud en todas las políticas’. Esto quiere decir que la política de agricultura tiene que pensar en salud, porque debe orientarse a la producción de alimentos para una nutrición adecuada al alcance de toda la población; la política de educación debe tener salud para la información y promoción de la salud, el autocuidado; la política de infraestructura y de movilidad debe tener salud, porque una de las principales causas de muerte en Colombia son los accidentes de tránsito y eso se debe a políticas del sistema de infraestructura y de movilidad; la política de ciencia tiene que tener salud para la investigación que busca resolver los problemas de salud más frecuentes; la política demográfica, en fin, todas las políticas tienen que incluir la salud”.

Para financiar la estrategia de APS debe resolverse una dificultad, advierte el salubrista: “El problema es que el Presupuesto General de la Nación y los recursos disponibles en Colombia están asignados por sectores, pero no hay una integración de todos los sectores con un propósito común como puede ser mejorar las condiciones de salud para toda la población, esto es algo desarticulado. Los diferentes sectores tienen que aportar recursos para la estrategia de atención primaria. Entonces hay que buscar que las intervenciones orientadas al desarrollo de la estrategia de atención primaria con un enfoque multisectorial puedan ser mucho mejor articuladas, mucho mejor integradas, mucho mejor coordinadas”.

El Gobierno promueve primer nivel de atención, no atención primaria en salud

“Los esfuerzos del Gobierno para tratar de implantar la estrategia en Colombia son aislados o sin la concepción



completa de la estrategia de atención primaria; se está haciendo un buen esfuerzo como debe ser en el primer nivel de atención, y cuando hablo del primer nivel de atención no me refiero solamente al institucional que se practica en un centro de salud o un hospital de primer nivel, también la atención domiciliaria es primer nivel de atención, muy orientada a actividades de detección temprana de enfermedad o a intervenciones colectivas, pero no a la acción”.

Así lo plantea el salubrista, quien precisó: “Por ejemplo, un brote de dengue no se resuelve solamente con ofrecer los servicios de atención de la enfermedad; el dengue se tiene que resolver con una acción integral, trabajando en eliminación de criaderos, y eso no le corresponde a los médicos en el primer nivel de atención; tiene que haber un trabajo conjunto entre agentes de salud, del medio ambiente, de agricultura y por supuesto de la misma comunidad para eliminar criaderos, para no almacenar aguas, para proteger los almacenamientos de agua cuando haya que hacerlos para que la mosquita no haga la oviposición allá”.

Igual sucede con intervenciones de atención primaria para malaria, hipertensión arterial, diabetes, entre otras situaciones de salud que demandan estrategias integrales de atención; la diabetes, por ejemplo, requiere participación del sector agropecuario, del sector deportes para adecuar espacios para la práctica del ejercicio y, asimismo, todas las situaciones necesitan un enfoque multisectorial. Esto se ha evidenciado en experiencias de países como Venezuela, Colombia, Brasil, Guatemala y El Salvador, muy orientadas a situaciones más específicas como enfermedades transmitidas por vectores, con una coordinación del proceso desde el nivel municipal.

Sostiene Carrasquilla que los Equipos Básicos de Salud asignados para algunos territorios en el país constituyen un componente de la atención primaria que se adelanta desde el Gobierno de forma muy incipiente, y que la propuesta de este con respecto a la APS en su reforma a la salud no tenía una adecuada integración entre lo que

debe ser la estrategia como tal y el primer nivel de atención.

“Yo advertí en muchas discusiones de la reforma con el Ministerio de Salud, que no está bien planteada la relación de lo que debe ser la estrategia de atención primaria con el primer nivel de atención; es más, yo los veía como propuestas divorciadas, separadas. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) son un primer nivel de atención, pero no he visto que los demás elementos de atención primaria como enfoque multisectorial y participación comunitaria se estén dando en los CAPS. Esos equipos de atención primaria deberían estar actuando con la comunidad y concertando intervenciones y acciones multisectoriales para mejorar condiciones de salud y para afectar o intervenir los determinantes sociales de la salud como nutrición, pobreza, cambios demográficos, entre otros, que son los que deben intervenir con un enfoque multisectorial para tener mejores condiciones de salud”, indicó Carrasquilla.

Sin embargo, el académico confía que en Colombia pueda instaurarse la estrategia de APS: “Yo espero que en este país, con todos estos esfuerzos que se han estado hablando durante los últimos dos años sobre la importancia y la relevancia de la estrategia de atención primaria, finalmente lleguemos a concretarla y que de verdad se pueda consolidar como algo que va a mejorar las condiciones de salud en todos los escenarios, desde las áreas más apartadas de la Colombia profunda hasta las áreas más desarrolladas de las grandes ciudades”.

Considera Carrasquilla que tras la caída de la reforma a la salud del actual Gobierno, que planteaba un establecimiento de la estrategia de APS para el país, la reorientación del esfuerzo para emprender un real establecimiento de

la estrategia debería partir de la reglamentación y el desarrollo tanto de la Ley 1751 del 2015 (Ley Estatutaria en Salud) como de lo ya establecido en la Ley 1438 del 2011: "Tanto a la Ley 1438 del 2011 como a la Ley Estatutaria en Salud que tratan de la atención primaria, más que reglamentación les falta es decisión para llevarlas a cabo. Pura voluntad política para adelantar la estrategia de atención primaria. La Ley 1438 es explícita y lo que se requiere adicionalmente es la suficiente voluntad política para asignar los recursos necesarios y para ejecutar la atención primaria en salud en el país".

Las experiencias de atención primaria en salud son esfuerzos aislados

Se identifica que todas las experiencias de APS cumplen un ciclo corto: se plantean, se ejecutan y luego desaparecen. Carrasquilla indica que esta situación se explica porque se trata de experiencias desarrolladas con buena parte de financiación externa para un contexto y una situación determinada, y por eso no se mantienen en el tiempo.

Por esta misma razón, insiste en que la estrategia de atención primaria debe consolidarse en el municipio: "Si no hay la decisión política de consolidarse a nivel municipal, con participación de los recursos del municipio para establecer y desarrollar la estrategia de atención primaria, esta no permanece. Debe ser una decisión gubernamental local, con voluntad política para llevarla a cabo".

Carrasquilla destaca algunas experiencias que han desarrollado la estrategia de APS en Colombia, que no se dieron dentro de marcos normativos específicos: "Una de las muchísimas experiencias que se tuvieron en cuenta para la Declaración de Alma-Ata en 1978 fueron las de

Una experiencia positiva sobre atención primaria en Colombia, es Cali una de las áreas donde más se desarrolló la estrategia: en esa ciudad se trabajó en una alianza entre el sector público, el sector privado y la Universidad del Valle, con logros interesantes.

los años 60 en Santo Domingo en Antioquia y en Candelaria en el Valle del Cauca; fueron experiencias con enfoque multisectorial, con participación comunitaria, con integración del primer nivel de atención, que entre muchas otras se llevaron a la Conferencia de Alma-Ata".

Posteriormente, se destacaron otras experiencias positivas sobre atención primaria en Colombia, siendo Cali una de las áreas donde más se desarrolló la estrategia: en esa ciudad se trabajó en una alianza entre el sector público, el sector privado y la Universidad del Valle, con logros interesantes. Y la Fundación para la Educación Superior (FES) y su división de salud desarrolló una experiencia de atención primaria en 11 ciudades de Colombia, incluyendo Barranquilla, Bello, Bogotá, Cali y Bucaramanga, entre otras.

Relata Carrasquilla: "La experiencia que tuvimos en la primera mitad de la década de los años 90 entre la Fundación FES, las administraciones municipales de 11 ciudades y las universidades en esos municipios fue bastante positiva. Otra experiencia muy interesante desde comienzos de los años 80, fue una experiencia con los siete barrios más pobres de Cali en ese momento, antes de que naciera el Distrito de Agua Blanca, en una alianza entre la Universidad del Valle, la Fundación Valle de Lili, la Fundación Carvajal, la Fundación Sarmiento Palau y la Secretaría de Salud de Cali. Y en Bogotá hubo una experiencia de atención primaria muy interesante que coordinó en los años 80 el exministro Jaime Arias y el doctor Francisco Yepes con la Universidad Javeriana".

“La atención primaria en salud debe orientarse mucho más hacia el desarrollo del país” Enrique Peñaloza Quintero



Enrique Peñaloza Quintero, doctor en Estudios Políticos y profesor del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana

Para Enrique Peñaloza Quintero, doctor en Estudios Políticos y profesor del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana, la APS debe orientarse mucho más hacia el desarrollo del país porque hay una correlación muy grande entre el estado de salud y las condiciones de desarrollo de la población; para lograr este propósito debe articularse salud con otros sectores como aquellos que dinamizan la economía y que generan infraestructura para lograr un mejor resultado en materia de salud.

Explica el experto que la APS en muchos casos se ha confundido con el cuidado primario en términos de primer nivel de atención, por lo cual se han implementado una serie de estrategias que no han logrado unir el abordaje de la salud y el desarrollo: “En ese sentido, ha sido un abordaje que se ha quedado corto frente a lo que a lo que realmente podría ser la APS. En esa línea el Gobierno ha hecho esfuerzos, se han hecho declaraciones, lo hemos incorporado en marcos regulatorios como leyes, pero nos hemos quedado cortos frente a lograr incorporar este concepto con una visión mucha más intersectorial”.

Para concretar ese enfoque multisectorial que debe caracterizar la APS es necesario articular todos los actores del sistema, porque la APS no puede ser una responsabilidad de un

solo actor sino que deben articularse todos los sectores involucrados en el desarrollo.

En tal sentido, indica Peñaloza Quintero: “Deberíamos ser capaces de articular la estrategia de APS con una atención de primer nivel y eso hace que tengamos que sentarnos a dialogar para articular este modelo. Se han dado iniciativas como los modelos MIAS y MAITE para llegar mucho más a los territorios, pero siempre nos quedamos cortos frente a la intersectorialidad, falta más articulación. Promover equipos de cuidado primario como los Equipos Básicos de Salud sin dialogar sobre en qué debemos invertir para lograr un mejor desarrollo de los territorios en completa articulación con los planes de desarrollo municipales y departamentales, son esfuerzos que no terminan de ser eficientes y efectivos en lo que buscamos, que es una mejor salud para las poblaciones”.

Además, debe considerarse que la APS se adapta mucho a los contextos de cada país. Las experiencias destacables en el mundo son aquellas que han logrado modelos de desarrollo que invirtieron la riqueza del país en el mejoramiento de las condiciones para tener mejor salud. Así lo refiere el experto: “Se pueden destacar las estrategias tanto de países de altos ingresos como los países escandinavos, como aquellas de

países como Cuba y Costa Rica que han tenido elementos muy positivos. La gran mayoría de los países tienen características relevantes ya definidas en términos de principios y elementos, y la gran mayoría están a cargo del Estado; es muy importante que el Estado se haga responsable de articular, de convocar y generar un modelo de gobernanza incluyente en salud; son experiencias para rescatar de todos los países”.

Para orientar más la atención primaria hacia el desarrollo, también es importante que deje de considerarse como política de un gobierno determinado y que se convierta en una verdadera política de Estado, por lo que señala el académico: “La atención primaria en salud no es realmente una política de Estado que vaya más allá de los ciclos de los gobiernos, que vaya más allá de los periodos de los alcaldes, gobernadores e incluso del periodo presidencial; eso amerita pensarla a largo plazo, en desarrollar una política de Estado mucho más enfocada a la estrategia. Esto tiene que involucrar no solamente al sector salud, sino a todos los demás sectores”.

Por tanto, para impulsar la APS como una política de Estado y no de gobierno, Peñaloza Quintero indica que debe aprovecharse el consenso y la tendencia general a considerar que los sistemas de salud deben volcarse hacia la estrategia de atención primaria como eje de fundamentación del modelo de atención: “Nadie estaría en contra de que en nuestras discusiones de reforma al sistema de salud se consolidara la estrategia de atención primaria como la base de atención del sistema de salud; pero es muy importante entender que no se nos puede quedar en el discurso sino que deben asignarse recursos, desarrollar capacidad en el talento humano y obviamente invertir en infraestructura para avanzar en este propósito”.

Lo primero sería entonces fortalecer la práctica de la salud pública desde la formación del talento humano para tener mayor capacidad de atención, pero también regular los actores alrededor de los compromisos para afectar los determinantes sociales de la salud desde los diferentes sectores, ejercer un mayor control del gasto para garantizar que los recursos sean realmente adecuados y sobre todo suficientes, con buen uso, indica el experto. Además, es muy importante fortalecer el sistema de información para caracterizar tanto a los territorios como a las poblaciones que habitan en esos territorios.

Peñaloza Quintero hace énfasis en la necesidad de proponer una política de formación y desarrollo del recurso humano, porque esto permitiría aumentar la cobertura y superar las dificultades frente a las inequidades en la atención en salud en Colombia: “Para desarrollar la atención primaria en salud se requiere primero talento

¡Descubre la excelencia en servicios hospitalarios con Cruz Verde!



Facilitamos la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos para clínicas y hospitales. Nuestro objetivo es impulsar el desarrollo de las instituciones y mejorar el bienestar de los pacientes.

Escanea el código QR
conoce más sobre
nuestros servicios
institucionales.





Peñaloza Quintero reitera que es necesario determinar cómo asignarle más recursos a esta estrategia, porque el país solo gasta alrededor del 3% de los recursos en salud pública y en APS, mientras se invierten muchísimos recursos en la recuperación de la enfermedad

humano, y en Colombia tenemos un déficit importante en términos de talento humano. Somos un país que tiene invertida la proporción de médicos y enfermeras: cuando en la gran mayoría de los países tenemos más enfermeras que médicos, en Colombia tenemos más médicos que enfermeras profesionales, y eso hace que nos vayamos a un modelo muy curativo”.

Pero también es importante entender que falta capacidad instalada y recursos para desarrollar la estrategia en áreas remotas: “Seguimos teniendo desafíos muy importantes en términos de disminuir dificultades relacionadas con el aumento de la cobertura y la asignación de los recursos necesarios para una implementación efectiva de la estrategia en todos los territorios”, agrega el experto.

Se puede hacer atención primaria en salud con reforma o sin reforma a la salud

Después de que se cayera la reforma a la salud en el Congreso, que planteaba un nuevo modelo basado precisamente en APS, Peñaloza Quintero es enfático en afirmar que de todas formas se puede emprender el desarrollo de la estrategia en el país: “Independiente de reforma o no reforma al sistema de salud, de ajustes o no ajustes, la atención primaria en salud se puede hacer en el marco de la legislación actual. Colombia tiene marco normativo para la APS; desde 1978 se unió a la Declaración de Alma-Ata y ha estado muy ligada a los lineamientos desarrollados por organismos internacionales

como la OMS/OPS. Colombia tiene un marco de operación de la APS reconocido y dispuesto desde el punto de vista jurídico para facilitar, adoptar y desarrollar esta estrategia. Es mucho más una decisión política para asignarle recursos, que un problema de norma o de no tener reglamentación frente a la APS”.

Por ello reitera que es necesario determinar cómo asignarle más recursos a esta estrategia, porque el país solo gasta alrededor del 3% de los recursos en salud pública y en APS, mientras se invierten muchísimos recursos en la recuperación de la enfermedad: “Independientemente de que haga o no una reforma a la salud, debería haber una decisión política para desarrollar la estrategia de atención primaria, pero asignándole recursos porque no nos podemos quedar en la idea de la APS, sino que necesitamos implementarla. Y para la implementación se necesitan recursos, tanto recursos financieros como talento humano e infraestructura”.

Finalmente, Peñaloza Quintero se refirió a algunas experiencias con la estrategia. La Pontificia Universidad Javeriana tuvo hace muchos años un programa de APS que atendía los lugares más lejanos o marginales de la ciudad de Bogotá, como Bosa. En ese abordaje se pretendía hacer un desarrollo mucho más integral, no solamente con profesionales de la salud sino con profesionales de trabajo social e ingenieros ambientales que legalizaban predios y trámites de servicios públicos, porque generalmente eran barrios de invasión. También se tuvieron experiencias lideradas por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá como “Salud a su hogar” y otras experiencias en el Eje Cafetero. Concluye el experto que estas experiencias fueron puntuales y se desarrollaron más como proyectos que tienen un comienzo y un fin, y por tanto no se mantuvieron en el tiempo.

“Mejores resultados en salud y ahorro financiero por atención primaria son a largo plazo” Jhonathan Stick Guerrero Sinisterra

Los países que han logrado los mejores resultados y mejores indicadores por la implementación de la estrategia de APS han tenido que hacer planes a 20 y 30 años, entendiendo que uno de los reconocimientos desde los determinantes sociales de la salud es que cerca del 17% al 20% de las enfermedades que sufre una población a lo largo de su vida no se podían evitar de ninguna manera, no había tecnología para evitarla, pero el 80% de todas las enfermedades que padece una población a lo largo de su vida son evitables al intervenir factores del medio ambiente, de los hábitos, de los sitios de trabajo, de la calidad del agua, del entorno donde viven, de las circunstancias donde viven.

Así lo plantea Jhonathan Stick Guerrero Sinisterra, profesor de la Universidad del Valle y magíster en Salud Pública, quien agrega que los países que sí han tenido mejores resultados hacen cambios generacionales: “Una de las lecciones aprendidas es que toda estrategia de atención primaria en salud efectivamente implementada dentro de un sistema de salud ha tomado varias generaciones para funcionar de forma eficiente y efectiva, porque antes de eso igual debe atender la carga patológica desde lo curativo que ya existe”.

En otras palabras, explica el salubrista, si el día de mañana se implementara de manera sólida, continua y sostenible la APS en Colombia dentro de

su sistema de salud, de todas maneras pasarán entre 35 y 40 años en los que tendrá que seguir atendiendo la carga patológica de todas las personas, porque Colombia actualmente tiene una esperanza de vida redondeada en 78 años y hoy todas las personas que tengan alrededor de 35 años ya se expusieron a lo que tenían que exponerse, tomaron bebidas azucaradas, comieron comida chatarra, no hicieron ejercicio. Y aunque pueden cambiar hábitos, después de los 35 años la carga patológica ya existe y se busca reducir su efecto, así que el sistema en los siguientes 35 o 40 años de vida de esa persona igual tendrá que seguir atendiendo sus enfermedades normalmente como lo venía haciendo, pero además tendrá que invertir esfuerzos técnicos y financieros en prevenir con el enfoque de la estrategia de APS la enfermedad de las nuevas generaciones.

Guerrero Sinisterra señala que solo a la vuelta de unos 20 años el sistema de salud comenzará a sentir el alivio financiero por disminución de la carga de enfermedad, porque empieza a ser bastante la población que sí recibe los cambios positivos de la estrategia de APS y que se convierten en beneficiarios de un sistema de salud con un enfoque preventivo y no meramente curativo. “Los esfuerzos que ha hecho Colombia son importantes, pero el problema que tenemos como país latinoamericano es que esos esfuerzos están llegando tarde,



Jhonathan Stick Guerrero Sinisterra, profesor de la Universidad del Valle



y a la fecha no se han estructurado dentro del sistema de salud de manera sólida, sostenible financieramente y con una mirada a largo plazo”, indica el experto.

Por ello la instauración de la APS debe plantearse, acogerse, mantenerse y respetarse a largo plazo, afirma el salubrista: “Una debilidad de los países latinoamericanos es que nos cuesta mucho trabajo la planificación estratégica a largo plazo, que además exige respeto de los siguientes gobiernos con los resultados de un trabajo en el ahora pensando en el futuro. También exige una mayor comprensión de la sociedad colombiana de que los cambios no pueden suceder en 4 años, no es posible que sucedan en 4 años. Los cambios que han surgido como sostenibles, exitosos, importantes, empiezan a mostrar resultados observables a los 15 o 17 años de estar operando de manera sostenida y de forma no interrumpida. Esto significa que no podría ser bandera de ningún gobierno algo diferente a lo que ya se estipule a largo plazo en temas de atención primaria en salud y de reforma al sistema de salud”.

Agrega que en Colombia se han promovido múltiples esfuerzos desarticulados pero importantes para consolidar experiencias de valor de APS: “A pesar de que en el sistema de salud no tenemos consolidada una estrategia de atención primaria en salud clara, operativa y sostenible, sí somos un país de referencia en el tema. Colombia tiene experiencias y pilotos, pero le ha costado mucho trabajo estructurar la estrategia dentro de su sistema de manera sostenible”.

Una de las dificultades que no se ha podido superar es que la implementación de la estrategia de APS tiene un alto costo, que si bien a mediano y a largo plazo se convierte en un esfuerzo eficiente y efectivo, en las primeras etapas de implementación requiere músculo financiero por encima de la operación regular del sistema; dentro de la reforma a la salud del actual Gobierno se reconocía ideológicamente y conceptualmente dicha estrategia, pero en lo operativo y en lo financiero existían muchas dudas, señala el salubrista.

Guerrero Sinisterra sostiene que aún son rescatables elementos de la reforma como la propuesta estratégica

de APS y algunos elementos conceptuales de la reforma deberían mantenerse, pero deberían pasar primero por un filtro operativo de planeación administrativa y financiera a largo plazo. Además, insiste que sí debe hacerse reforma al sistema de salud porque el existente ya perdió vigencia, no es compatible con nuestras realidades sociales, económicas, políticas y geográficas. Pero indica que hacer la reforma exige trabajar con diferentes sectores y actores, más allá de las banderas partidistas: “Colombia llegó a un punto donde el partidismo político nos juega en contra; un asunto tan sensible como es el sistema de salud no puede depender de partidos políticos, debe ser un asunto técnico, ojalá poco permeado por agendas políticas. La academia es muy importante como también los otros actores, y trabajar en conjunto para encontrar la conciliación y la forma de aplicar la atención primaria en salud de manera estructurada y sostenible en toda Colombia, tanto en la Colombia urbana como en la Colombia rural que abarca la mayoría del territorio”.

Colombia es receptiva para desarrollar experiencias de APS y debe promover la estrategia

Colombia es receptiva al desarrollo de experiencias de APS; ejemplo de ello son las iniciativas que se han desarrollado en el país, incluso algunas desde antes de la Declaración de Alma-Ata. Sin embargo, debe reconocerse que han sido esfuerzos desarticulados, aislados y por tanto de bajo impacto, son muy puntuales y no tienen repercusión en el ámbito nacional.

Un ejemplo, indica Guerrero Sinisterra, son las experiencias valiosas y exitosas de muchas universidades: “El año pasado en un evento académico en el Valle del Cauca hubo un encuentro de universidades en salud pública y el

CIRUGÍA SEGURA

El control del sangrado y la prevención de la infección en el sitio quirúrgico (ISQ) son compromiso de todos.



¿Qué tan grande es el problema de la atención insegura en salud?

- Según la OMS, **134M** de eventos adversos relacionados con atención sanitaria insegura, ocurren en hospitales de países con ingresos medios y bajos, lo que contribuye aproximadamente a **2,6 muertes cada año**.¹
- El sangrado quirúrgico y las infecciones en el sitio quirúrgico afectan de manera negativa a los resultados clínicos, los costos y los recursos.

> Problemática del sangrado

Cada vez hay más pacientes quirúrgicos de alto riesgo debido a **comorbilidades, coagulopatías** o el uso de **medicamentos anticoagulantes**.^{3, 4}

30%
de todos los pacientes experimenta algún tipo de complicación debido al sangrado.²

> Controlar el sangrado quirúrgico es fundamental para una cirugía segura

En estudios de hemostáticos adyuvantes y sellantes vs. métodos convencionales, el uso de **hemostáticos adyuvantes** estuvo asociado con:

Hasta **40%**

menos pacientes requiriendo una transfusión⁷

Hasta **4 días**

de reducción promedio en estancia hospitalaria

Hasta **25 minutos**

en reducción en el tiempo quirúrgico^{8, 9}

Tasa de reingreso

significativamente reducida¹⁰

> Un paciente con ISQ está en riesgo de:

- Aumento de estancia hospitalaria → Promedio 4-10 días
- Re-ingreso luego de la salida → 5x más probable
- Aumento de riesgo de ingreso a UCI → 60%
- Dos veces el riesgo de mortalidad^{5, 6}

> Para la prevención de la ISQ:

Estudios in vivo demuestran que las suturas antibacteriales tienen un área de inhibición que actúa sobre la mayoría de las bacterias que causan infecciones en el sitio operatorio.

Guías que recomiendan el uso de suturas antibacteriales:

- 1 La Asociación Colombiana de Infectología (ACIN)
- 2 Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)
- 3 Organización Mundial de la Salud (WHO)¹¹
- 4 Colegio Americano de Cirujanos y la Sociedad de Infección Quirúrgica
- 5 The National Institutes of Health and Care Excellence (NICE)

La seguridad en una cirugía requiere de Técnica quirúrgica segura

Preparación cuidadosa
Del paciente



Correcto uso del
Dispositivo médico

UNA CIRUGÍA SEGURA COMIENZA MUCHO ANTES DEL QUIRÓFANO

CO_ETH_BIOS_380850

Contenido destinado a Profesionales de la Salud

©Johnson & Johnson MedTech Colombia S.A.S., 2024.

1 Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. ISBN 978-92-4-003270-5 (electronic version) ISBN 978-92-4-003271-2 (print version). World Health Organization 2021.

2 Corral M, Ferko N, Hollmann S, et al. Health and economic outcomes associated with uncontrolled surgical bleeding: a retrospective analysis of the Premier Perspectives Database. Clinicoecon Outcomes Res. 2015;7:409-21.

3 The Challenge of Multiple Comorbidity for the US Health Care System., Parekh AH et al., 2010.

4 Parekh AK, et al. JAMA. 2010;303(13):1303-1304z

5 World Health Organization (WHO). WHO Guidelines for Safe Surgery: 2009: Safe Surgery Saves Lives. Geneva, Switzerland. 2008.

6 De Lissovoy G, Pan F, Patkar AD, et al. Poster Presentation at the EU ISPOR Meeting; November 5-8, 2011; Madrid, Spain.

7 Notarnicola et al. Blood Coagu Fibrinolysis. 2012; 23 (4):278-284.

8 Pan et al. Ophthalmology. 2011; 118(6):1049-1054.

9 Dancey et al. Plast Reconstr Surg. 125 (5):1309-1317.

10 Ye et al. Orthopaedics.

11 J.A. Cortés, et al. Guía de práctica clínica para la Prevención de la infección del sitio quirúrgico. Infectio 2023; 27(4): 230-262https://doi.org/10.22354/24223794.1151



Guerrero Sinisterra destaca además que curricularmente cada vez es más fuerte la presencia de actividades de aprendizaje y de asignaturas orientadas a la APS para la formación de profesionales en salud

tema fue atención primaria en salud; las 11 instituciones de educación superior participantes en la organización académica tenían experiencias exitosas en APS. Así que experiencias hay, pero no es lo mismo un piloto o un proyecto o una experiencia, a que el país en pleno desde su sistema de salud tenga una estrategia de atención primaria en salud interiorizada y central dentro del funcionamiento del sistema, con cubrimiento nacional”.

Agrega el salubrista que otra experiencia importante con APS son los trabajos de Extensión Solidaria que hace la Universidad del Valle y muchas otras universidades con la población rural, porque justamente a través de esos programas de las universidades, principalmente las públicas, se logran tejer caminos de confianza con las comunidades y comenzar a fortalecer sus capacidades para promover aspectos en salud.

También referenció una experiencia innovadora y exitosa hace casi 30 años en Cali, liderada por la Universidad del Valle y el Hospital Universitario del Valle. La profesora Lilianna Arias Castillo, médica familiar, con un equipo docente y miembros de la universidad desarrolló una experiencia en el barrio El Diamante, donde se logró establecer una vinculación con agentes comunitarios que fueron capacitados y comenzaron a promover el reconocimiento temprano de situaciones que afectaban la salud por medio de fichas familiares, con un enfoque de salud familiar que es muy importante en la APS. Recuerda el salubrista que la estrategia de APS debe tener un enfoque no solo de medicina familiar sino de salud familiar, de tal manera que revise no al individuo sino a la familia como un elemento sistémico y por ende su comunidad.

Y mencionó que desde la aprobación de la Ley 1438 del 2011, y principalmente durante la discusión de la reforma a la salud, muchas IPS de baja, mediana y alta complejidad comenzaron a idear modelos de atención con la estrategia visibilizada, siendo el caso del Hospital Universitario del Valle que tiene programas de APS. Asimismo, el Servicio Médico de la Universidad del Valle, exclusivo para los funcionarios y profesores que hace cerca de 10 años implementó un modelo de salud familiar desde la estrategia de APS, hace un seguimiento permanente de las familias, está pendiente de las situaciones que afectan la salud de los trabajadores y los funcionarios antes de que sucedan, y los acompaña durante el proceso de una manera diferente.

Guerrero Sinisterra destaca además que curricularmente cada vez es más fuerte la presencia de actividades de aprendizaje y de asignaturas orientadas a la APS para la formación de profesionales en salud; por ejemplo, el Programa de Tecnología en Atención Prehospitalaria de la Universidad del Valle, diseñado en un principio para la tripulación de ambulancias, tiene un componente en salud pública muy fuerte que permite formar tecnólogos pensándose desde la atención estrategia de APS que les ha permitido participar en proyectos con municipios aledaños a Cali, más pequeños, con mayor ruralidad, y a los cuales se han vinculado otros programas académicos de la Facultad de Salud.

Para terminar, Guerrero Sinisterra afirma que considerando la APS desde el punto de vista del efecto generacional que tiene a mediano y a largo plazo, debe fortalecerse en los currículos y microcurrículos de las instituciones de educación superior en toda Colombia, donde ya existe un currículo único estandarizado de salud y medicina familiar que recoge en gran medida la APS que se trabajó con el

Ministerio de Salud y Protección Social en su momento y que es importante nuevamente: “Esas experiencias que se hacen por aquí, por allá y más allá no las echemos en saco roto, porque cada vez que un gobierno toma como bandera la intervención del sistema de salud y habla de atención primaria en salud, comienza a

abordarlo como si apenas estuviera hablando del tema, y nuevamente es muy importante retomar todas las experiencias exitosas que a lo largo y ancho de Colombia ya existen, estrategias que ya se han probado, modelos que ya se han probado, para saber qué sí funciona, qué no funciona, y no volver a recorrer caminos que ya se han andado”, concluyó el salubrista.

“Colombia necesita atención primaria a largo plazo, progresiva, financiada y con talento humano” Francisco Yepes Luján

Colombia necesita desarrollar y ejecutar un programa realista de APS, de manera progresiva y a largo plazo, con asignación de suficiente presupuesto y un plan de formación del talento humano específico. Así lo sostiene Francisco Yepes Luján, magíster en Salud Pública, en Ciencias y en Administración de Salud, y doctor en Salud Pública.

“Lo primero es aceptar la realidad, aceptar que no lo vamos a lograr en un año, ni en dos años, ni en 10 años. Es un plan y es un programa de implantación progresiva, que requiere muchas acciones y muchos recursos. Hasta ahora la atención primaria en salud se quedó en los articulados de las leyes, nunca se llevó algo a la realidad con un plan integral, coherente y con presupuesto”, afirma el salubrista que ha sido consultor internacional en entidades como OMS, OPS, BID, BM y Fundación Kellogg.

Invitó a retomar la formulación de APS de Alma-Ata que contiene los elementos fundamentales y a la cual solo le agregaría la resolutivez: “La APS tiene que tener resolutivez, es decir, en el primer nivel de atención

debe estar en capacidad de hacer un diagnóstico y dar un tratamiento; según el consenso formal universal ese nivel primario debe estar en capacidad de diagnosticar y resolver aproximadamente el 80-85% de los problemas de salud; queda un 15% a un 20% que no está en capacidad de manejar, por eso debe ser integrado, porque si es la puerta de entrada al sistema de salud y allí no puede resolver tiene que remitir, hacer referencia a un segundo, tercer y cuarto nivel de atención. Y esos niveles deben ser capaces de hacer la contrarreferencia, de diagnosticar, formular o dar un tratamiento, y devolver el paciente al primer nivel para que lo cuiden allí en coordinación con los especialistas que lo atendieron. Pero no tenemos eso en el país en forma funcional porque no ha habido una política explícita, real, eficaz, para que eso sea así”.

Como ejemplo, Yepes Luján señala que después de la Ley 715, las leyes 1122 y 1438 nunca se tuvo una política nacional ni un plan nacional de formación de talento humano para la atención primaria: “Seguimos engañándonos, hablando de los médicos



Francisco Yepes Luján, magíster en Salud Pública, en Ciencias y en Administración de Salud, y doctor en Salud Pública.



generales, que acaban de salir de la Facultad de Medicina que no están en capacidad de asegurar esa resolutiveidad de la atención primaria porque su formación requiere una preparación complementaria a la del pregrado. Eso no lo hemos hecho en un plan nacional, entonces ahí hay un hueco inmenso, es una acción fundamental por hacer. Y además de los médicos se necesitan enfermeras, técnicos de rayos X, terapeutas, un equipo de atención primaria que complemente y apoye a ese médico; y todo este personal demanda tecnología, unos equipos mínimos para hacer los diagnósticos y los tratamientos necesarios, se requieren en toda la geografía del país, y eso cuesta”.

Un frente de acción que planteaba el actual Gobierno en el proyecto de reforma a la salud fue la construcción de los CAPS en los dos años del periodo de transición de la reforma. El salubrista estima que esa propuesta es inviable, irreal, pues se necesitan por lo menos 20 años para construirlos, luego de plantearlos en un plan realista que asigne presupuestos y forme el talento humano que se necesita en esos CAPS.

Además, a ese talento humano hay que llevarlo a los sitios apartados con el debido pago y reconocimiento de incentivos para motivar el trabajo en sitios como Vichada, Guaviare o las zonas más aisladas del país, garantizando las condiciones fundamentales de vida. Entonces hay muchos elementos de la APS que no han incluido en el desarrollo de ninguna de las leyes relacionadas.

Yepes Luján reitera que se necesita poner plazos reales y de largo aliento para establecer el programa de APS en el país alrededor de los CAPS; se necesita asignar presupuesto para la construcción y equipamiento de los CAPS, así como para la formación y el pago a ese talento humano; es menester acondicionar dichos CAPS y que ese talento humano necesita tecnología y equipos para laboratorio clínico, rayos X y equipos de comunicación para estar en contacto con el segundo y tercer nivel. Y necesitan la coordinación real y funcional con esos niveles y el conocimiento de especialistas que los respaldan y

apoyan, porque ese nivel de atención primaria no puede trabajar aislado del resto del sistema.

El salubrista considera que el esfuerzo del Gobierno nacional de asignar Equipos Básicos de Salud a varios territorios del país es bien intencionado pero incompleto, porque le faltan elementos esenciales y fundamentales: “No basta con poner allá los CAPS, no basta con asignar Equipos Básicos de Salud, no basta con poner a funcionar un centro de salud en una farmacia de La Rebaja si no tiene los equipos necesarios de diagnóstico y tratamiento ni medios de comunicación, y si no hay coordinación con el segundo y el tercer nivel. Es un esfuerzo desarticulado”.

Asimismo, reconoce que en Colombia se han adelantado iniciativas en programas que dicen ser de atención primaria en distintas partes del país y que se ha tratado de instaurar todos los componentes de la APS, pero ninguno de forma integral, pues “siempre lo han hecho a pedacitos”.

Por eso insiste en que se vuelva a leer la Declaración de Alma-Ata, que incluye todos los elementos básicos centrales que deben tenerse en cuenta al momento de formular políticas de atención primaria y en el desarrollo de los planes y programas de APS.

Por último, Yepes Luján destaca como experiencias exitosas de APS en el mundo su aplicación dentro del sistema de salud del Reino Unido, que era considerado un referente mundial; también la experiencia del sistema de salud canadiense y el de Costa Rica en el continente americano.

Referencias

Apréaz Ippolito, G. (2010). La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica:

- historia con igual raíz. *POLIS Revista Latinoamericana*, 27. <http://journals.openedition.org/polis/958>
- Barrios-Acosta, M. y Morales Borrero, C. (2017). *Renovando la atención primaria en salud: una experiencia educativa*. Universidad Nacional de Colombia.
- Echeverri, O. (2011). *Atención primaria de la salud. Una nueva oportunidad*. https://www.academia.edu/38841036/APS_UNA_NUEVA_OPORTUNIDAD
- García Cano, J. F., Zapata Cano, C. M., Otálvaro Castro, G. J. y López García, D. (2015). *La estrategia Atención Primaria en Salud en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del Municipio El Peñol-Antioquia, 2012-2015*.
- Gutiérrez, C., Palacio, S., Giedion, U. y Distrutti, M. (2023). ¿En qué gastan los países sus recursos en salud?: el caso de Colombia / (Nota técnica del BID; 2784). Banco Interamericano de Desarrollo BID.
- Heredia, N., Laurell, A., Feo, O., Noronha, J., González-Guzmán, R. y Torres-Tovar, M. (2014). *The right to health: what model for Latin America?* *The Lancet*, 385(9975), pp. 34–37. <https://goo.gl/nGUFsT>.
- Izquierdo Alzate, E. (2022). *Análisis de la implementación de la estrategia Atención Primaria en Salud-APS en Santiago de Cali desde el modelo constructivista: periodo 2016-2020*. Universidad del Valle-Facultad de Ciencias de la Administración.
- Kiernan, J. P. (2003). Alma-Ata: 25 años después. *Perspectivas de Salud, la revista de la Organización Panamericana de Salud*, 8(1).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Documento marco de política de la estrategia de Atención Primaria en Salud en Colombia*. Documento de trabajo. Versión 1.0. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. *Experiencia Exitosa de Atención Primaria en Salud Municipio del Tambo*.
- Moncayo, E. (2003). Resultados de las reformas del Consenso de Washington en los países andinos: estabilización incompleta, profundización de los desequilibrios sociales y crecimiento precario. *Economía y Desarrollo*, 2(1).
- Newell, K. W. (1988). Selective Primary Health Care: The Counter Revolution. *Social Science and Medicine*, 26(9), 903–906. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953688904091?via%3DIhub>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). *Declaración de Alma-Ata*. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43952/9789243563732_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Unicef (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328065/WHO-HIS-SDS-2018.15-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). *Nuevo compromiso mundial con la atención primaria de la salud en la Conferencia de Astaná*. <https://www.paho.org/es/noticias/25-10-2018-nuevo-compromiso-mundial-con-atencion-primaria-salud-conferencia-astana#:~:text=La%20Declaraci%C3%B3n%20de%20Astan%C3%A1%2C%20adoptada,de%20los%20interesados%20%E2%80%8B%E2%80%8B>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019a). *Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel*. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019b). *Pacto 30•30•30: APS para la Salud Universal*. OPS.
- Ramírez, O. y Tejada, D. (2018). Atención primaria de salud: ¿dónde estamos 40 años después de Alma Ata? *ISGlobal*. <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/atencion-primaria-de-salud-donde-estamos-40-anos-despues-de-alma-ata-/5581285/0>
- Restrepo-Espinosa, M. H., Molano, J. y Sierra, J. D. (2016). Orígenes y trayectorias de la atención primaria en salud. Desde Kazajistán a América. *Revista Nova Et Vetera*, 12(22). <https://urosario.edu.co/revista-nova-et-vetera/omnia/origenes-y-trayectorias-de-la-atencion-primaria-en-salud>
- Starfield, B., Shi, L. y Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, 83(3), 457-502.
- Suárez, R., Zamora, S., Conte, G. y Olarte, M. F. (2012). *Sistematización de las experiencias desarrolladas en el país de Atención Primaria de Salud -APS- y Redes Integradas de Servicios de Salud -RISS- en los niveles territoriales. Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS-RISS*. Ministerio de la Protección Social-Organización Panamericana de la Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Sistematizaci%C3%B3n%20experiencias%20de%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20en%20Salud.pdf>
- Torres-Lagunas, M. A. (2018). La Atención Primaria de Salud de Alma-Ata a Astaná, hacia la Cobertura Universal. *Enfermería Universitaria*, 15(4). <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/547>