



ISSN digital 2745-0740 – ISSN impreso: 0123-8760

EDITOR

Roberto Esguerra Gutiérrez

COORDINADORA EDITORIAL

Ayde Cristancho Cristancho

COMITÉ EDITORIAL

Roberto Esguerra Gutiérrez, Gloria Arias, Henry Gallardo,
Juan Carlos Giraldo V, Diego Rosselli Cock, Gabriel Carrasquilla Gutiérrez, Ayde Cristancho.

Periodista free lance, Olga Lucia Muñoz.

JUNTA DIRECTIVA 2023 - 2025

PRESIDENTA

HOSPITAL INFANTIL LOS ÁNGELES - DORIS SARASTY RODRÍGUEZ (SAN JUAN DE PASTO)

VICEPRESIDENTES

FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ - HENRY MAURICIO GALLARDO LOZANO (BOGOTÁ)
CLÍNICA PALMIRA - FERNANDO HUMBERTO BEDOYA HERRERA (PALMIRA)

PRINCIPALES

HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE - ANTONIO JOSÉ LOPERA UPEGUI (MEDELLÍN)
FUNDACIÓN VALLE DEL LILI - MARCELA GRANADOS SÁNCHEZ (CALI)
CLÍNICA UNIVERSITARIA BOLIVARIANA - CARLOS ALBERTO RESTREPO MOLINA (MEDELLÍN)
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO - JULIO CÉSAR CASTELLANOS RAMÍREZ (BOGOTÁ)
INSTITUTO NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA - PEDRO PABLO PEREA MAFLA (CALI)
CORPORACIÓN PARA ESTUDIOS EN SALUD, CLÍNICA CES - ANDRÉS TRUJILLO ZEA (MEDELLÍN)

SUPLENTES

SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CALDAS -
JUAN FELIPE VALENCIA RIOS (MANIZALES)
FUNDACIÓN HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAUL - MAURICIO TAMAYO PALACIO (MEDELLÍN)
CLÍNICA DE LA COSTA LTDA - ALBERTO JOSÉ CADENA BONFANTI (BARRANQUILLA)
CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. - ANTONIO JOSÉ DAGER FERNÁNDEZ (CALI)
FUNDACIÓN HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE - DIEGO CASTRESANA DÍAZ (BARRANQUILLA)
CLÍNICA DEL OCCIDENTE - EDGAR ALIRIO RUIZ LUENGAS (BOGOTÁ)
CLÍNICA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DE ANTIQUIA ORLANT S.A. - GUSTAVO RESTREPO
NICHOLLS (MEDELLÍN)
CLÍNICA SAN JOSÉ DE CÚCUTA - ÁLVARO SALGAR VILLAMIZAR (CÚCUTA)
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE - FELIPE JOSÉ TINOCO ZAPATA (TULUÁ)

REPRESENTANTE MIEMBROS PATROCINADORES

B. BRAUN MEDICAL S.A. - JORGE ARÉVALO RIBÓN

REPRESENTANTE MIEMBROS ASOCIATIVOS

COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIQUIA - JAMEL HENAO CARDONA

MIEMBROS HONORARIOS

ROBERTO ESGUERRA GUTIÉRREZ
ANDRÉS AGUIRRE MARTÍNEZ

DIRECTOR GENERAL

JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA

HOSPITALARIA es una publicación periódica de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. HOSPITALARIA copyright 2008. Derechos reservados, inclusive los de traducción. Queda prohibida la reproducción y la impresión total o parcial de los artículos en cualquier sistema electrónico sin permiso previo del editor, conforme a la ley de los países signatarios de las comisiones panamericana e internacional del derecho de autor. El contenido es responsabilidad de los autores, por tanto los conceptos emitidos en los artículos no comprometen las opiniones de los editores ni de las empresas patrocinadoras. Las empresas anunciantes se responsabilizan de la información que suministran en sus avisos.

Para correspondencia por favor dirigirse a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Cra. 4 Nº 73-15, Bogotá.

PBX: (1) 312 4411 - FAX: (1) 312 1005
E-mail: comunicaciones@achc.org.co
Internet: www.achc.org.co

DIRECCIÓN DE ARTE/DISEÑO GRÁFICO

Jesús Alberto Galindo Prada
almadigital2010@gmail.com

COMERCIALIZACIÓN PUBLICIDAD

Cila María Russi
publicidadhospitalaria@achc.org.co

ILUSTRACIÓN PORTADA

MIQUELOFF

2 Editorial

Imperativo reorientar el sistema de salud hacia la Atención Primaria en Salud

4 De portada

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

44 Agenda gremial

- Conferencistas XV Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas

- ACHC participa en Mesa Intersectorial de la Contraloría General de la República

52 Notas del sector

- Fundación Santa Fe de Bogotá, acreditada en Salud con Excelencia por Icontec

- Fundación Valle del Lili expande su exitoso Hospital Padrino a nuevos hospitales del país para salvar vidas de mujeres gestantes

- B. Braun presenta en Meditech 2024 microscopio digital robótico, un hito en la tecnología médica

- Las mejores empresas del sector salud en atraer y fidelizar el talento humano en Colombia

60 Internacional

Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional y otras medidas de la Asamblea Mundial de la Salud del 2024

68 Nos preguntan

Peticiones de las IPS a Minsalud frente al flujo de recursos

78 De nuestros Patrocinadores

Migración de pacientes: cómo estar preparados ante un volumen inesperado

80 Cifras del sector

Construcción de hospitales y centros asistenciales

82 Cifras del país

Esperanza de vida en Colombia

85 Glosario

Imperativo reorientar el sistema de salud hacia la Atención Primaria en Salud

La Atención Primaria en Salud (APS) ha sido concebida como la “puerta principal” de entrada al sistema de salud y la base para el fortalecimiento de las funciones esenciales de la salud pública ante crisis como la de la COVID-19, tal y como se evidenció durante la más reciente pandemia.

Incluso la Organización Mundial de la Salud considera que la APS constituye el “motor programático” para alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud, muy en específico el ODS 3 (Salud y bienestar: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades), y la seguridad sanitaria (como conjunto de medidas para responder a emergencias sanitarias causadas por agentes externos; medidas preventivas y correctivas para reducir vulnerabilidad de la población ante situaciones sanitarias; capacidad de respuesta ante amenazas de la enfermedad, la pobreza y la desigualdad social; y capacidad de la comunidad para garantizar el acceso a servicios de salud).

Que en 2023 alrededor de 3.600 millones de personas en el mundo, es decir, la mitad de la población mundial, siga sin disfrutar de una cobertura plena de servicios de salud esenciales; que ampliar las intervenciones en Atención Primaria en Salud en los países de ingreso bajo y mediano podría salvar 60 millones de vidas y aumentar la esperanza de vida en 3.7 años para 2030; que la mayoría de las intervenciones esenciales (90%) para la cobertura sanitaria universal se pueden realizar utilizando un enfoque de Atención Primaria en Salud; y que esta estrategia puede servir para alcanzar el 75% de los progresos en la esfera de la salud previstos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), son argumentos más que suficientes para que todos los países del mundo reempresen la ruta de aplicación y práctica de la APS.

Además, entidades internacionales como la OMS, la OPS, el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) reclaman la necesidad de virar hacia un modelo de Atención Primaria en Salud, mejorando la resolutivez, calidad y efectividad de la atención.

Se ha demostrado suficientemente que la Atención Primaria de Salud refuerza la resiliencia de los sistemas de salud para prepararse, responder y recuperarse de las conmociones y las crisis; que un cambio fundamental en las prioridades de salud con un enfoque renovado en la APS es crucial para asegurar la recuperación post pandemia y alcanzar las metas mundiales de salud; que pasar de un sistema basado en las enfermedades y las instituciones (hospitalocéntrico y medicalizado), a uno centrado en las personas y construido con su ayuda y que la reorientación de los sistemas de salud hacia la APS no sólo es política y técnicamente factible, sino que se convirtió en un imperativo tras el profundo impacto mundial de la pandemia de COVID-19.

Para emprender ese proceso es clave la definición de nuevos modelos de financiamiento de la salud, incluyendo el impulso de la capacidad del sector privado y la inversión en el fortalecimiento de la fuerza de trabajo en salud. Y es necesario descentralizar los servicios de salud a nivel comunitario y utilizar las tecnologías digitales como elemento crucial para derribar barreras geográficas, hacer accesible la atención en comunidades remotas y desatendidas, y dotar a los pacientes de la información necesaria para tomar decisiones informadas sobre su salud.

Por eso hoy en 2024, 45 años después de Alma-Ata, todos los caminos conducen a Atención Primaria en Salud. Todos los esfuerzos del mundo, de los países y entidades de cooperación internacional, se reorientan a la Atención Primaria en Salud. Es la única ruta alcanzable y promisorio, que para ser realidad demanda el concurso de todos y cada uno de los sectores.

En el caso de Colombia se tienen las normativas necesarias para desarrollar una real y efectiva Atención Primaria en Salud en el país. Pero falta la suficiente voluntad política

para que la estrategia de la APS se convierta en una política de Estado que trascienda los períodos de gobierno, y para ser efectiva tiene que ser de largo plazo a mínimo 20 o 30 años, con clara definición de la participación intersectorial y la participación comunitaria, con asignación de recursos suficientes (económicos, materiales, humanos y tecnológicos), con un plan de formación del talento humano específico requerido y con una orientación clara al desarrollo integral.

Asimismo, debe considerarse que el escenario natural para la ejecución de la estrategia de Atención Primaria en Salud es el municipio, con enfoque local para resolver los problemas particulares de cada territorio. En Colombia, donde más del 90 % son municipios pequeños, ubicados en regiones muy disímiles, debe promoverse la creación de modelos propios de aplicación de la estrategia de APS, desde los lineamientos y normativas nacionales. Es el liderazgo y la decisión política de un alcalde comprometido el que puede lograr una eficiente acción multisectorial, una activa participación comunitaria y hacer la asignación de los recursos que se requieren para lograr el propósito de la APS.

La implementación de la APS es distinta en zonas urbanas, semiurbanas o rurales. Y al ser Colombia un país muy diverso culturalmente, donde 3 de cada 4 habitantes viven en grandes ciudades y la minoría de su población ubicada en la mayor parte del territorio nacional, en alta ruralidad y dispersión geográfica que demanda esfuerzos adicionales para llegar a esos territorios, no puede tener un modelo de APS único, igual para ser aplicado en todas partes, sino que a partir de la línea nacional debe permitir la creación de modelos locales propios.

También es fundamental la articulación intersectorial orientada al desarrollo, porque no es posible alcanzar el mayor grado posible de salud sin la participación de todos los sectores dinamizadores de la economía y el desarrollo. Y es condición *sine qua non* la participación social para construir y ejecutar esos modelos locales propios de APS en cada municipio, las

comunidades tienen que ser protagonistas de los procesos de construcción de esos modelos de acuerdo con sus necesidades y, como lo dice la declaración de Alma Ata, con autodeterminación y autoresponsabilidad.

Las experiencias exitosas de APS en Colombia, incluso muchas anteriores a Alma-Ata y que allí fueron presentadas como modelo a seguir, junto con la normatividad existente en la Ley 715 de 2001, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011 en materia de Atención Primaria en Salud, permiten asegurar que Colombia está en plena capacidad de aplicar la estrategia de APS, estableciendo las fuentes de financiación y el enfoque multisectorial al incluir salud en todas las políticas, y regulando los actores alrededor de los compromisos para impactar los determinantes sociales de la salud que contribuyen a prevenir la enfermedad y promocionar la salud.

Es necesario determinar cómo asignarle más recursos a esta estrategia, porque Colombia 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. También debe fortalecerse la práctica de la salud pública desde la formación del talento humano para tener mayor capacidad de atención, aprovechar las ventajas de la tecnología y fortalecer el sistema de información para tener caracterización tanto de los territorios como de las poblaciones. Y debe fortalecerse la resolutivez en el primer nivel de atención, para que sea capaz de resolver aproximadamente el 80-85% de los problemas de salud y solo deba remitir al segundo, tercer y cuarto nivel de complejidad un 15 a un 20% que no está en capacidad de manejar.

Para impulsar la APS como una política de Estado y no de gobierno, debe aprovecharse el consenso alrededor de que los sistemas de salud deben volcarse hacia la estrategia de Atención Primaria como eje de fundamentación del modelo de atención. En las recientes discusiones del proyecto de reforma a la salud, uno de los consensos nacionales fue la unanimidad en que la estrategia de Atención Primaria se consolidara como la base de atención del sistema de salud.

Falta mucho por recorrer en la implementación de la Atención Primaria en Salud en Colombia, pero con el concurso de las diferentes instancias del gobierno, de todos los sectores dinamizadores de la economía y el desarrollo, y de la comunidad, es la mejor estrategia para tener una población con el mayor grado de salud posible. 

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, confortable 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 confortable 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.

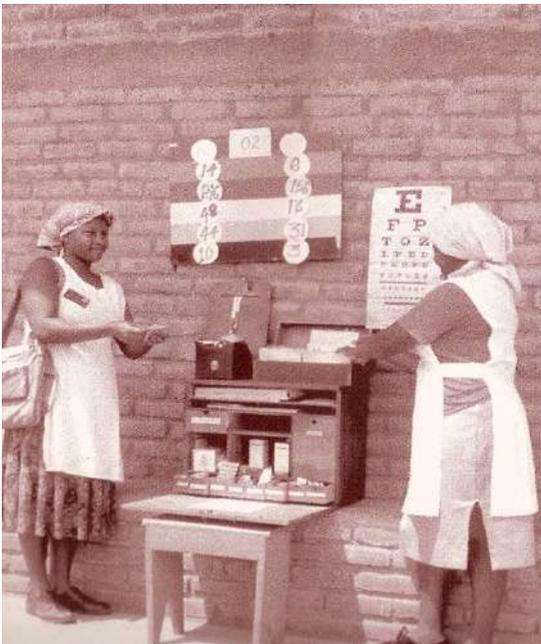
Echeverri (2011) señala que en la década de los 70 el Departamento de Medicina Social de la Universidad del Valle (hoy Escuela de Salud Pública), desarrolló investigaciones sobre modelos de servicios básicos de salud para el área urbana (PRIMOPS) y para el área rural (CIMDER). Estas investigaciones tuvieron 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

stryker

Junto con nuestros clientes en todo el mundo...



Impactamos a más de
150
millones
de pacientes por año

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 Dancy 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 resolutivez 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>

Conferencistas XV Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas

El XV Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas que se llevará a cabo entre el 10 y el 11 de julio del 2024 en el marco de la VIII Feria Internacional de la Salud, Meditech 2024, desarrollará su agenda de la mano de destacados expertos en el ámbito internacional de la salud, que entregarán a los asistentes visiones, ideas y herramientas acerca de hacia dónde está avanzando la atención en salud en el mundo; el panorama económico y financiero para la toma de decisiones; cómo gestionar los riesgos que enfrenta el sector salud, y los desafíos globales de la alta dirección en las entidades de salud, entre otros temas.

Además, el evento cuenta con dos importantes paneles en los que representantes de los diferentes subsectores abordarán la coyuntura actual del sistema de salud

colombiano y la agenda común de los agentes del sector para trabajar juntos. Así mismo, reconocidos periodistas del país conversarán sobre el abordaje actual de la información sectorial en los medios masivos de comunicación.

Los siguientes son los expertos que participan en esta edición del congreso de la ACHC:



Anwer Kham
Líder global
de Tecnología
Sanitaria de
KPMG

Responsable del diseño, desarrollo e implementación de soluciones de transformación de TI centradas en la atención médica en KPMG a escala global. Durante los últimos 25 años ha creado valor para clientes mundiales, ayudándolos a capitalizar tecnologías emergentes y disruptivas, así como soluciones digitales basadas en la nube. A lo largo de su carrera ha sido un líder de pensamiento innovador, que colabora con ejecutivos de la industria para lograr una



ventaja competitiva por medio de transformaciones de procesos y TI digitales en la nube, y cognitivas (IA) que conducen a eficiencias operativas, mejores resultados, seguridad para los pacientes y optimización general de la cadena de valor.

Tiene 8 patentes registradas en Estados Unidos relacionadas con la gestión de datos. Es autor de temas de gestión de la información, máster en Gestión Sanitaria de la Universidad Brandéis y licenciado en Negocios de la Universidad de Boston.



Vidal Seegobin
Vicepresidente de Crecimiento y Operaciones en Advisory Board

Lidera en Advisory Board las investigaciones sobre sistemas de salud, grupos médicos y fuerza laboral. Desde el 2020, su equipo ha estado analizando y evaluando la respuesta global a la COVID-19. Además, en los últimos años, ha dirigido investigaciones sobre gestión de la salud de la población, atención integrada, asociaciones de empresa e innovación, entre otros asuntos.

Antes de unirse al Advisory Board, Vidal trabajó en el Centro Stimson, un grupo de expertos que investiga temas relacionados con asuntos internacionales y seguridad global. Tiene una maestría en Economía Internacional de la American University y una licenciatura en Negocios Internacionales de la Carleton University en Canadá.



Munir Jalil
Director Ejecutivo de BTG Pactual para la Región Andina

Destacado economista e investigador que ha dejado una marca significativa en el mundo financiero y académico. Ha sido profesor visitante en la Universidad de California, San Diego (UCSD), y en la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA); ha dejado una huella imborrable en instituciones académicas en las universidades de Los Andes, el Rosario, Externado, del Valle y EAFIT en Colombia. Su experiencia en el Banco de la República como Asesor de Investigación para la Unidad de Programación e Inflación demuestra su compromiso con el desarrollo económico del país.



Néstor Rodríguez Díaz
Director Global de Indemnizaciones de XS Global

Abogado especializado en Seguros, con 30 años de experiencia. Fue director Jurídico de AIG México, empresa en la que también asumió el cargo de responsable técnico de Responsabilidad Civil y Profesional en el 2000; desde entonces se ha dedicado de manera exclusiva a la suscripción, desarrollo de productos, manejo de siniestros de responsabilidad y colocación de reaseguro de dicho ramo. A lo largo de los últimos 20 años ha coordinado más de 9000 siniestros de MedMal, 1500 de funcionarios públicos y 300 de responsabilidad profesional de directores y gerentes (D&O), siendo suscriptor facultado para tomar riesgos en dichos ramos en los que hoy tiene más de 150.000 asegurados individuales y diversas instituciones; es el responsable de las áreas técnicas y de siniestros de diferentes empresas aliadas y relacionadas.



Priscila Andrade
Directora de Economía de Salud y Acceso a Mercados Latam de Johnson & Johnson MedTech

Doctora en Pharma de la Universidad de São Paulo (Brasil). Máster en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de Harvard (Boston-MA, Estados Unidos). Tiene gran experiencia con sistemas de salud en varios países de América, siempre enfocada en cómo generar más acceso a los pacientes a las tecnologías y tratamientos adecuados. Cuenta con más de 20 años de experiencia en la industria de la salud, en los campos de la industria farmacéutica y de dispositivos médicos.

Recientemente lideró debates sobre la implementación de modelos de atención médica basados en el valor y modelos de pago basados en el valor en la región de América Latina, y sobre cómo llevar estos modelos al siguiente nivel a través de la transformación digital. Actualmente es directora de Economía de la Salud y Acceso a Mercados para América Latina en Johnson & Johnson MedTech, compañía en la que trabaja desde hace 14 años.



Jorge Valdez García
Director de Relaciones Estratégicas del Tecnológico de Monterrey y Representante de la Alianza de Centros Académicos de Salud Internacional (AAHCI)

Es Médico Cirujano (Tecnológico de Monterrey), especialista en Oftalmología con maestría en Ciencias Médicas (Boston University) y doctor en Investigación en Cirugía (Universidad de Oviedo). Investigador (SIN nivel

2) en ciencias de la salud. Autor de 5 libros, 17 capítulos y 120 artículos en el área de ciencias médicas y de la salud. Fue el Decano Nacional de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud del Tecnológico de Monterrey, y tiene 30 años de experiencia en medicina académica.

Cuenta con una larga trayectoria en alta dirección de instituciones del sector salud en las áreas de planificación estratégica, calidad y educación para la salud; fue director general de Planificación y Desarrollo en Salud, además de ocupar la Dirección General de Calidad y Educación para la Salud del Ministerio de Salud de México.

Ha liderado organizaciones profesionales y presidido más de 7 asociaciones médicas nacionales e internacionales. Actualmente es el representante para América Latina de la Alliance for Academic Health Centers de la American Association of Medical Colleges (Estados Unidos).



Carlos Arturo Álvarez Moreno
Epidemiólogo, Asesor de la Organización Mundial de la Salud

Médico especialista en Infectología de la Universidad Nacional de Colombia, magíster en Epidemiología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana, especialista en Medicina Tropical y del Viajero de la Universidad de Alabama-Cayetano Heredia, máster en VIH/sida de la Universidad Rey Juan Carlos (España) y doctor en Ciencias Biológicas de la Universidad de Nantes (Francia).

Actualmente es profesor titular de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical del Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y vicepresidente Científico de la Clínica Colsanitas. Pertenece a varias sociedades científicas y ha recibido reconocimientos internacionales como ser considerado miembro honorario de la Asociación Americana de Enfermedades Infecciosas (Fellow of Infectious Diseases Society of America, FIDSA), Embajador para América Latina de la Sociedad Americana de Epidemiología Hospitalaria (SHEA), y desde el 2011 miembro de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. Desde julio del 2022 fue nombrado consejero científico en el foco de ciencias de la vida y la salud en el Consejo Científico Nacional. Asesoró al Gobierno de Colombia (Presidencia de la República, Ministerio de Salud y Protección Social) en el manejo de la pandemia de la COVID-19 y es el coordinador Nacional del estudio Solidaridad para la COVID-19 ante la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Es reconocido como Young Executive Leader y Embajador de los ALUMNI de la IHF (Federación Internacional de Hospitales), Partner de la Federación Brasileña de Hospitales (FBH) y *Fellow* del Colegio Brasileño de Ejecutivos de la Salud.

Ha tenido la oportunidad de presentar casos de buenas prácticas en asistencia sanitaria ante el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (Washington DC), dar conferencias y clases en el Congreso Mundial de Hospitales (Lisboa) y, durante la pandemia, participó en la estructuración de Gabinetes de Crisis en los 27 Departamentos de Salud de los estados de Brasil mediante el programa Todos pela Saúde (Todos por la Salud).

Marco se ha dedicado a difundir las prácticas de Lean Thinking en el sector sanitario de América Latina; está comprometido con la concientización sobre la gestión de residuos y la reducción de los impactos del sector hospitalario con el cambio climático para conseguir un sector industrial y un mundo más sostenibles.



Marco Saavedra Bravo
Gerente de
Mejoramiento Continuo
del Hospital Sírío-
Libanês (Brasil) y
profesor asociado del
Centro de Sostenibilidad
de Ginebra (Suiza)

Es ingeniero industrial por la Universidad de Valparaíso (Chile), con posgrado en Gestión de Operaciones por la Universidad Adolfo Ibáñez (Chile), Black Belt en Lean Six Sigma y MBA en Gestión en Salud por la USP (Brasil).



Doris Sarasty Rodríguez
Presidenta de la Junta Directiva
de la Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas

Es médica cirujana de la Pontificia Universidad Javeriana, especializada en Gerencia de Servicios de Salud, Administración Hospitalaria, Mercadeo y Finanzas en Salud.

Ha dirigido los principales centros hospitalarios de alta complejidad en el departamento de Nariño, consolidando su modernización y el mejoramiento en la prestación de servicios de instituciones como el Hospital San Pedro y el Hospital Infantil Los Ángeles, institución que gerencia desde el 2003 y que bajo su liderazgo ha sido reconocida entre las mejores entidades hospitalarias de



Agenda gremial

América Latina, además de haber alcanzado acreditaciones y reconocimientos por altos estándares de calidad en la atención y su incansable trabajo por la salud de la niñez del sur del país.

Del 2014 al 2023 fue designada vicepresidenta de la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC). En el 2019, además, fue designada como representante de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) en el Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil (CONACAI) y asesora del ministro de Salud en la reglamentación de la Ley Jacobo. Es la presidenta de la Junta Directiva de la ACHC desde mayo del 2023, para el periodo 2023-2025.



Juan Carlos Giraldo Valencia
Director General de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

Médico, especialista en Alta Dirección del Estado de la Escuela de Alto Gobierno de la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP); máster en Administración de Salud de la Pontificia Universidad Javeriana de Colombia y magíster en Gestión de Centros y Servicios de Salud de la Universidad de Barcelona. Cuenta con estudios en Formulación y Evaluación de Programas y Proyectos Sociales en la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y participó en el Seminario de Líderes Latinoamericanos en Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard.

En su vida profesional se ha desempeñado como viceministro de Salud, ministro de Salud encargado, asesor de la Unidad de Desarrollo Social de la División de Salud y Seguridad Social del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y Defensor Delegado para la Salud y

la Seguridad Social en Colombia, entre otros. Actualmente es el director general de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), cargo que ocupa desde el 2001.



Roberto Esguerra Gutiérrez
Miembro honorario de la Junta Directiva Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

Es médico cirujano de la Pontificia Universidad Javeriana, especialista en Medicina Nuclear de la Universidad de Sao Paulo y en Medicina Interna de la Universidad del Rosario.

Ha presidido entidades como la Asociación Colombiana de Medicina Interna, la Asociación Colombiana de Medicina Nuclear y la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, entre otras. Además, ha hecho parte de organizaciones como el Consejo Directivo del Centro de Gestión Hospitalaria; miembro del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; vicepresidente de la Organización Iberoamericana de Prestadores Privados de Servicios de Salud; miembro de la Junta Directiva del Diario El Espectador; miembro del Consejo del Programa Nacional de Ciencia, Tecnología y Salud; miembro del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad de los Andes; miembro de la Junta de Gobernadores del Colegio Americano de Médicos; vicepresidente del Consejo Internacional del Colegio Americano de Médicos, y miembro de varias juntas directivas de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) en el país.



Néstor Álvarez Lara
Presidente
de la Asociación de
Pacientes de Alto
Costo

Químico Farmacéutico de la Universidad Nacional de Colombia, especialista en Mercado y Alta Gerencia de la Universidad del Rosario. Es el presidente de la Asociación de Pacientes Alto Costo desde el 2005.



Gabriel Carrasquilla
Gutiérrez
Presidente de la
Academia Nacional
de Medicina

Es el actual presidente de la Academia Nacional de Medicina para el periodo 2023-2025. Es médico cirujano egresado de la Universidad del Valle. Magíster en Salud Pública y en Ciencias en Medicina Tropical. Doctor en Salud Pública de la Universidad de Harvard. Se ha desempeñado como docente de Epidemiología en las universidades del Valle y El Bosque. Director del Centro de Investigaciones en Salud (CEIS) de la Fundación Santa Fe de Bogotá y de la División Salud de la Fundación FES. Fue secretario de Salud del Valle del Cauca, miembro del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, del Consejo Nacional de Salud de Colciencias, Junta Consultiva del Instituto Nacional de Salud y consultor temporal de OMS, OPS, CIID/IDRC, OEA, Fundación Rockefeller, Unión Europea, Organización Andina de Salud a nivel internacional, Ministerio de Salud y Protección

Social, Departamento Nacional de Planeación (DNP) y otros organismos gubernamentales en Colombia



Pablo Fernando
Otero Ramón
Presidente
de EPS Sura

Es médico y tiene estudios en Alta Gerencia de la Universidad de los Andes; especialista en Administración en Salud de la Pontificia Universidad Javeriana; especialista en Seguridad Social Integral de la Universidad la Gran Colombia y es *coach* certificado de la Universidad San Sebastián de Chile.

En su trayectoria laboral se ha enfocado en la administración de aseguramiento en seguridad social y seguros voluntarios, gestión de riesgos en salud, modelos de atención, modelos de contratación y aplicación de tecnología y sistemas de información a los sistemas de salud. Desde hace 23 años hace parte de la compañía y actualmente se desempeña como gerente de la EPS Sura.



Stefano Laganis
Director de Negocios
para México Centroamérica,
Caribe y Colombia Clúster
Región Andina en Siemens
Healthineers

Doctor en medicina de la Universidad Nacional de Colombia, especialista en Administración Hospitalaria y en Gestión Financiera de la Escuela de Administración de Negocios (EAN) y en Gestión de la Prestación de Atención Sanitaria de Harvard Business School; graduado del Programa de Alta Dirección Empresarial de Inalde.



Agenda gremial

Ejecutivo de negocios sénior con amplia experiencia en roles gerenciales de primer nivel en corporaciones multinacionales en América Latina. Destacado por su capacidad para acelerar el crecimiento empresarial cuando se requieren nuevas estrategias, nuevos modelos de negocio y nuevos enfoques de mercado; posee habilidades para liderar equipos multifuncionales y para establecer una visión y una cultura de compromiso en grandes organizaciones, con relaciones con la industria local, el Gobierno y las autoridades. Hace parte de Siemens Healthineers desde el 2019, inicialmente como el responsable del diagnóstico de países de la Región Andina y desde noviembre del 2023 es el director de Negocios para México Centroamérica, Caribe y Colombia Clúster Región Andina en Siemens Healthineers.



Nicolás Castañeda
Lider de Entrepise
Informatics de Colombia y
Puerto Rico para Philips

Profesional con más de 15 años de experiencia en el mercado de la salud, tiene especialización en Inteligencia Artificial en Salud de la Universidad de Standford. Dedicado a aplicar tecnologías innovadoras para mejorar los resultados de los pacientes y la eficiencia operativa.



**Yolanda
Ruiz Ceballos**
Periodista y
columnista

Periodista, egresada de la Universidad Externado de Colombia. Entre otros cargos, fue directora de noticias en RCN Radio y directora del servicio informativo de Caracol Radio (las dos cadenas de radio más importantes de Colombia) y jefe de redacción de la revista *Cromos*. Es autora

del libro *En el filo de la navaja*, un conjunto de historias y reflexiones éticas sobre el periodismo. Ha sido galardonada en cuatro oportunidades con el Premio de Periodismo Simón Bolívar, uno de los más destacados en Colombia. Actualmente es columnista de *El Espectador*, de *El País* de España en su edición América, responsable del Consultorio Ético de la Fundación Gabo y consultora en temas de comunicación, ética y género.



Claudia Palacios
Periodista,
columnista y
presentadora

Periodista desde hace 26 años y magíster en Género. Actualmente es columnista en *El Tiempo*, presentadora en CM& y periodista del programa Mañanas Blu 10:30 a. m. Ha sido directora, productora, reportera y presentadora en medios como CNN en Español, W Radio, City TV y Canal Capital. Es autora de 3 libros y ha sido reconocida con premios como el Simón Bolívar, CPB y Álvaro Gómez Hurtado. Es tallerista, conferencista y consultora en temas como comunicación asertiva y equidad de género.



**Pablo Correa
Torres**
Periodista
científico

Comunicador social y profesional en Estudios Literarios de la Pontificia Universidad Javeriana en Bogotá. Exeditor de Salud, Ambiente,

Ciencia y Educación de *El Espectador*. Premio Álvaro Gómez Hurtado de Periodismo (2006), Premio Amway de Periodismo Ambiental (2014) y Premio Nacional de Periodismo Simón Bolívar (2016, 2017 y 2019). Becario del Knight Science Journalism Center del Instituto Tecnológico de Massachusetts (2012). Excolaborador de la revista *QUO* en México (2007-2011) y el portal de noticias de ciencia SciDev.net. Fundador de blog El Río e Infoamazonia Colombia. Autor de la biografía *Rodolfo Llinás, la pregunta difícil* (Aguilar-Random House, 2017). Docente de periodismo en la Pontificia Universidad Javeriana.



Ronny Suárez
Periodista y comunicador de salud

Periodista y comunicador de salud experto en comunicación digital y estratégica. Con 15 años de experiencia en las principales salas de redacción de Colombia y en dirección de comunicaciones estratégicas, ayuda a marcas y entidades del sector salud a comunicar de forma clara y efectiva por medio de nuevos lenguajes y formatos. Con amplia experiencia en periodismo de salud, comunicación digital y conocimiento del sistema de salud.

ACHC participa en Mesa Intersectorial de la Contraloría General de la República



La ACHC ha participado en los dos encuentros que ha realizado la Contraloría General de la Nación en el segundo trimestre de este año

La Contraloría delegada para el Sector Salud de la Contraloría General de la República, en el ámbito de sus competencias frente al manejo eficiente de los recursos del sistema de salud, convocó al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Superintendencia Nacional de Salud, a la ADRES y a gremios de EPS e IPS, entre ellos la Asociación Colombiana de Hospitales

y Clínicas (ACHC), a una mesa de concertación técnica intersectorial para revisar las dificultades y el comportamiento actual de la cartera hospitalaria.

Se han desarrollado dos sesiones, la más reciente el pasado 17 de junio, en las que cada uno de los agentes convocados ha expuesto sus argumentos sobre las causas de crecimiento y cronicidad de la deuda y se han planteado escenarios de evaluación y solución en el marco de la institucionalidad y competencia de las entidades.

La ACHC presentó cifras del contexto sectorial y el estudio de cartera, lo que permite el seguimiento durante los últimos 25 años, así como las razones de no coincidencia de las cifras con otros observatorios, los avances con la reciente medida de giro directo y las propuestas del gremio en la búsqueda de soluciones en el marco de un plan extraordinario de liquidez como la liberación de las reservas técnicas para sanear las deudas, la generación créditos de Findeter, la destinación de puntos del IVA social para el sistema de salud y un fondo de garantías para el sector. [H](#)

Fundación Santa Fe de Bogotá, acreditada en Salud con Excelencia por Icontec



Carlos Édgar Rodríguez, Director de Acreditación en Salud de Icontec, realizó la entrega oficial de la Certificación de Acreditación con Excelencia en salud al Doctor Henry Gallardo, Director General de la Fundación Santa Fe de Bogotá, en el marco del espacio institucional de la Fundación

La Fundación Santa Fe de Bogotá recibió por parte de Icontec (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación), el Certificado de Acreditación en Salud con Excelencia, el cual abarca sus sedes: Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Centro de Atención Prioritaria Unicentro, Instituto de Cáncer, Centro Médico y de Atención Prioritaria Gran Estación, Centro Médico y de Atención Prioritaria – Fundación Santa Fe Más Cerca Chía; los cuales fueron evaluados y aprobados con respecto a los estándares del Sistema Único de Acreditación En Salud (SUA).

Durante el acto de entrega de la certificación, Carlos Édgar Rodríguez, Director de Acreditación de Icontec, destacó la importancia del trabajo mancomunado y cohesionado del equipo de médicos, enfermeras, personal

asistencial y más de 4.400 personas que integran la Fundación Santa Fe de Bogotá, quienes trabajan día a día por el mejoramiento de la salud en Colombia y en la región además de la excelencia en la prestación de los servicios, en pro de los pacientes, sus familias y cuidadores. Del mismo modo, destacó las bondades de trabajar con las 3 hs: humanidad, humildad y humor, en todo lo que hacemos.

La excelencia ha sido una constante en los servicios que ofrece la Fundación a la población en Colombia, por medio del desarrollo de su mega: *Más y mejor salud para Colombia y la región*, y submegas: entrega sistemática de desenlaces superiores, alto nivel científico, educación de profesionales de la salud, el profundo sentido de pertenencia de nuestros colaboradores y la significativa contribución al fortalecimiento de la salud poblacional en Colombia.

En el proceso de acreditación, se destacaron los siguientes componentes como parte del mejoramiento de los procesos y su aporte al modelo del servicio a la comunidad:

- Alto compromiso del gobierno corporativo y del gobierno clínico.
- Modelo médico, de enfermería y de condiciones clínicas como fundamento de la promesa de valor.
- Gestión de proyectos y gestión financiera en beneficio de los pacientes.
- Nivel científico y compromiso con la investigación.
- Avances en la transformación digital.
- Comité de seguridad y de mejoramiento como pilares de la cultura.
- Gestión de la salud poblacional como parte de la responsabilidad social.
- Reconocimiento de los usuarios y alto nivel de satisfacción.

Un legado de 51 años cuidando de la salud de las personas

La Fundación Santa Fe de Bogotá celebra 51 años de servicio, cuidando de la salud de personas, familias y comunidades con los más altos estándares de calidad, la mejor evidencia científica que respalda las decisiones, y el compromiso permanente de generar y transmitir conocimiento útil para el cuidado de la salud.

Del mismo modo, además de la acreditación de la Excelencia en Salud, el Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá se

“Esto refleja el inmenso esfuerzo y dedicación incansable de cada integrante de nuestro equipo de trabajo, valida la calidad y beneficios que entregamos a nuestros pacientes, sus familias, personas en formación y a las comunidades de todo el país que cuidamos”.

encuentra acreditado internacionalmente por la JCI (Joint Commission International), de cara a los procesos institucionales, en donde se destacan las certificaciones de 19 Centros de Cuidado Clínico, siendo la institución de salud, con más certificaciones en el mundo.

Henry Gallardo, director general de la Fundación Santa Fe de Bogotá, señaló al recibir esta nueva certificación: “En la Fundación Santa Fe de Bogotá hoy estamos viviendo un momento muy emotivo, lleno de alegría y orgullo, al recibir este reconocimiento: la Acreditación en Salud con Excelencia por parte del Icontec. Esto refleja el inmenso esfuerzo y dedicación incansable de cada integrante de nuestro equipo de trabajo, valida la calidad y beneficios que entregamos a nuestros pacientes, sus familias, personas en formación y a las comunidades de todo el país que cuidamos. Saber que nuestro trabajo diario está marcando una diferencia real en la salud y la vida de tantas personas es el mayor premio que podemos recibir. Este logro nos impulsa a seguir adelante con aún más determinación y amor por servir a la gente”.

Fundación Valle del Lili expande su exitoso Hospital Padrino a nuevos hospitales del país para salvar vidas de mujeres gestantes



El Plan Padrino ha sido implementado por la Fundación Valle del Lili en hospitales de doce departamentos

La Fundación Valle del Lili, entidad líder en el campo de la salud en Colombia y América Latina, anunció recientemente la expansión de su innovadora estrategia Hospital Padrino a nuevos hospitales del país. Esta iniciativa, que ha demostrado ser un éxito rotundo en el Hospital Departamental María Inmaculada E. S. E. de Caquetá, así como en los territorios de implementación, tiene como objetivo reducir la mortalidad materna y mejorar la calidad de la atención obstétrica en todo el territorio nacional.

El Hospital Padrino, por medio de la educación, establece una red de teleasistencia y telemedicina que conecta a los profesionales de la salud

de hospitales de baja complejidad con especialistas de la Fundación Valle del Lili en Cali. Esta colaboración en tiempo real permite a los médicos locales ofrecer un tratamiento oportuno y de alta calidad a las mujeres embarazadas, incluso en aquellas zonas remotas donde el acceso a atención especializada es limitado.

Con la implementación de esta estrategia se ha logrado mejorar la calidad de la atención y reducir la mortalidad materna, lo que representa un avance significativo en la lucha por la salud de las mujeres gestantes en Colombia. El éxito de esta iniciativa también se refleja en sus indicadores. Por ejemplo, en la región del Valle del Cauca se pasó de 78 muertes en mujeres gestantes por cada 100.000 a una cifra que está por debajo de 25 por cada 100.000 en el departamento.

Un modelo de innovación social en salud

El Hospital Padrino ha generado una alianza con el Gobierno nacional y la Federación Colombiana de Ginecología y Obstetricia, que han decidido apoyar la expansión de esta iniciativa a otras regiones del país, al reconocerlo

como un modelo innovador de salud social que las autoridades ven como una herramienta fundamental para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en materia de salud materna e infantil para el 2030.

“El Hospital Padrino ha demostrado ser una alternativa eficaz para reducir la mortalidad materna y mejorar la calidad de la atención obstétrica, especialmente en zonas con recursos limitados; hemos llegado a 239 hospitales apadrinados, 190 de la región Pacífico y 49 en otros territorios del país con 10.069 profesionales de la salud capacitados. La colaboración permanente entre los especialistas de la Fundación y los hospitales rurales permite que las pacientes puedan acceder a los mejores diagnósticos

y tratamientos de forma oportuna”, afirmó la doctora María Fernanda Escobar, líder de la estrategia de la Fundación Valle del Lili.

La expansión del Hospital Padrino representa un paso importante hacia un futuro más saludable para las mujeres colombianas. Al garantizar el acceso a atención médica especializada de manera oportuna y eficiente, esta iniciativa contribuye a salvar vidas y mejorar la calidad de vida de las madres y sus bebés.

En la actualidad, el programa se está implementando en los departamentos de Valle del Cauca, Cauca, Nariño, Chocó, Putumayo, Caquetá, Antioquia, Arauca, Magdalena, Cesar, Córdoba y Bogotá.



Revista Hospitalaria®

www.revistahospitalaria.org



¡Paute con nosotros!

Info: comunicaciones@achc.org.co ■ publicidadhospitalaria@achc.org.co
 Celular: 310 2616106 - 315 2031887 Fijo: 601-3124411

B. Braun presenta en Meditech 2024 microscopio digital robótico, un hito en la tecnología médica

Procedimientos que normalmente demandan más de 20 horas podrían reducirse significativamente gracias a Aeos, un innovador microscopio quirúrgico digital desarrollado por la empresa alemana B. Braun. Este avance se presenta en la VIII Feria Internacional de la Salud, Meditech 2024, que se realizará del 9 al 12 de julio en el gran salón del recinto ferial de Corferias.

Aeos llega a Colombia con el propósito de optimizar los procedimientos neuroquirúrgicos gracias a su avanzada tecnología, que incluye mejor ergonomía, amplio campo de visión y profundidad, imágenes sin retraso, mayor iluminación, calidad de imagen 3D y HD, y un brazo robótico asistido.

Jorge Arévalo, representante de B. Braun y director de Hospital Care en Colombia, destaca: “Gracias a nuestro microscopio Aesculap Aeos, el cirujano y su equipo pueden disfrutar de una visión ampliada y detallada de la cirugía, facilitada por un brazo robótico que posiciona cómodamente la cámara”.

Esta innovación se presenta como un aliado crucial en el quirófano, por ofrecer características robóticas que asisten en la cirugía. B. Braun, reconocida por su compromiso con la tecnología de vanguardia, altos estándares y seguridad tanto para pacientes como para profesionales de la salud, continúa influyendo positivamente en la vida de personas alrededor del globo mediante soluciones inteligentes y una dedicación apasionada por la vida.

“Como aliados de cirujanos en todo el mundo, estamos comprometidos con el desarrollo de tecnología para revolucionar la microscopía quirúrgica. Creemos firmemente que el futuro es digital y que nuestro enfoque innovador puede superar las limitaciones actuales, especialmente en



Esta innovación se presenta como un aliado crucial en el quirófano, por ofrecer características robóticas que asisten en la cirugía.

términos de calidad de imagen, trabajo en equipo y enseñanza”, añade Arévalo.

El evento es posible gracias a la Asociación de Clínicas y Hospitales de Colombia (ACHC), Corferias y Messe Düsseldorf-Norte América; reúne a más de 250 expositores de diversos campos de la industria médica incluyendo suministros y equipos médicos, quirúrgicos, ortopédicos, de rehabilitación y fisioterapia; laboratorios clínicos, material hospitalario y dotación; arquitectura, construcción hospitalaria y mobiliario; *software* y *hardware*; ambulancias y equipos de transporte; gestión de residuos y tecnologías limpias; laboratorios farmacéuticos y servicios relacionados con la industria médica, entre otros. Además, Meditech es una plataforma de actualización y vitrina de lanzamientos para el sector salud en Colombia, la Región Andina, Centroamérica y Suramérica.

ESTAR A TU LADO



Profamilia

Priorizar tu salud y bienestar con nuestros planes integrales de salud y sus **beneficios**



**Conoce nuestros
Planes Integrales en Salud
Sexual y Reproductiva:**

- Ginecología
- Urología
- Medicina general
- Anticoncepción
- Virus del Papiloma Humano (VPH)

Conoce nuestros planes en:



Profamilia.org.co



Línea Nacional 300 912 45 60



*Válido en nuestras clínicas principales Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla.

Las mejores empresas del sector salud en atraer y fidelizar el talento humano en Colombia

Merco Colombia reveló recientemente los resultados del Monitor de la 15.ª edición de Merco Talento, estudio que permite monitorear la capacidad de las empresas para atraer y fidelizar el talento humano en Colombia y que para esta edición 2024, es liderado en el país por Ecopetrol, Bancolombia y el Grupo Nutresa.

En lo que atañe al sector salud, el podio lo ocupa este año en primer lugar la Organización Sanitas, seguida de la Fundación Cardioinfantil y, en tercer lugar, el Hospital San Vicente Fundación.

Ranking Merco Talento Empresas de Salud Colombia 2024

1. Keralty/Organización Sanitas
2. Lacardio
3. Hospital San Vicente Fundación
4. Hospital Pablo Tobón Uribe
5. Fundación Santa Fe de Bogotá
6. Fundación Valle del Lili
7. Clínica Imbanaco
8. Clínica del Country
9. Fundación Clínica Shaio
10. Colmédica
11. Clínica Universidad de La Sabana

Mientras que en el sector farmacéutico las compañías que lideran son:

Ranking Merco Talento Empresas Farmacéuticas Colombia 2024

1. Johnson & Johnson
2. Tecnoquímicas
3. Pfizer
4. Cruz Verde
5. Bayer
6. Roche
7. Sanofi
8. Novartis

9. Laboratorios Procaps
10. Farmatodo
11. Laboratorios Abbott
12. Novo Nordisk

Tomando como referencia el periodo de pandemia, donde el nivel global de satisfacción estuvo por encima 9 puntos, en el 2022 bajó a 8,71 en un nivel normal y en el 2024 siguió mejorando hasta alcanzar 8,89 puntos, lo que refleja el esfuerzo y el trabajo de las compañías y sus áreas de recursos humanos. En este aspecto, Colombia es el país más elevado de América Latina.

“Los aspectos a los que los trabajadores en el ranking global dan más importancia a la hora de elegir la empresa en la que les gustaría trabajar siguen siendo salario, atractivo del sector y valoración y reconocimientos, y siguen ganando importancia atributos más relacionados con los principios y valores éticos de la compañía. Mientras que las debilidades se centran en el balance vida familiar y laboral, las dificultades de relacionamiento con los mandos inmediatos y el desarrollo profesional”, explicó Enrique Mañas, director de Merco Iberoamérica.

En el caso del sector salud las fortalezas a las que mayor valor le da el talento humano a las organizaciones son la admiración por sus valores y resultados, valores éticos y profesionales y desarrollo profesional. Y señalan como debilidades la conciliación y el balance, el salario y el sector poco atractivo.

El *ranking* de Merco Talento 2024 fue desarrollado entre febrero y junio de este año, integrando 11 fuentes de información que valoran calidad laboral, marca de empleador y reputación interna. **II**

DOBLE DO2IS

ALIADOS SUMANDO PROTECCIÓN.
SOMOS MÁS FUERTES EN CONOCIMIENTO,
PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES.



EFICIENCIA Y CONOCIMIENTO

1

INNOVACIÓN SOSTENIBLE

2

Desinfección **luz uv**
No touch



Libre de sustancias químicas



Higiene de manos



Antisépsia de la piel



Limpieza y Desinfección de superficies



Limpieza y Desinfección del instrumental quirúrgico



Cuidado del paciente en cama

Klaxinn®
Tabs

Tabletas efervescentes para limpieza y desinfección.



90%
De ahorro en el uso de agua

50%
De reducción en tiempos de limpieza

Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional y otras medidas de la Asamblea Mundial de la Salud del 2024



La reunión anual, que congregó a los 194 países acordó medidas para garantizar que todos los países se doten de unos sistemas integrales y sólidos con el fin de proteger la salud y la seguridad de toda la población

La 77.^a Asamblea Mundial de la Salud, celebrada entre el 27 de mayo y el 1.º de junio pasado en Ginebra (Suiza), llegó a un acuerdo sobre un conjunto decisivo de enmiendas de amplio alcance para mejorar el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y se comprometió a culminar las negociaciones sobre una propuesta de Acuerdo Mundial sobre Pandemias a más tardar en el plazo de un año. Asimismo, se anunciaron otras importantes medidas de alcance mundial.

La reunión anual, que congrega a los 194 países que la componen, acordó estas medidas para garantizar que todos los países se doten de unos sistemas integrales y sólidos con el fin de proteger la salud y la seguridad de toda la población, don-

dequiera que esté, frente al riesgo de futuros brotes y pandemias. Estas decisiones constituyen un paso importante de los países para aprovechar las enseñanzas extraídas de distintas emergencias sanitarias mundiales, incluida la pandemia de la COVID-19. El conjunto de enmiendas al Reglamento reforzará la preparación, la vigilancia y la respuesta mundiales frente a las emergencias de salud pública, incluidas las pandemias.

“Las enmiendas al RSI reforzarán la capacidad de los países para detectar futuros brotes y pandemias y darles respuesta mediante el fortalecimiento de sus propias capacidades nacionales, y la coordinación entre los Estados, en materia de vigilancia de enfermedades, intercambio de información y respuesta. Esto se sustenta en el compromiso con la equidad, la comprensión de que las amenazas para la salud no reconocen fronteras nacionales y que la preparación es un empeño colectivo”, declaró Tedros Adhanom Ghebreyesus, director de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Y agregó: “La decisión de concluir el Acuerdo sobre Pandemias a lo largo del próximo año demuestra hasta qué punto los países lo desean y cuán urgente lo ven, porque no estamos

Benchmarking de grupos relacionados de diagnóstico –GRD–. Colombia 2023-2024

Celebramos el 19 de junio de 2024 nuestro 7º encuentro anual de presentación y discusión de los resultados benchmarking de GRD, con las IPS que utilizan el agrupador Avedian en su plataforma Hosdatia y algunos invitados especiales, líderes del sector salud. Sesión adelantada en la sede principal de la Cámara de las instituciones para el cuidado de la salud de la Andi.

Se presentaron las tendencias de los principales indicadores de producción hospitalaria a partir de los resultados de 17 IPS seleccionadas por sus altos estándares de calidad en sus registros diagnósticos.

En la sesión, también se presentaron los casos de éxito en el uso de herramientas de inteligencia artificial –IA–. Así como, los resultados iniciales de los proyectos de investigación conjunta con las IPS.

Avedian ha revolucionado los GRD mediante la introducción de herramientas de IA, innovaciones que están transformando el sector de la salud.

En nuestro encuentro se presentaron los casos de éxito el uso de:

Herramientas de procesamiento de lenguaje natural (PLN), que facilitan la lectura automatizada de historias clínicas y su correspondiente codificación.

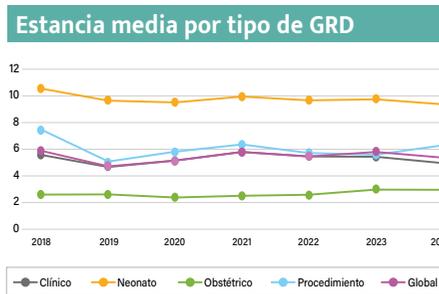
Modelo de Machine Learning (ML) para la predicción de la estancia

Algunos de nuestros resultados

Seis años de información histórica nos permitieron consolidar **1 millón** de egresos hospitalarios, donde:

El 51% de la producción hospitalaria pertenece a GRD tipo clínico y el 37% al de procedimiento.

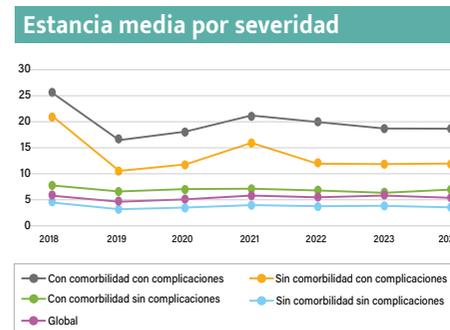
La estancia media global para el 2023 fue de 5,83 días.



Las mayores variaciones en la estancia media se observan en los GRD tipo neonato.

Las comorbilidades son factores que afectan de manera significativa la estancia hospitalaria.

- 47% de las atenciones hospitalarias se dieron en población con comorbilidades.
- El 4% de los egresos hospitalarios presentaron complicaciones asociadas al cuidado médico.



del paciente al momento de su ingreso, permitiendo una gestión más eficiente y una atención más personalizada.

Así mismo, se dieron a conocer otros desarrollos orientados para facilitar el diagnóstico clínico y la afiliación en aseguradores.

Processum consolidó la agenda de investigación conjunta y presentó los avances en la medición global y por GRD, de la prevalencia de la desnutrición –DNT– y su impacto en la estancia hospitalaria y el costo.

- 8% de prevalencia global de la DNT.
- 97% de los casos con DNT se presentaron en pacientes con riesgo de morbilidad alto.
- En los GRD de neoplasias y leucemias presentan prevalencias de DNT mayores al 20%.
- GRD de neumonías y arritmias tiene prevalencias DNT al rededor del 12%.
- Se identifican diferencias significativa en el costo y estancia entre pacientes con y sin DNT.

Para conocer los GRD de mayor relevancia, márgenes financieros, indicadores de eficiencia y calidad, notas técnicas por GRD, uso de herramientas basadas en inteligencia artificial, investigación constante, sea parte de esta comunidad. **Contáctenos**





hablando de si habrá una nueva pandemia, sino de cuándo se producirá. El fortalecimiento aprobado del RSI es un poderoso trampolín para completar el Acuerdo sobre Pandemias que, una vez culminado, puede ayudar a evitar que se repita la devastación que la COVID-19 provocó tanto en la salud como en las sociedades y las economías”.

Las nuevas enmiendas al RSI comprenden:

- *Introducción de una definición de emergencia pandémica* para poner en marcha una colaboración internacional más eficaz para la respuesta ante eventos que podrían dar lugar a una pandemia o que ya constituyen una. Esta definición supone un nivel de alarma más elevado que se basa en los mecanismos vigentes del RSI, incluida la determinación de una emergencia de salud pública de importancia internacional. Según la definición, “una emergencia pandémica es una enfermedad transmisible que tiene, o entraña un alto riesgo de tener, una amplia propagación geográfica a varios Estados o dentro de ellos; que excede, o entraña un alto riesgo de exceder, la capacidad de los sistemas de salud para responder en esos Estados; que provoca, o entraña un alto riesgo de provocar, considerables perturbaciones sociales y/o económicas, incluidas perturbaciones en el tráfico y el comercio internacionales, y que requiere una acción internacional coordinada rápida, equitativa y reforzada, con un enfoque que abarque a todo el gobierno y a toda la sociedad”.
- Un compromiso con la solidaridad y la equidad con fortalecimiento del acceso a productos médicos y al financiamiento. Esto incluye establecer un mecanismo coordinación financiera para apoyar la determinación de la financiación necesaria para “dar una

respuesta equitativa a las necesidades y prioridades de países en desarrollo, en particular con miras a desarrollar, fortalecer y mantener las capacidades básicas” y otras capacidades relacionadas con la prevención, la preparación y la respuesta frente a emergencias pandémicas, y permitir el acceso a esta financiación.

- El establecimiento de un Comité de los Estados partes para facilitar la aplicación efectiva del Reglamento en su versión enmendada. El Comité promoverá y apoyará la cooperación entre los Estados partes para la aplicación efectiva del RSI.
- La creación de autoridades nacionales para el RSI para mejorar la coordinación en lo que respecta a la aplicación del Reglamento en el ámbito nacional y entre los países.

“La experiencia adquirida en las epidemias y las pandemias, desde el ébola y el zika hasta la COVID-19 y la viruela símica, nos mostró en qué áreas necesitábamos dotarnos de mejores mecanismos de vigilancia, respuesta y preparación en materia de salud pública en todo el mundo”, declaró Ashley Bloomfield, de Nueva Zelanda, copresidente del Grupo de Trabajo sobre las Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005) y del grupo de redacción que facilitó las negociaciones sobre el conjunto de enmiendas durante la Asamblea Mundial.

Otras medidas de impacto mundial

- *Se aprueba una estrategia de salud mundial adaptada a un futuro complejo.* Se adoptó una estrategia cuatrienal para la salud de alcance mundial dotada con USD 11.100 millones para promover, procurar y proteger la salud y el bienestar de todas las personas, haciendo hincapié en el cambio climático, el envejecimiento, la migración, las amenazas pandémicas y la equidad, y adaptada a una época marcada por rápidos cambios geopolíticos, científicos y tecnológicos.

La estrategia o 14.º Programa General de Trabajo (14.º PGT) abarca el periodo 2025-2028 como una oportunidad

excepcional para crear sistemas de salud resilientes y adaptados al futuro y, tras la pandemia de la COVID-19, para retomar el camino hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud.

El 14.º PGT tiene seis objetivos estratégicos que reflejan los focos del cuatrienio: (1) responder a la creciente amenaza para la salud que supone el cambio climático; (2) abordar los determinantes de la salud y las causas profundas de la mala salud en las principales políticas de todos los sectores; (3) promover el enfoque de la atención primaria de salud (APS) y las capacidades esenciales de los sistemas de salud en pro de la cobertura sanitaria universal; (4) mejorar la cobertura de servicios de salud y la protección financiera para abordar la inequidad y las desigualdades de género; (5) prevenir y mitigar los riesgos para la salud derivados de todos los peligros y prepararse para hacerles frente, y (6) detectar rápidamente las emergencias sanitarias y darles una respuesta sostenida.

- *Se aprueba una resolución sobre la participación social en la APS.* Esta resolución sobre la participación social en la planificación en materia de salud en el ámbito nacional y su ejecución allana el camino para que las personas, las comunidades y la sociedad civil puedan hacer valer su opinión con más contundencia a la hora de influir en las decisiones que afectan su salud y su bienestar. El diálogo bidireccional

El diálogo bidireccional entre la Administración Pública y la población a la que presta sus servicios puede dar lugar a políticas, estrategias y servicios de salud que respondan mejor a las necesidades de la población.

entre la Administración Pública y la población a la que presta sus servicios puede dar lugar a políticas, estrategias y servicios de salud que respondan mejor a las necesidades de la población, en particular de los grupos que se encuentran en situación de vulnerabilidad y marginación.

- *Elaboración de una nueva estrategia sobre atención quirúrgica y cuidados intensivos y de urgencias.* Los delegados solicitaron apoyo del director general de la OMS para elaborar una estrategia y un plan de acción mundial sobre la integración de la atención quirúrgica y los cuidados intensivos y de urgencias para el periodo 2026-2035. En un contexto caracterizado por desastres naturales y desastres provocados por el ser humano, los servicios de salud nacionales están sometidos a una presión cada vez mayor para prestar una asistencia eficaz en materia de atención quirúrgica y cuidados intensivos y de urgencias. Esos servicios son fundamentales para la preparación y respuesta ante emergencias, y la COVID-19 puso de manifiesto importantes deficiencias en la prestación de dichos servicios a escala mundial.



- *Líderes recalcan que la salud es una inversión vital en las economías.* Delegados de los Estados miembros, asociados y expertos de los sectores de la salud y las finanzas presentaron nuevas ideas e iniciativas audaces que entienden la salud como una responsabilidad compartida y una inversión de todos los sectores, así como el objetivo central de las economías.

Los avances realizados en pro de la cobertura sanitaria universal (CSU) se han visto lastrados por una financiación pública insuficiente para sufragar los planes nacionales de salud. Los gobiernos, bancos de inversión y otros actores están poniendo en marcha soluciones innovadoras para cerrar las brechas a corto plazo y para garantizar una financiación de la salud que sea sostenible.

Thomas Östros, vicepresidente del Banco Europeo de Inversiones, señaló que se estableció una Plataforma de Inversión para el Impacto en la Salud con el fin de que los bancos multilaterales de desarrollo puedan coordinar un enfoque para invertir de manera catalítica en la APS en países de ingreso bajo y mediano. Mariana Mazzucato, presidenta del Consejo de la OMS sobre los Aspectos Económicos de la Salud para Todos, reiteró la influencia de los factores económicos y sociales en las condiciones que afectan la salud y el bienestar.

- *Se aprueba nuevo y pionero acuerdo sobre trasplantes.* Por iniciativa de España, los Estados miembros aprobaron una resolución sobre el aumento de disponibilidad, el acceso ético y la supervisión del trasplante de células, tejidos y órganos humanos. La resolución pretende mejorar la disponibilidad de trasplantes, sobre todo en países con recursos limitados, e introducir medidas para prevenir y combatir la trata de personas con fines de

extracción de órganos y tráfico de órganos humanos, y proteger las víctimas y supervivientes de estos delitos reforzando los marcos legislativos.

Los Estados miembros se comprometieron a adoptar una serie de medidas como integrar las actividades de donación y trasplante en los sistemas de atención de salud, de modo que la donación tras el fallecimiento sea contemplada sistemáticamente como una posibilidad al final de la vida, y proteger a los donantes vivos de la explotación y que reciban una atención de seguimiento adecuada. La OMS tiene el encargo de elaborar una estrategia mundial sobre donaciones y trasplantes que se presentará a la Asamblea para su adopción en el 2026.

- *Se acordó un nuevo plan de acción mundial para la prevención y el control de infecciones.* También se aprobó un nuevo marco de seguimiento para la prevención y el control de las infecciones (PCI) para el periodo 2024-2030. El plan ofrece actuaciones, indicadores y metas claras para respaldar a los Estados miembros en la mejora de medidas de PCI en el ámbito nacional y en los establecimientos de salud. Las intervenciones de PCI como higiene de las manos y provisión de acceso a servicios de agua, saneamiento e higiene (ASH) de calidad, pueden reducir hasta en un 70% el riesgo de contraer infecciones relacionadas con atención de salud (IRAS) y ofrecen un elevado rendimiento económico de la inversión. El plan estará respaldado por una guía práctica detallada y otros recursos, como herramientas de cálculo de costos. Con la aplicación plena del plan se puede lograr el objetivo de que, para el 2030, toda persona tenga acceso a una atención de salud segura frente a las IRAS.
- *Los países se comprometen a revertir la falta de avances en supervivencia materna, neonatal e infantil.* Los países aprobaron una resolución clave en la que se comprometen a adoptar medidas específicas para prevenir la muerte de mujeres, lactantes y niños. Cada año mueren 287.000 mujeres durante el embarazo o el parto, 4,9 millones de niños mueren por causas en gran medida prevenibles antes de cumplir los cinco años y hay

MANILLAS PARA EVENTOS

Identificación segura y eficiente de pacientes.

La manilla de identificación de pacientes, en rollo para impresoras de etiquetas más vendida en Colombia, que le permite ahorrar desde USD \$22 + IVA en comparación a una manilla en cartucho.*



JOHANNA SMITH
ID: 541656646
DOB: 2/07/80
ADM: 03/05/24



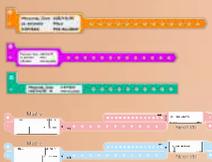
Algunas marcas de impresoras compatibles**:



Algunas marcas de software donde son compatibles nuestras manillas**:



Plásticos y vinilo:



Papel:



Etiquetas:



Impresoras:



Escanéame

313 610 72 02

300 611 63 12

604 448 82 92

ventas@manillasparaeventos.com

www.manillasparaeventos.com

@manillasparaeventoscol

*Papel térmico de mayor resistencia, que no se le cae la capa térmica de impresión, ofreciendo más de 10 días de duración en promedio. Compatible 100% con cualquier impresora que soporte el tamaño del rollo y ubicación de sensado, ** Las marcas de impresoras y software son propiedad intelectual de su propietarios.

Visítanos stand 2201 Pabellón 18-23

meditech
Feria Internacional de la Salud
BOGOTÁ, COLOMBIA
09-12 JULIO 2024
Member of MEDICALliance

corferias Bogotá
Centro Internacional de Negocios y Exposiciones



1,9 millones de mortinatos. Los progresos para reducir las muertes maternas se han estancado desde el 2016, mientras que las mejoras en cuanto a la supervivencia de recién nacidos y niños de corta edad son más lentas de lo que cabría esperar.

La resolución se compromete a abordar las causas principales de mortalidad materna e infantil, especialmente en los países más afectados, mejorando al mismo tiempo el acceso a servicios de salud materna, sexual y reproductiva y a servicios integrales de salud infantil mediante una APS más robusta. Asimismo se necesita ampliar el acceso a servicios de emergencia, incluida la atención obstétrica de emergencia y unidades para recién nacidos pequeños y enfermos, que son fundamentales para manejar las complicaciones asociadas a la prematuridad y otras causas principales de muerte entre los neonatos.

- *Nueva resolución sobre la resistencia a los antimicrobianos para agilizar la acción.* Se aprobó esta resolución para acelerar las respuestas nacionales y mundiales a la resistencia a los antimicrobianos (RAM). Bajo el concepto general de un enfoque centrado en las personas, la resolución acoge con beneplácito las prioridades estratégicas y operacionales de la OMS para hacer frente a las infecciones bacterianas farmacorresistentes en el sector de la salud humana, para el periodo 2025-2035, que se articulan en torno a cuatro prioridades estratégicas: prevención de las infecciones; acceso universal, asequible y de calidad a medios de diagnóstico y al tratamiento adecuado de las infecciones; información, ciencia e innovación estratégicas, y gobernanza y financiación eficaces de la respuesta del sector de la salud humana a la RAM.
- *Aprobada de resolución histórica sobre salud y cambio climático.* Se destaca la necesidad urgente de adoptar medidas decisivas para enfrentar los profundos riesgos para la salud que plantea el cambio climático. Para proteger la salud del planeta es imperativo adoptar medidas radicales y se subraya la interdependencia entre la sostenibilidad ambiental y la salud pública. La Asamblea

insta a la comunidad mundial de la salud a movilizarse a unos niveles sin precedentes, y pide que se intensifiquen y amplíen las iniciativas en curso para combatir el cambio climático dentro de sus funciones básicas. Esto incluye dar prioridad a las consideraciones de salud en los marcos normativos nacionales e internacionales sobre el clima, así como respaldar a los países en la creación de sistemas de salud resilientes al clima y con bajas emisiones de carbono.

- *Los países exhortan a aportar para unas economías centradas en la salud y el bienestar para todos.* La pandemia de la COVID-19 puso de relieve la interdependencia entre salud y las economías; demostró que para promover, procurar y proteger la salud y el bienestar necesitamos contar con financiación multisectorial y colaboración de todos los organismos gubernamentales, más allá de los ministerios de Salud. Para enfrentar este desafío se aprobó una resolución que ofrece respaldo a los países para reestructurar sus economías a fin de que estén al servicio de la salud de las personas y del planeta; esta resolución hace avanzar las recomendaciones del Consejo de la Salud para Todos, donde destaca que unas poblaciones sanas y un planeta próspero son requisitos previos para el desarrollo sostenible. La resolución establece un camino por seguir para los Estados miembros, las instituciones financieras internacionales y regionales, y otras partes interesadas para que armonicen mejor sus medidas en las dimensiones económica, social y ambiental, y se centren de manera clara en la Salud para Todos.
- *Los Estados miembros en ruta hacia un mundo sin poliomielitis de forma permanente.* Frente a la erradicación de la poliomielitis,

los Estados miembros encomiaron los esfuerzos por interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje de tipo 1 (PVS1) en los dos únicos países donde la enfermedad sigue siendo endémica: Afganistán y Pakistán; detectaron disminución en el número de casos, expresaron preocupación por el reciente aumento de detecciones en el medio ambiente fuera de los reservorios tradicionales y acogieron la colaboración transfronteriza en ese único bloque epidemiológico con la continuación de vacunaciones sincronizadas para llegar a los niños. Acogieron que se mantuviera la tendencia a la baja en casos causados por variantes del poliovirus de tipo 2, si bien se observan desiguales progresos en las zonas geográficas de mayor riesgo, lo que pone de manifiesto las deficiencias en la inmunidad de la población. También subrayaron la importancia de fortalecer la vacunación esencial, pues las actividades suplementarias de inmunización han desempeñado una función fundamental en el avance hacia la erradicación.

- *Fortalecimiento de la gestión de riesgos biológicos en el laboratorio.* Se aprobó una resolución sobre el fortalecimiento de la gestión de riesgos biológicos en el laboratorio en cuanto a capacidad necesaria en materia de seguridad sanitaria. El texto abarca la bioseguridad y la bioprotección en los laboratorios, y hace referencia a la exposición tanto no intencionada como intencionada a materiales biológicos o de otro tipo o a su liberación. La resolución exhorta a los Estados miembros a elaborar o actualizar planes nacionales para incluir la mitigación y la gestión de los riesgos biológicos, crear capacidad en materia de recursos humanos y promover un enfoque y una cultura de la bioseguridad y la bioprotección basados en los riesgos.

El texto abarca la bioseguridad y la bioprotección en los laboratorios, y hace referencia a la exposición tanto no intencionada como intencionada a materiales biológicos o de otro tipo o a su liberación.

- *Armonización de la participación de Palestina en la Organización Mundial de la Salud y en las Naciones Unidas.* Los Estados miembros aprobaron una resolución sobre la armonización de Palestina en virtud de su condición de Estado observador, derechos y privilegios en la Asamblea Mundial de la Salud y otras reuniones de la OMS, como sentarse entre los Estados miembros, opinar sobre una amplia gama de temas, formular propuestas y expresar posiciones ante la Asamblea. Sin embargo, como observador no tiene derecho a voto ni a presentar candidaturas para formar parte de los órganos de la OMS. Es la primera vez que la Asamblea Mundial de la Salud se refiere como Estado a Palestina. En el 2012 las Naciones Unidas le concedieron la condición de Estado observador no miembro y en mayo del 2024 la Asamblea General le otorgó más derechos como Estado observador.
- *Fortalecimiento de la preparación y la respuesta frente a emergencias en las ciudades y los entornos urbanos.* Las ciudades presentan especial vulnerabilidad ante las emergencias sanitarias y necesitan prepararse bien para los brotes de enfermedades que puedan declararse en el futuro. La resolución insta a los Estados miembros a asumir compromisos políticos y a reforzar sus enfoques multisectoriales en las políticas nacionales relativas a la preparación y la respuesta frente a las emergencias sanitarias mediante la elaboración, consolidación y ejecución de planes integrales de emergencia en la esfera de la salud, que incorporen la realización periódica de simulacros y evaluaciones exhaustivas posteriores a la acción que abarquen varios sectores. ■

Peticiones de las IPS a Minsalud frente al flujo de recursos

Fabiola Alba Muñoz¹

Suele afirmarse y aceptarse que los sistemas de salud exigen constante revisión y ajustes con el fin de responder a las cambiantes condiciones de salud de la población y a los avances o limitaciones que presentan los países. El caso colombiano no es la excepción y, aunque se acepte que es natural esa dinámica, hay asuntos que son una constante y por lo mismo resultan desgastantes.

Este gremio hospitalario monitorea, investiga, denuncia y propone ajustes y estrategias para la mejora del sistema y la protección de los usuarios y los prestadores de servicios de salud. Recientemente recogimos el sentir y la preocupación de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y, en una misiva, se expusieron al Gobierno nacional las dificultades con el flujo de recursos hacia la red prestadora de servicios de salud y el impacto del giro directo; también se denunciaron propuestas de algunos agentes y se reiteraron algunas iniciativas para mejorar dicha situación. A continuación, destacamos algunos de sus apartados:

...La dificultad en el flujo de recursos es constante y sobre los prestadores públicos y privados recae el peso de la atención a los usuarios, no solo por el componente misional sino porque

por mandato constitucional y de ley estatutaria nunca cesan en la prestación de servicios, independientemente del pago o no de dichas atenciones. Ese trabajo ininterrumpido requiere recursos suficientes y oportunos para responder por las atenciones presentes y futuras en salud, pues de lo contrario se puede afectar el suministro de insumos y el cumplimiento de obligaciones a cargo de las IPS, especialmente con su talento humano, lo que podría impactar la debida atención a los usuarios, situación que siempre se ha querido evitar.

Compartimos sentidas preocupaciones por la falta de liquidez y la necesidad de ajustar y hacer seguimiento a algunas medidas que se vienen implementando y otras que puestas en marcha pueden aliviar algunas dificultades actuales y evitar el empeoramiento de otras. También se pusieron en conocimiento algunas prácticas indebidas que ameritan intervención.

Los giros hacia las IPS y sus dificultades

En octubre del año anterior propusimos un plan extraordinario de liquidez con diversos mecanismos que consideramos pueden ayudar a aliviar la situación y el impacto que sufren las IPS ante las fallas de la estructura de nuestro sistema

¹ Jefe jurídica de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC).

de salud, mientras se transita hacia los ajustes que requiere el sistema de salud actual.

Se propuso el giro directo universal, que hace dos meses tuvo un importante avance como reglamentación del Plan Nacional de Desarrollo y conforme a las recomendaciones de la Corte Constitucional en el auto 2882 del 2023, en cuanto a la obligatoriedad, rapidez y una mayor aplicación de este mecanismo. El giro reglamentado mediante el decreto 489 del 2024 se acotó a los casos en los que las EPS no cumplan con el patrimonio adecuado, sean intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud o que quieran acogerse.

El mecanismo se recibió con satisfacción; tenemos que para el caso del régimen contributivo se pasó de un 7,1% (230.000 millones en enero del 2024) al 41,4%, equivalentes a 1,5 billones a abril del mismo año; esto es, un incremento de más de 1,3 billones. Para mayo, conforme a las recientes publicaciones de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), se observa un giro total de 2,1 billones de pesos, es decir, un crecimiento con respecto a abril de más de 500.000 millones.

Para el caso del régimen subsidiado, en enero del 2024 teníamos un giro del 56,6% y se pasó al 73,5% con corte a mayo del mismo año, es decir de 1,9 billones a más de 2,4 billones de pesos, lo que equivale a un aumento superior a los 586.000 millones, esto es, una variación en el incremento de más del 31,2%.

Los anteriores son crecimientos importantes, pero *al revisar el monto de lo girado de la unidad de pago por capitación (UPC) asignada a las EPS, conforme a las publicaciones de*

Para el caso del régimen subsidiado, en enero del 2024 teníamos un giro del 56,6% y se pasó al 73,5% con corte a mayo del mismo año, es decir de 1,9 billones a más de 2,4 billones de pesos.

la ADRES, encontramos que algunas EPS no están cumpliendo con el mínimo del 80% establecido en el decreto.

El incumplimiento de ese porcentaje, junto a las deudas acumuladas, genera falta de liquidez de los prestadores, por lo que debemos enviar este mensaje urgente pidiendo un seguimiento estricto para que las EPS giren como mínimo el 80% de los recursos que reciben por UPC y presupuestos máximos, que tengan en cuenta el volumen de la deuda y las atenciones de las IPS para que los giros sean consecuentes con ello.

Con respecto a los giros habituales, debemos denunciar acciones de algunas EPS que, sin explicación, *han disminuido la frecuencia y el monto de los giros que hacen a la red hospitalaria*, una reducción *de facto* en los pagos ante una demanda de servicios que aumenta, en especial en los servicios de urgencias, que dificulta a las IPS su correcta operación.

Otro asunto de especial preocupación está relacionado con la propuesta de algunas EPS de *pagar tan solo un 50% de lo adeudado en la cartera vencida*. Este tema requiere la intervención inmediata del Estado, pues, aunque se trate de acuerdos *inter partes*, lo cierto es que las IPS se encuentran en desventaja toda vez que debido a la falta de esos recursos no han podido honrar todas sus obligaciones y ante el riesgo de liquidaciones o retiro tienen una necesidad de asegurar un posible ingreso.

Algunas EPS aplican *descuentos financieros por pronto pago cuando se trata de giros directos*, cuando en esas transacciones no hay cabida para un descuento de



Nos preguntan

este orden, pues la oportunidad en el giro la da el mecanismo en sí mismo, no la gestión oportuna de la aseguradora.

Por otra parte, pese a las *disposiciones normativas que obligan a las EPS a trasladar a las IPS el incremento de la UPC —en lo que no corresponde a inclusiones—, no se han cumplido ni en los porcentajes ni en la oportunidad debida*. Así pudimos establecerlo al indagar por el cumplimiento de esta disposición en marzo del presente año, fecha para la cual según la resolución 2364 del 2023 debían haberse realizado tales ajustes².

Al término del primer semestre del año, *hay IPS a las que las EPS no les han hecho el justo incremento, mientras estas han tenido que aumentar los salarios y honorarios de su talento humano y cumplir con los incrementos aplicados por sus proveedores que, en algunos casos, incluso están pidiendo pagos por anticipado*.

Ese tipo de acciones son las que históricamente han desequilibrado la operación del sistema y han deteriorado la relación entre sus agentes, que con frecuencia hemos denunciado y que consideramos deben corregirse en una propuesta de reforma.

También nos preocupan las expresiones de *algunos agentes interventores que afirman a la red prestadora que sus obligaciones inician a partir del momento en que asumen la administración de las EPS, lo cual desconoce el mandato para el cual fueron designados, y ahonda en los temores de recuperar la deuda derivada de las atenciones de la población afiliada a esas entidades*.

Los agentes interventores tienen el mandato de ejercer las funciones de representación legal de la

entidad, administrar el aseguramiento de la EPS, garantizar el derecho a la salud de los usuarios y, en especial, *establecer oportunamente la viabilidad de la entidad; todas estas son funciones que asumen de manera integral y en el estado en que reciben las entidades, por lo que no es de recibo que señalen asumir funciones solo frente a determinados procesos y lapsos*.

Un reclamo frecuente desde este gremio es el relacionado con la *concentración de los giros que se hacen a IPS de integración vertical que ahora, gracias a la trazabilidad y visibilidad que permiten los giros directos, se hace evidente*. Entendemos y valoramos que el giro directo busque irrigar los recursos hacia la red hospitalaria independiente, que en nuestra opinión debe ser la destinataria preferente de los recursos del sistema de salud, pues ello garantiza la debida atención a los usuarios.

[A manera de ejemplo, se compartió la compilación de los primeros 10 beneficiarios de los giros, en la que se puede establecer que para el caso de algunas EPS intervenidas cerca del 50% y más de los giros se concentran en IPS que tienen algún tipo de vinculación con la EPS].

Estas situaciones se empeoran con comportamientos de algunas entidades responsables de pago —incluso las que cumplen indicadores—, tales como *retrasos en las autorizaciones por parte de las EPS; disminución en los giros acordados; demora o ausencia de asignación de citas o espacios para conciliar y depurar la cartera; exigencias de preauditorías, preautorizaciones y trámites administrativos que impiden la radicación de las facturas, y falta de legalización de anticipos girados por estas entidades*. Si bien se trata de comportamientos que en algunas EPS son habituales, se han visto incrementados

² Artículo 20. Porcentaje a trasladar a las IPS por la prestación de los servicios y tecnologías en salud en el régimen subsidiado. Los incrementos del valor de los servicios de salud, cuando existan o no acuerdos de voluntades entre las EPS y las IPS públicas, privadas o mixtas, deberán reflejar el incremento de la UPC de las tecnologías y servicios de salud que se venían financiando y que corresponde al 9,73%, independientemente de los manuales o referentes tarifarios que estas adopten.

minerva
medical



Se observó que la EPS con la que más se incrementó el tiempo para la radicación fue con Compensar, con un aumento promedio de 12,6 días para radicar las facturas.

sin que exista explicación o justificación al menos para con la red hospitalaria.

[En un sondeo preliminar realizado con IPS afiliadas, se evidencian algunas de las dificultades descritas. En un reporte de 115 instituciones de alta complejidad (42,6%), mediana complejidad (20,8%) y baja complejidad (36,6%) y de naturaleza privada (70,4%) y pública (29,6%), que representan un total de 13.417 camas hospitalarias, siendo estas aproximadamente el 13,2% del total de las camas nacionales³ —también se registran instituciones ambulatorias y domiciliarias con 0 camas—, se evaluó información relacionada con giros, recaudos y situaciones operacionales].

Al preguntar a las instituciones prestadoras por la variación en días que han tenido para la obtención de autorizaciones como prerrequisito para la radicación de la facturación en lo corrido del año, con respecto al promedio de días que tuvieron en el 2023, *se observó que la EPS con la que más se incrementó el tiempo para la radicación fue con Compensar, con un aumento promedio de 12,6 días para radicar las facturas. La segunda y tercera EPS con las que los prestadores tuvieron un mayor incremento promedio en los días para radicar las facturas fueron Sura con 6,3 días y Famisanar con 3,7 días.*

Con EPS como Nueva EPS, Savia Salud y Sanitas este incremento fue en promedio de 1,8 días, 1,4 días y 1,1 días, respectivamente. En cuanto al recaudo que logran

las IPS, se observan disminuciones en relación con algunas EPS.

Al indagar por la disponibilidad de recursos para atender el pago de las obligaciones de las instituciones, se observó que los prestadores proyectan tener en promedio una disponibilidad de recursos con el talento humano en salud de 44,1 días y recursos para el pago de sus obligaciones con proveedores de 47,8 días. Al desagregar estos resultados por nivel de complejidad, no se identifican diferencias significativas entre el alto, mediano y bajo nivel de complejidad.

Según estos resultados, las IPS cuentan con recursos para cubrir un mes y medio en promedio sus obligaciones con el talento humano y con los proveedores, lo cual puede ser un indicador y refuerza la teoría de que debido a la situación crónica de flujo de recursos, estas dependen en gran medida del ingreso corriente, por lo que cualquier contratiempo o demora en los giros las puede poner en riesgo operacional.

Este gremio debe destacar como un valor y atributo de la cultura organizacional, en especial de sus instituciones afiliadas, el respeto y el cumplimiento de sus obligaciones con el personal al que le reconocen su valía, compromiso y desempeño denodado con la atención de los usuarios. El poder seguir honrando esta sana cultura constituye una de nuestras principales motivaciones para hacer el presente llamado de urgencia.

Estudio de cartera de la ACHC con corte a diciembre del 2023

En este punto queremos presentar las cifras de nuestro estudio más reciente, con corte al 31 de diciembre del 2023, *en el que el total por concepto de prestación de servicios de*

³ Cálculo realizado con base en las 101.456 camas reportadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del Ministerio de Salud y Protección Social con fecha al 12 de junio del 2024.

salud, para las 221 instituciones reportantes, alcanzó un monto total de más de 16,8 billones de pesos y en el que se observa un incremento del monto absoluto de cartera con respecto a junio del 2023, siendo este del 4,38% (aproximadamente 705.000 millones de pesos) y una concentración de cartera morosa (mayor a 60 días) del 54%.

En cuanto a la morosidad al 31 de diciembre del 2023, el Estado participa con un 67,2%, las EPS del régimen subsidiado con el 63,7% y las EPS del régimen contributivo con un 52,2%. Adicionalmente, destaca la deuda de las EPS tanto de los regímenes contributivo y subsidiado con un total de 12,3 billones de pesos y una concentración morosa agregada del 55,9%, donde la deuda de las EPS activas en operación supera los 9,6 billones de pesos (morosidad del 43,6%) y la deuda de las EPS liquidadas los 2,7 billones de pesos aproximadamente (morosidad del 100%).

Finalmente, la deuda de las EPS intervenidas⁴ para administrar o en medidas especiales (vigilancia especial) por parte de la Superintendencia Nacional de Salud al 31 de diciembre del 2023, indicaba que existía un monto agregado de más de 2,3 billones de pesos con una morosidad del 50,3%.

Propuestas

En materia de flujo de recursos, tenemos los dos tiempos problemáticos: la deuda histórica y la corriente, que puede generarse e incrementarse si no se adoptan medidas para que con la UPC se pague lo atendido concretamente y lo facturado, y que se estructuren mecanismos para pagar la deuda antigua. En ese sentido, tal como lo hemos señalado en diversos espacios, se debe disponer de medidas extraordinarias que obliguen a las EPS el pago de tales deudas, por

ser la obligación original; pero en gracia de discusión de no contar con dichos recursos, que se diseñen figuras que le permitan al Estado asumir tales deudas y cobrarlas a dichas entidades que, valga la pena recordar, oportunamente recibieron los fondos para ello.

Para mejorar la situación inmediatamente y a corto plazo, reiteramos mecanismos presentados en nuestro plan extraordinario de liquidez:

Giro directo

[...] reconocemos y valoramos la medida de giro directo, pero consideramos que para que este tenga mayor impacto tanto en volumen como en número de IPS, se gire como mínimo el 80% de la UPC, y que este porcentaje se cuente como un piso y no como un techo como algunos lo han interpretado. Solicitamos asimismo que se revise y se controle la concentración de los giros hacia la red de integración vertical de las IPS, con el fin de que el beneficio sea transversal y valore la disposición y la atención de la red hospitalaria independiente.

También es necesario hacer un seguimiento permanente al cumplimiento del pago de todas las facturas generadas por la prestación de servicios de salud, y que no quedan cubiertas en el pago mensual.

Consideramos que tal como lo señalara la Honorable Corte Constitucional, en la reconsideración de este mecanismo, es preciso “eliminar los obstáculos que hasta el momento han impedido avances significativos en su aplicación”⁵.

Reservas técnicas

El mecanismo de liberación de reservas técnicas que dio una liquidez importante hace más de año y medio,

⁴ Emssanar EPS, Famisanar EPS, Asmet Salud EPS, Savia Salud, S.O.S. EPS, Capresoca EPS y Dusakawi EPSI.

⁵ Sala Especial de Seguimiento a la sentencia T-760 del 2008, M. S. José Fernando Reyes Cuartas, auto 2882 del 2023.

Nos preguntan

puede generar flujo de caja a los prestadores en este momento de estrechez financiera.

Según la Superintendencia Nacional de Salud en los estados financieros⁶ de las EPS al 30 de marzo del 2024, bajo el rubro de reservas técnicas, las EPS tienen provisionados un valor de 15,4 billones de pesos, el cual NO incluye la información de Nueva EPS y Comfaoriente.

⁶ Información reportada por las EPS a la Superintendencia Nacional de Salud a través de la plataforma NRVCC - Circular Única - Archivo Tipo FT001 "Catálogo de Información Financiera". Tabla de referencias: FT001-01, FT001-02, FT001-07, FT001-08, FT001-06.

Igualmente, en inversiones que respaldan las reservas técnicas, un valor de 4,9 billones de pesos que tampoco incluye la información de Nueva EPS y Comfaoriente.

En la tabla 1 se observan los montos reportados por estas entidades frente a las inversiones que respaldan las reservas técnicas tanto a diciembre del 2023 como a marzo del 2024 y su respectiva variación, donde destacan significativamente los montos respaldados de EPS como Salud Total y Sura EPS en el régimen contributivo.

Tabla 1. Inversión en reservas técnicas (inversiones e instrumentos derivados), EPS a 30 de marzo del 2024 (cifras en pesos)

RÉGIMEN	EPS	TOTAL (DIC 2023)	TOTAL (MAR 2024)	VARIACIÓN (%) Mar 2024 vs Dic. 2023
CONTRIBUTIVO	SALUD TOTAL EPS-S S.A.	\$ 2.468.612.165.443	\$ 2.379.920.000.000	-3,6%
	EPS SURAMERICANA S.A.	\$ 1.269.961.037.815	\$ 1.266.390.000.000	-0,3%
	SANITAS S.A.S	\$ 618.955.534.122	\$ 633.339.000.000/	2,3%
	COMPENSAR	\$ 356.511.966.817	\$ 350.796.000.000	-1,6%
	ALIANSA SALUD EPS S.A.	\$ 23.738.896.838	\$ 24.354.999.520	2,6%
	EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN E.S.P.	\$ 22.174.737.756	\$ 20.588.682.251	-7,2%
	SALUD BOLIVAR EPS S.A.S.		\$ 9.736.656.550	
	FERRONALES	\$ 6.024.777.779	\$ 6.024.777.779	0,0%
	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.	\$ 98.670.125	\$ 98.670.125	0,0%
	FAMISANAR S.A.S	\$ 10.054.000.000	\$ 21.000.000	-99,8%
	COMFENALCO VALLE			
	FUNDACIÓN SALUD MÍA EPS			
	Total CONTRIBUTIVO	\$ 4.776.131.786.695	\$ 4.691.269.786.225	-1,8%
CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	MUTUAL SER	\$ 135.899.344.263	\$ 143.503.000.000	5,6%
	COOSALUD	\$ 71.200.000.000	\$ 71.200.000.000	0,0%
	NUEVA EPS S.A.*	\$ 442.963.952.656		-100,0%
	Total CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	\$ 650.063.296.919	\$ 214.703.000.000	-67,0%
SUBSIDIADO	EMSSANAR SAS	\$ 32.279.583.792	\$ 25.648.387.393	-20,5%
	SAVIA SALUD EPS		\$ 3.000.000.000	
	EPS INDÍGENA MALLAMÁS	\$ 1.601.689.188	\$ 1.645.282.841	2,7%
	CAJACOPI ATLÁNTICO	\$ 697.219.835	\$ 700.619.190	0,5%
	CAPRESOCA E.P.S.	\$ 599.811.402	\$ 606.515.231	1,1%
	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S.	\$ 213.200.000	\$ 213.200.000	0,0%
	DUSAKAWI		\$ 169.273.730	
	CAPITAL SALUD EPSS S.A.S	\$ 156.000.000	\$ 156.000.000	0,0%
	ASMET SALUD EPS SAS	\$ 17.978.760	\$ 16.625.520	-7,5%
	ANAS WAYUU EPSI			

RÉGIMEN	EPS	TOTAL (DIC 2023)	TOTAL (MAR 2024)	VARIACIÓN (%) Mar 2024 vs Dic. 2023
SUBSIDIADO	PIJAOS SALUD EPSI			
	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA A.I.C. E.P.S.I.			
	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO			
	COMFAORIENTE E.P.S.*			
	Total SUBSIDIADO	\$ 35.565.482.977	\$ 32.155.903.905	-9,6%
	TOTAL GENERAL	\$ 5.461.760.566.591	\$ 4.938.128.690.130	-9,6%

Fuente: A 30 de Marzo de 2024. ACHC con base en información reportada por las EPS a la Superintendencia Nacional de Salud a través de la plataforma NRVCC- Circular Única - Archivo Tipo FT001 "Catálogo de Información Financiera". Tabla de referencias: FT001-01, FT001-02, FT001-07, FT001-08, FT001-06.

Nota*: No incluye la información de NUEVA EPS y COMFAORIENTE

Créditos Findeter

La línea de redescuento con tasa compensada de créditos autorizada a Findeter ha sido una medida adecuada y, en este momento, ampliar el cupo bajo la línea "Compromiso salud liquidez" podría irrigar recursos de capital de trabajo o la sustitución de deudas a las IPS. Rogamos se amplíe el cupo inicial para beneficiar a más instituciones y expandir así la cobertura de esta línea, contemplando más créditos a las EPS intervenidas que permitan pagar y sanear sus deudas.

Proponemos también que la banca pública promueva unas mejores condiciones de acceso en esta línea, pues algunos afiliados refieren desinterés o mayores exigencias por parte de algunas instituciones bancarias para otorgar estos créditos; este ajuste permitiría beneficiar a más instituciones hospitalarias y, por ende, un mayor impacto de esta medida.

Puntos del IVA social para el sistema de salud

Se saca a colación un logro de una reforma tributaria⁷ que destinó

0,5 puntos del IVA social al sistema de salud; consideramos que debe revisarse el recaudo de dicha fuente y enfocar su uso directamente para la liquidez de los hospitales o para apalancar con estos recursos otras medidas extraordinarias.

En todo caso, creemos que dadas las circunstancias actuales del sistema que han develado la falta de solidez y garantía de las aseguradoras, es necesario que los recursos y las medidas que se estructuran se destinen de manera directa a los prestadores, pues tal como lo precisara la Honorable Corte Constitucional en un auto del 2011, dentro del proceso de seguimiento de la sentencia T-760 del 2008 y a propósito de las dificultades en materia del flujo

⁷ Ley 1819 del 2016, artículo 184: "Modifíquese el artículo 468 del Estatuto Tributario el cual quedará así: Artículo 468. Tarifa general del impuesto sobre las ventas. La tarifa general del impuesto sobre las ventas es del diecinueve por ciento (19%) salvo las excepciones contempladas en este título.

A partir del año gravable 2017, del recaudo del impuesto sobre las ventas un (1) punto se destinará así:

a) 0,5 puntos se destinarán a la financiación del aseguramiento en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

b) 0,5 puntos se destinarán a la financiación de la educación. El cuarenta por ciento (40%) de este recaudo se destinará a la financiación de la Educación Superior Pública.

PARÁGRAFO 1.º. Los directorios telefónicos quedarán gravados a la tarifa general del impuesto sobre las ventas, únicamente cuando se transfieran a título oneroso.

de recursos del sistema de salud, “deben atacarse las causas que propician el desequilibrio financiero antes que sus efectos. De lo contrario, *sería realizar grandes esfuerzos fiscales para tratar de llenar un saco roto*. La filtración de las arcas de la Nación tiene que ser combatida con los principios que inspiran la función administrativa, bajo políticas estables y cuidadosamente diseñadas y razonadas”⁸.

En efecto la ACHC, con base en la evidencia recabada tanto del sector prestador como de las entidades responsables de pago, viene proponiendo desde hace varios años que para lograr el adecuado flujo de recursos del sistema de salud, debe cambiarse la forma en la que se entregan y manejan los recursos destinados para la prestación de servicios de salud.

Un fondo de garantías para el sector salud

La ACHC históricamente ha insistido en la necesidad de un fondo o mecanismo de garantías para el sector salud que, de haberse creado, permitiría en este momento contar con alternativas o recursos que mitigaran el impacto del no pago de deudas del actual sistema. En ausencia de este, consideramos como una de las grandes urgencias para una sana transición la creación de un mecanismo de garantía que respalde el funcionamiento y la solidez financiera de los agentes, y sea supletorio para generar liquidez y respaldar las obligaciones incumplidas de algunos agentes.

En ese sentido, agradecemos que haya apertura por parte del ministerio para la creación de ese fondo de garantías, que esperamos se esté trabajando en su consolidación o que se habiliten las subcuentas del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet) y la de Apoyo financiero y fortalecimiento patrimonial a las entidades del sector salud de la ADRES, que podría fondearse con recursos como el del IVA social arriba señalado.

[La ACHC señaló que] entiende las causas y el impacto de la situación actual; somos testigos y víctimas de las fallas del sistema de salud. Creemos que debemos dar una abierta y profunda discusión sobre la disponibilidad y el gasto total en salud como porcentaje del PIB y crecer esa bolsa general acercándonos en un plazo prudencial a las destinaciones de países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), esto es, lograr siquiera aumentar un punto, para pasar del 8,1 actual al 9% de porcentaje del PIB.

En este sentido, debemos evaluar la suficiencia de la UPC, promoviendo una actualización con menos rezago en el tiempo y logrando que la información sea oportuna, suficiente, consistente y de calidad; así mismo, es preciso evaluar y preservar el Plan de Beneficios y definir la situación de los presupuestos máximos, con miras a que se cumpla el propósito —en especial el de temporalidad— para el cual fueron creados.

Nuestro llamado es a la protección y garantías para las IPS y los usuarios, pues el impacto es distinto para quienes han contado con la fluidez de los recursos que para aquellos que históricamente han tenido que rogar por el reconocimiento legítimo de sus derechos.

Las IPS tienen sus puertas abiertas, atienden a la población, pero en este momento debemos hacer un llamado de urgencia para que sean atendidas sus necesidades, se les giren los recursos en las cantidades y tiempos debidos, y se paguen las deudas antiguas para que puedan contar con los recursos que les permita seguir manteniendo la operación y, para ello, es necesaria la liquidez. ■

⁸ Auto 110 del 2011. M. P. Jorge Iván Palacio Palacio

PHILIPS

La nueva realidad en resonancia magnética



El helio es un recurso no renovable, y sus precios han aumentado en los últimos años para la mayoría de usuarios debido a su escasez. Realice la transición a operaciones de RM sin helio con BlueSeal, olvídense de las complicaciones relacionadas con el helio, gestione los riesgos y alcance la excelencia clínica y operativa.

Visite nuestra página web BlueSeal



Sistemas de RM libres de helio de Philips en todo el mundo

>1000

sistemas de RM con tecnología BlueSeal instalados

1,9M

de litros de helio líquido ahorrados*

Tecnología comprobada con más de 1000 sistemas en todo el mundo

Nuestro portafolio líder en resonancia magnética de 1,5T sin helio aumenta el acceso a la salud para más personas en más lugares y brinda a los profesionales de la salud una alta calidad diagnóstica.

*La cantidad de helio líquido ahorrado es un cálculo comparado con un magneto convencional con 1500 litros de helio.

Experimente los beneficios de Philips BlueSeal



Reduzca el consumo de helio



Gestione el riesgo y evite el tiempo de inactividad



Mejore la calidad y velocidad de la imagen



Explore Nuevas opciones de ubicación

Migración de pacientes: cómo estar preparados ante un volumen inesperado



Elida Orozco¹

Un contexto que acelera y profundiza la necesidad de inversión en tecnología para la cadena de abastecimiento

Desde hace algunos años, y en la actualidad, el sistema de salud colombiano está experimentando algunos cambios que llevan a repensar las actividades de todos los actores del sector, desde los pacientes hasta las Entidades Promotoras de Salud (EPS) las cuales buscan garantizar, entre otras cosas, que los afiliados puedan acceder a los servicios de salud. Sin embargo, con la posibilidad de una migración de usuarios se activan los mecanismos para poder brindar tanto a nuevos como a antiguos la atención de calidad que merecen.

Una pregunta que acompaña este escenario es cómo contar con la infraestructura, los insumos generales y los medicamentos para hacer frente a un posible flujo inesperado, y darles continuidad a los procedimientos, tratamientos de alto y no alto costo, así como a la atención del día a día. Y como puede tratarse de una situación repentina, las EPS deben “surfear la ola” de la mejor manera.

La respuesta se resume en una frase: *tecnología para la gestión*. Ya en el siglo XXI, augurando la salud del futuro, es imperativo implementar tecnología que optimice los tiempos operativos, reduzca los costos y, al mismo tiempo, permita construir una red de aliados estratégicos y proveedores para tener respaldo, así como la posibilidad de contar con una variedad de planes de acción para obtener, en definitiva, los insumos necesarios en tiempo y forma.

Hace algunos años que el paradigma para las compras en el sector de la salud dio un giro drástico; hoy ya es sabido que plataformas digitales de comercio electrónico para el ecosistema de la salud proporcionan diversos beneficios:

- Agilidad para solicitar pedidos de insumos ante una comunidad de proveedores, gracias a un sistema que ya tiene estandarizados los productos que la institución requiere, lo que acelera el proceso de pedido.

¹ Gerente Comercial de Bionexo en Colombia, México y Ecuador.

- Eficiencia en la obtención de ofertas ante esos pedidos con detalle de proveedor y sus condiciones, además de poder percibir ve- lozmente si se cuenta con historial y cuál es la experiencia con el proveedor.
- Panorámica de ofertas para poder tomar mejores decisiones en función del presu- puesto con el que se cuenta. Estas herra- mientas digitales procesan grandes volú- menes de datos en pocos minutos, con la capacidad de analizar toda la información más rápidamente.
- Transparencia en la gestión de compras, con los consiguientes registro y seguimiento del proceso de abastecimiento, lo que facilita la rendición de cuentas (*accountability*) y las auditorías.
- Desarrollo proactivo de proveedores. La in- teracción digital provee agilidad también en este sentido; al tener a todos los proveedo- res de un insumo registrados, se les puede visualizar en un *dashboard* y decidir a cuál acudir ante un escenario de carga de pa- cientes inesperado.
- Optimización de costos de compras. En el mercado actual de la salud es indispensable optimizar los costos desde el inicio del cir- cuito de la cadena de abastecimiento, tanto a nivel de precios de insumos como de ges- tión operativa.

Una vez pasada la coyuntura y solventado el requerimiento de contar con una infraes- tructura de abastecimiento sólida, la tarea será planificar la demanda en función de la opera- toria, una labor constante y exigente que no se queda atrás.

En perspectiva, las instituciones de salud han tenido la visión de sumarse a la era digital en materia de asis- tencia al paciente, procedimientos, tratamientos, diag- nósticos e intervenciones. Pero, ahora más que antes, ha llegado el momento de transformar los procesos *offline* de suministro, los documentos manuales y los archivos obsoletos, para sumar herramientas tecnoló- gicas que permitan digitalizar los procesos de compra, la planificación y el control de *stock* para asegurar la provisión de insumos y medicamentos a los profesio- nales y, principalmente, a los pacientes, que son la ra- zón de ser de las entidades.

Acerca de Bionexo

Bionexo es la *healthtech* pionera en soluciones digitales en la nube y líder en el mercado de salud de América Latina. Hace más de 20 años comenzó con el *marketplace* de *e-commerce* para hospita- les, clínicas, obras sociales y servicios de medicina prepagada. Hoy cuenta con las más diversas solu- ciones tanto para empresas de salud como para proveedores del sector. Brinda informes y análisis de datos que contribuyen a entender el mercado para una mejor planificación y mayor eficiencia en el abastecimiento de entidades de salud, así como para el desarrollo de negocios de los proveedores.

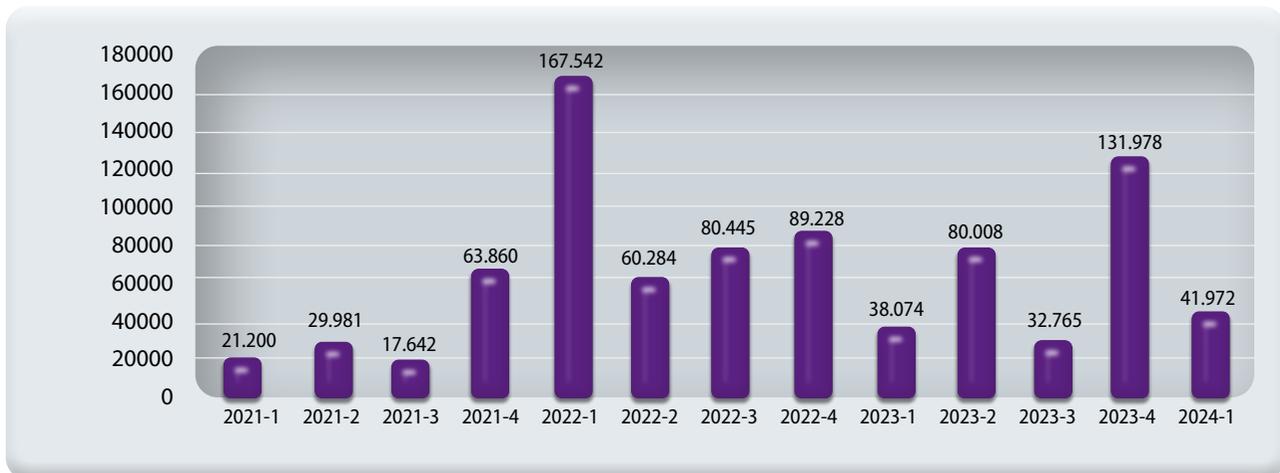
Actualmente, Bionexo es una empresa que “piensa global” para optimizar la gestión de la compañía en el mercado internacional, expan- diendo aún más las oportunidades de visibilidad, experiencia e información de manera coordina- da en todas las geografías. En América Latina está presente en Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador y México, y cuenta con un equipo de más de 500 profesionales; conecta a más de 2300 institucio- nes de salud con 15.000 proveedores. 

Construcción de hospitales y centros asistenciales

El pasado mes de mayo el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) hizo públicos los datos para el primer trimestre del 2024 de su censo trimestral de edificaciones. Con este el DANE busca “determinar el estado actual de la actividad edificadora, para establecer su composición, evolución y producción, convirtiéndose en uno de los insumos principales para el cálculo del PIB del subsector edificador”. Dentro de este cálculo el DANE tiene en cuenta el destino de las edificaciones, siendo una de las categorías la de Hospitales y centros asistenciales.

Según la información reportada, durante el primer trimestre del 2024 se realizó el censo para un área total de 876.691 metros cuadrados, cuya destinación fue para hospitales y centros asistenciales. De estos se culminó con la construcción de 41.972 metros cuadrados, lo que representa el 4,8% del total del área censada y un incremento del 10,2% con respecto al primer trimestre del 2023, donde se culminó con 38.074 metros cuadrados con destinación para hospitales y centros asistenciales (figura 1).

Figura 1. Área culminada con destinación para hospitales y centros asistenciales (total metros cuadrados)

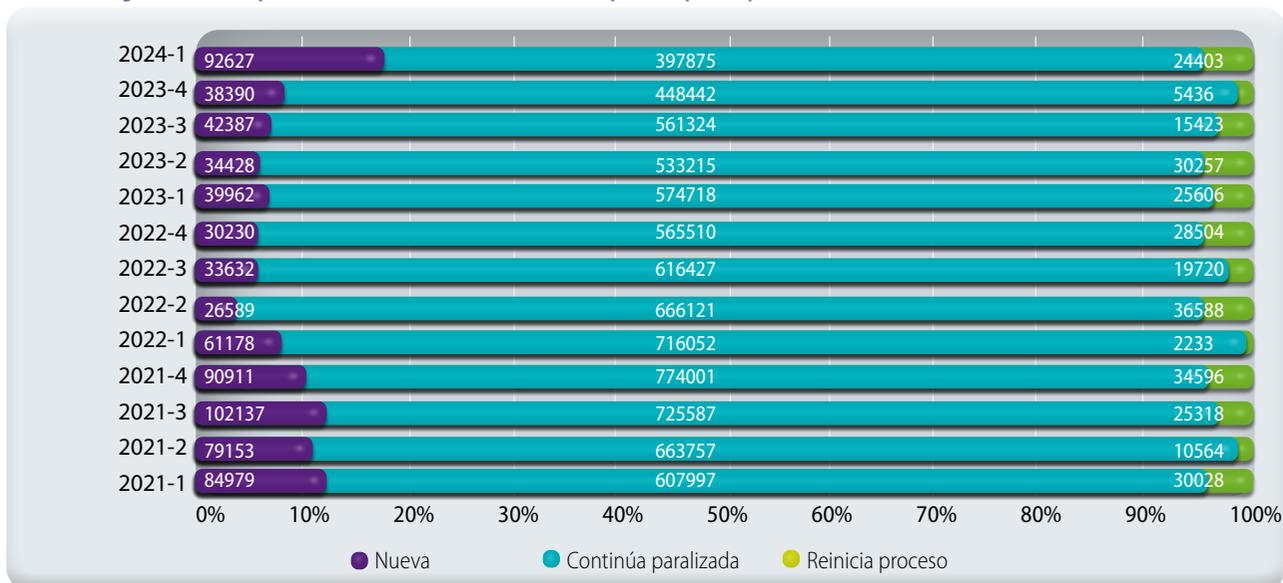


Fuente: DANE (2024), Censo de edificaciones (CEED), Información I trimestre 2024.

Con respecto al área que se encuentra en proceso, para este primer trimestre del 2024 se censaron 514.905 metros cuadrados, lo que representa el 58,7% del total del área censada y una reducción del 19,7% frente al primer trimestre del 2023, donde el total del área en proceso de construcción fue de 641.686 metros cuadrados. De estos, 92.627 metros cuadrados corresponden a área nueva que inicia proceso de construcción (18% del total del área en proceso), lo que representa un incremento

del 132% en relación con el primer trimestre del 2023. Así mismo, el área que continúa en proceso de construcción es de 397.875 metros cuadrados (77,2% del total del área en proceso de construcción) y el área que reinició su proceso, esto es que estuvo paralizada y se reactivó su construcción, fue de 24.403 metros cuadrados (4,7% del total del área en proceso) (figura 2).

Figura 2. Área en proceso de construcción con destinación para hospitales y centros asistenciales (total metros cuadrados)

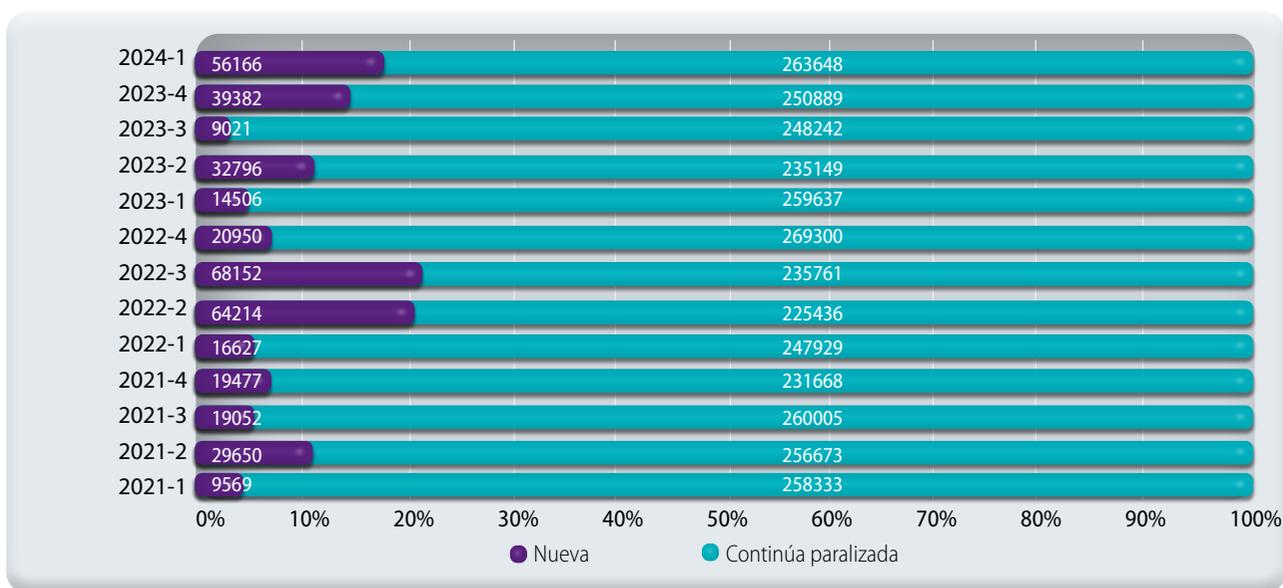


Fuente: DANE (2024), Censo de edificaciones (CEED), Información I trimestre 2024.

Por último, el DANE tiene en cuenta la categoría de Área paralizada, en la que se encontraban 319.814 metros cuadrados (36,5% del total del área censada que está siendo destinada para hospitales y centros médicos), lo que significa un incremento del 17% frente al primer trimestre del 2023 en el que hubo 273.673 metros cuadrados de construcciones paralizadas con destinación al sector salud. De

estos 319.814 metros cuadrados que se encuentran paralizados, el 17,5% (es decir 56.166 metros cuadrados) es área nueva cuya intervención quedó paralizada en este trimestre, mientras que los restantes 263.648 metros cuadrados es área que continúa paralizada, que lleva más de un trimestre sin avances en su construcción (figura 3).

Figura 3. Área paralizada con destinación para hospitales y centros asistenciales (total metros cuadrados)



Fuente: DANE (2024), Censo de edificaciones (CEED), Información I trimestre 2024.

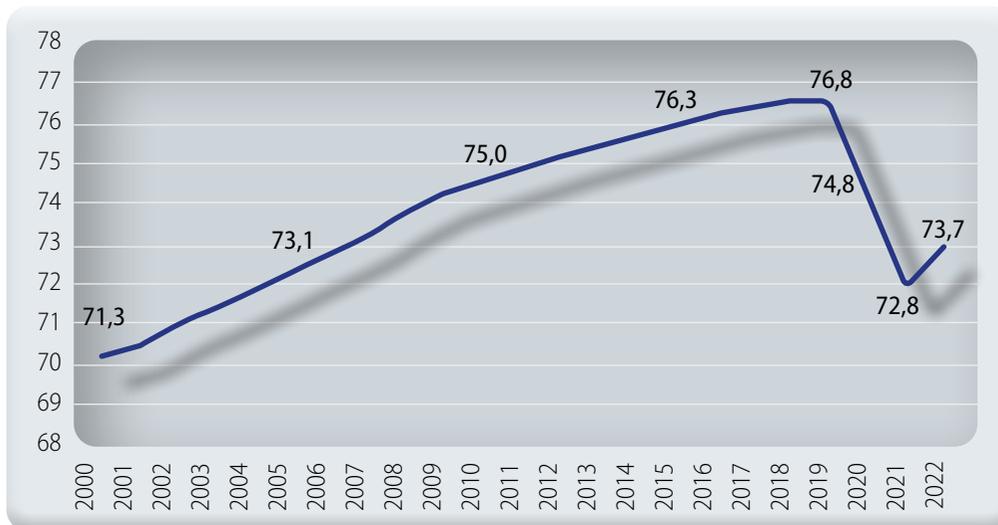
Esperanza de vida en Colombia

Desde el 2000, la esperanza de vida al nacer en Colombia presentó un crecimiento ininterrumpido pasando de 71,3 años a principios del siglo XXI a 76,8 años en el 2019, donde alcanzó un punto máximo desde que el Banco Mundial realizó la medición. Sin embargo, con la pandemia por la COVID-19 este indicador mostró una disminución por dos años consecutivos: de 74,7 años en el 2020 a 72,8 años en el 2021. Esta

disminución de 4 años representó para Colombia un retroceso de 17 años de avances en este indicador, ya que se volvió a niveles cercanos a los evidenciados en el 2004.

Tras haber superado la pandemia, en el último registro disponible del Banco Mundial se observa que la esperanza de vida en Colombia fue de 73,7 años en el 2022, lo que representa una mejoría de casi 1 año y el crecimiento más grande entre un año y otro que ha tenido el país en este indicador desde el 2000, por lo que se podría estar presentando un “efecto rebote” (figura 1).

Figura 1. Esperanza de vida al nacer, total (años)



Fuente: World Bank (2024), Life expectancy at birth (indicador).

Ahora bien, al desagregar la esperanza de vida al nacer por sexo, se observa que tanto la de mujeres como la de hombres siguen la misma tendencia que la esperanza de vida al nacer total; es decir, un crecimiento ininterrumpido entre los años 2000 y 2019, una caída producto de la pandemia por COVID-19 en los años 2020 y 2021 y una mejoría en el 2022 (figura 2).

Al realizar esta desagregación también se puede observar que la pandemia tuvo un efecto sobre la brecha existente entre la esperanza

de vida de mujeres y hombres. En el 2000 las mujeres tenían una esperanza de vida de 8,2 años mayor a la de los hombres, diferencia que se fue reduciendo poco a poco hasta llegar a su nivel más bajo en el 2018, cuando este indicador para las mujeres fue de 5,8 años mayor al de los hombres. Durante la pandemia, mientras que la reducción de la esperanza de vida de las mujeres fue de 3,3 años, pasando de 79,7 años en el 2019 a 76,4 años en el 2021, la reducción de este factor para los hombres fue de 4,4 años, pasando de 73,8 años en el 2019 a 69,4 años en el 2021. Esta mayor reducción de la esperanza de vida de hombres amplió la brecha, siendo esta de 7 años en el 2021.

Excelencia en pruebas de función pulmonar

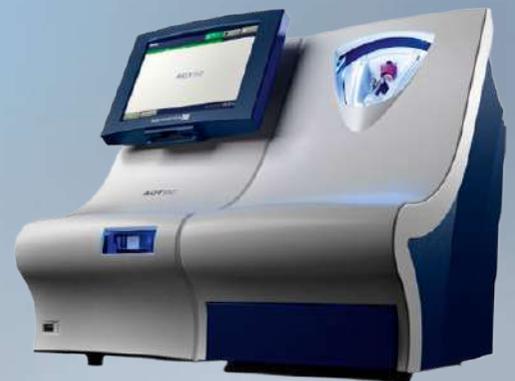
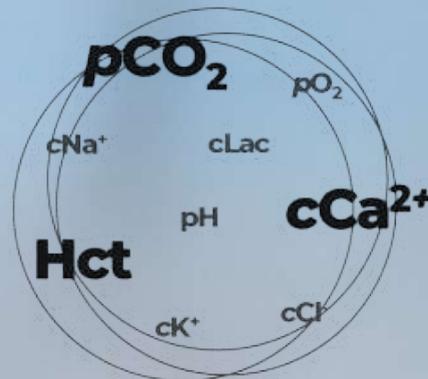
Vyntus Body

La verdadera plestismografía

- Espirometría Mejorada
- Volúmenes Pulmonares
- Resistencia de vías aéreas
- Difusión SB
- PIM/PEM
- P0,1
- Broncoprovocación
- Resistencia de oclusión

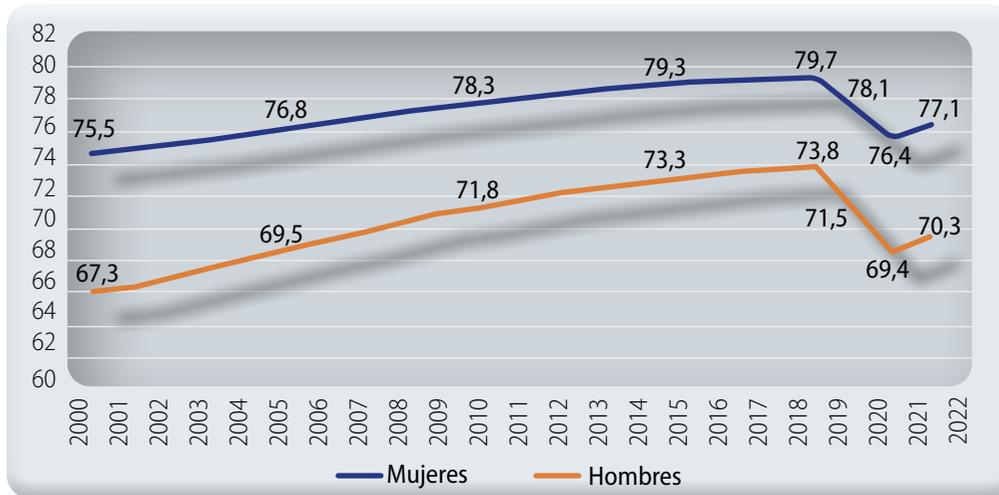


ANALIZADORES RADIOMETER DE GASES ARTERIALES E INMUNOENSAYO POCT



- Gases, electrolitos metabólicos y co-oximetría
- Único con mínima muestra en menor tiempo
- Automatizado, resultados estadísticos de los controles de calidad
- Tropopina I, CKMB, Mioglobina, NT ProBNP, PCR, β hCG y Dímero-D

Figura 2. Esperanza de vida al nacer mujeres y hombres (años)



Fuente: World Bank (2024), Life expectancy at birth (indicator).

Esperanza de vida en la región suramericana

Al comparar a Colombia con los demás países de Suramérica, se observa que para el 2022 fue el quinto país con la mayor esperanza de vida, estando por encima de Brasil (73,4 años), Perú (73,4 años), Venezuela (71,1 años), Paraguay (70,5 años) y Bolivia (64,9 años); y por debajo de Argentina (76,1 años), Ecuador (77,9 años), Uruguay (78 años) y Chile (79,5 años) (tabla 1).

Con respecto a la caída que hubo en la esperanza de vida por cuenta de la COVID-19, también se advierte que Colombia fue el segundo país de la región con una mayor afectación en este indicador, superado solo por Bolivia,

donde se presentó una reducción de 4,2 años. Por otro lado, Chile, Venezuela y Argentina fueron los países suramericanos en los que se presentó una menor reducción en este indicador, siendo de 1,4 años, 1,6 años y 1,9 años respectivamente.

Por último, se observa que en Ecuador y Uruguay la recuperación de la esperanza de vida ha sido más acelerada que en los demás países de la región, creciendo en 4,2 y 2,6 años respectivamente entre el 2021 y el 2022. Mientras que, con excepción de Paraguay donde solo hubo una mejoría de 0,2 años, el crecimiento de la esperanza de vida de los demás países de Suramérica fue cercana a 1 año.

Tabla 1. Esperanza de vida al nacer países de Suramérica (años)

País	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Chile	79,7	80,1	80,4	80,1	80,3	79,4	78,9	79,5
Uruguay	77,5	77,6	77,6	77,6	77,5	78,4	75,4	78,0
Ecuador	76,8	76,8	77,0	77,1	77,3	72,2	73,7	77,9
Argentina	76,8	76,3	76,8	77,0	77,3	75,9	75,4	76,1
Colombia	76,3	76,5	76,6	76,7	76,8	74,8	72,8	73,7
Brasil	74,3	74,4	74,8	75,1	75,3	74,0	72,8	73,4
Perú	75,6	75,8	75,9	76,0	76,2	73,7	72,4	73,4
Venezuela	73,0	72,1	71,9	72,0	72,2	71,1	70,6	71,1
Paraguay	73,2	73,5	73,6	73,6	73,6	73,2	70,3	70,5
Bolivia	67,3	67,6	67,7	67,7	67,8	64,5	63,6	64,9

Fuente: World Bank (2024), Life expectancy at birth (indicator).

GLOSARIO NORMATIVO (ACHC)

*** Trascendente

**Importante

*Informativa

1. CONGRESO DE LA REPÚBLICA

***Ley 2360 (14 de junio)

Modifica y adiciona la Ley 1384 del 2010 que reconoce como sujetos de especial protección constitucional a las personas con sospecha o que padecen cáncer.

Esta modifica la Ley 1384 del 2010 reconociendo para los efectos de esta ley como sujetos de especial protección constitucional a las personas con sospecha de cáncer o diagnosticadas con cáncer. En dicho marco, se ordena al Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, que dentro de un término no mayor a seis (6) meses profiera un protocolo actualizado donde contemple las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana de los tipos de cáncer con mayor mortalidad y prevalencia en el país, teniendo en cuenta lo siguiente:

(1) Todos los protocolos deben realizarse con base en la epidemiología local, los factores de riesgo asociados y la prevalencia por edades y género; (2) será necesario indicar el tipo de actividad, procedimiento o intervención de protección específica y detección temprana y la frecuencia con la que los médicos deberán ordenarlos para la efectiva prevención; (3) la elaboración de las respectivas normas técnicas y guías de práctica clínica, con base en estudios técnicos que permitan determinar las actividades, procedimientos e intervenciones para detección temprana en cada caso, y (4) el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, por lo menos una vez al año, verificarán el cumplimiento de los protocolos.

2. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

***Resolución 1033 (11 de junio)

Hace una asignación de recursos del Presupuesto de Gastos de Funciona-





miento del Ministerio de Salud y Protección Social, del rubro “Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud Ley 100 de 1993”, Empresas Sociales del Estado para el fortalecimiento del nivel primario, basado en la atención primaria en salud, a través de la conformación y operación de Equipos Básicos de Salud.

Mediante la presente resolución se asignan recursos para la vigencia 2024 a las Empresas Sociales del Estado en los departamentos de Caldas, Quindío, Risaralda, Norte de Santander, Boyacá, Cauca, Nariño, Valle del Cauca, La Guajira y Antioquia, para el fortalecimiento de la atención primaria en salud, a través de la conformación y operación de Equipos Básicos de Salud, por el valor de CIENTO SESENTA MIL SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS (\$160.711.361.457) M/CTE.

*****Resolución 1034 (11 de junio)**

Hace una asignación de recursos del Presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, del rubro “Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud Ley 100 de 1993”, Empresas Sociales del Estado para el fortalecimiento del nivel primario, basado en la atención primaria en salud, a través de la conformación y operación de Equipos Básicos de Salud.

Con esta resolución se asignan recursos para la vigencia 2024 a las Empresas Sociales del Estado en los departamentos de Boyacá, Santander, Caquetá, Arauca, Meta, Casanare, Vichada, Risaralda y Tolima para el fortalecimiento de la atención primaria en salud, a través de la conformación y operación de equipos básicos de salud, por el valor de CIENTO OCHO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE MILLONES SEIS-

CIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS (\$108.379.655.854) M/CTE.

****Decreto 719 (5 de junio)**

Continuidad de los afiliados ante medidas de las EPS, permanencia en el régimen subsidiado y el mecanismo de movilidad.

Mediante este decreto se ajustan las reglas y el procedimiento de asignación hoy dispuesto en el Decreto Único Reglamentario 780 del 2016 y se establece la reglamentación que permita materializar la permanencia en el régimen subsidiado, de conformidad con lo señalado en el artículo 35 de la Ley 1438 del 2011.

Se dicta que las EPS receptoras puedan estabilizar su operación, fortaleciéndose en los territorios donde ya tienen afiliados a su cargo y que, a su vez, dichas entidades puedan organizar planes de contingencia para el óptimo desarrollo del proceso de asignación de usuarios, los cuales deben disponer de medidas que protejan al afiliado y garanticen la atención en salud de esta población, toda vez que son personas que vienen de EPS con dificultades y que requieren se les garantice la continuidad de sus tratamientos y atenciones en salud en las entidades receptoras autorizadas en los territorios donde reside, con el ánimo de garantizar su derecho constitucional, fundamental y autónomo a la salud.

*****Circular 19 (30 de mayo)**

Actualiza el precio máximo de venta de los medicamentos sujetos al régimen de control directo de precios.

La presente Circular la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos actualiza el precio máximo de venta para los mercados relevantes y los medicamentos que los conforman, sujetos al control directo de precios para las transacciones definidas en el artículo 2 de la Circular 06 del 2018, los cuales se detallan en la tabla de la presente Circular.



Agradece el apoyo de sus miembros patrocinadores:





El precio máximo de venta contenido en dicha tabla se da en función de la unidad de medida y el principio activo base del cálculo. Para obtener el precio máximo de venta por presentación comercial, debe ser reconstruido de conformidad con la descripción técnica que soporta el registro sanitario. Si el actor que realiza la transacción final institucional es una institución prestadora de servicios de salud (IPS), esta puede adicionar al precio máximo de venta el margen del que trata el artículo 11 de la Circular 18 del 2024. Los precios máximos de venta de los mercados relevantes y los medicamentos que los conforman aplican para los medicamentos que tengan registro sanitario o sean importados o fabricados bajo la modalidad de vitales no disponibles.

****Resolución 980 (30 de mayo)**

Categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2024.

Esta resolución tiene por objeto categorizar el riesgo de las Empresas Sociales del Estado (ESE) del nivel territorial para la vigencia 2024, una vez aplicada la metodología prevista en la resolución 2509 del 2012, modificada a su vez por la resolución 2249 del 2018. La categorización será la siguiente:

1. Las ESE del nivel territorial que, con corte a 31 de diciembre del 2023, cuentan con Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizados o en trámite de viabilidad por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público que no son objeto de categorización, se relacionan en el Anexo Técnico N.º 1.

2. Las ESE incluidas en el documento *Estado de las Empresas Sociales del Estado remitidas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público durante la vigencia 2021, 2022 y 2023, que presentaron incumplimiento del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero*, remitido por la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud), o que se encuentra en medida de vigilancia especial o de intervención forzosa administrativa para administrar por parte de dicha Superintendencia, que no son objeto de categorización, se relacionan en el Anexo Técnico N.º 2.

3. Las ESE del nivel territorial que se encuentran adelantando un acuerdo de reestructuración de pasivos ante la Supersalud, y que hacen parte del listado consultado en la página web de dicha Superintendencia que no son objeto de categorización, se relacionan en el Anexo Técnico N.º 3

• Las ESE del nivel territorial que al 30 de abril del 2024 tenían información anual consolidada, validada y presentada por las direcciones territoriales de salud a este ministerio, con corte al 31 de diciembre del 2023, una vez aplicada la metodología definida en la resolución 2509 del 2012, modificada por la resolución 2249 del 2018, se categorizan para la vigencia 2024 así: sin riesgo, con riesgo bajo, medio o alto, tal y como se relacionan en el Anexo Técnico N.º 4. **II**

