



Universidad
del Valle

Facultad de Salud



Plan de Desarrollo

Facultad de Salud / 2011 - 2030

***Mesa de Trabajo
Salud***

16 de noviembre de 2011



Identificación

Asunto Estratégico: Salud

Temas: Sistema de salud de Colombia
Atención Primaria en Salud

Integrantes:

- Dr. Gerardo Campo Cabal, Director Dpto. de Psiquiatría (Coordinador)
 - Dr. Sigifredo Muñoz Sánchez, Director Escuela de Medicina.
 - Dr. Fabián Méndez P., Director Escuela de Salud Pública.
 - Dr. Carlos Augusto Hernández A.; Docente Escuela de Salud Pública.
 - Dra. Elsa Patricia Muñoz; Docente Escuela de Salud Pública.
 - Dr. Luis Alberto Tafur C., Profesor Titular, Facultad de Salud.
 - Dr. Oscar Echeverri C.; Consultor internacional.
 - CS. Manuel V. Llanos C.; Coordinador Grupo de Comunicaciones.
 - Dra. Zaider Triviño, Escuela de Enfermería (luego del Foro de APS)
-



Contexto (Sistema de Salud y APS)

✓ Modelo:

- Sistema de salud colombiano en concordancia con directrices del Banco Mundial 1987; no fruto de desarrollo autónomo.
 - Lógica del mercado: salud como servicio, no como derecho.
 - Ampliación significativa de cobertura, sin impacto similar en calidad.
 - Descomposición de referencia y contrareferencia.
 - Abandono de responsabilidad estatal sobre la salud de la población.
-



Contexto (Sistema de Salud y APS)

✓ Salud Pública:

- Pérdida de avances en APS (organización y participación de la comunidad, equipos interdisciplinarios, entre otros).
- Evaluación realizada por el Minprotección (2006): las EPS no cumplían en más del 10% metas de P y P régimen contributivo.
- P y P (RS) con recursos del SGP, sin incentivos para que entes territoriales cumplan metas. Hay contratos directos con entes no siempre idóneos; hay corrupción. Declive de la PyP.

Contexto (Sistema de Salud y APS)

✓ Recursos Humanos:

- Se limita a las API contenidas en los protocolos de atención de los POS (C o S), que generalmente son del primer nivel, y no aceptadas por las Facultades y programas de educación en salud.
 - Enfrenta requerimientos de productividad empresarial, en detrimento de la calidad de la atención al paciente y de su propia calidad de vida.
 - Recién egresado se debe adaptar para un sistema para el que no fue preparado.
 - Incremento en la oferta de formación en salud en todos los niveles, con calidades disímiles y sin mercado garantizado: pauperización de la contratación.
-

Contexto (Sistema de Salud y APS)

✓ Educación profesional en salud:

- Educación en salud: enfatiza API para tratamiento de patologías ppt de II y III nivel.
 - Mayoría de programas ignoran características y funcionamiento del Sistema, tecnología de baja complejidad, salud pública, APS, PS con enfoque de determinantes.
 - Docentes de alta formación tecnológica, pero con poco o ningún conocimiento del Sistema, ni actitud hacia práctica de la atención de baja complejidad y la prevención y promoción de la salud.
 - Sitios de docencia: concentrados en instituciones hospitalarias de mediana o alta complejidad.
 - Consecuencias para salud de pacientes expuestos a mala práctica por desconocimiento de las API por los recién egresados.
-



Contexto (Sistema de Salud y APS)

✓ APS:

- Entendida y enseñada como Atención de primer nivel de atención médica y con tecnologías baratas.
 - Inapropiada traducción al español de *Primary Health Care* como *Atención Primaria de Salud* en vez de Cuidado Esencial de la Salud
 - Cuidar de la salud es precaver que las personas no enfermen.
 - Ley 1438/11: enuncia la APS, pero desconoce cómo aplicarla.
 - Hay evidencia de efectividad de intervenciones desde APS, con impactos positivos en salud de poblaciones (UV tiene ejemplos)
 - Luego de 30 años de Alma Ata, lo que no funcionó en APS fue por dificultades principalmente institucionales (por débil abogacía para el desarrollo de políticas públicas y acciones transectoriales en APS).
-



Contexto interno

- ✓ Hemos perdido significativamente liderazgo regional y nacional en temas claves de la salud pública.
 - ✓ Hay desarrollos significativos de trabajos de grupos de investigación en temas de salud pública (p.e. sistemas de salud, ASP, PS), pero sin articulación entre ellos. Se desperdicia capacidad de impacto y sinergia en procesos de investigación.
 - ✓ Baja capacidad institucional para retener y atraer docentes con altas calificaciones “fuga de cerebros”.
 - ✓ Estrategias para vincular lo social al currículo, con bajo “pedigrí” ante docentes clínicos y de básicas. Hay poco aprecio por ello.
 - ✓ Falta articulación en el currículo entre lo social, clínico y básicas. No hay continuidad de lo social a través del currículo, ni integración vertical en cada semestre.
 - ✓ No se sistematizan y en consecuencia no se aprende institucionalmente de experiencias valiosas. Repetimos errores y perdemos oportunidades.
-



Análisis

- El cambio de relación Estado-Sociedad nos modifica escenarios y relaciones con pacientes e instituciones, contrariando principios y valores disciplinares en salud. Debemos contrarrestar esto por principio y como deber institucional.
 - Hemos perdido terreno en el ámbito nacional, por falta de liderazgo; poca visibilidad en escenarios de toma de decisiones. Debemos salir el “enconchamiento”, pero con conocimiento sistematizado y visibilizado, y con respuestas a nuevos problemas.
 - La APS se redujo a salud pobre para pobres en el primer nivel. Es preciso posicionarla de nuevo. Debemos acudir a experiencia y saber acumulado en APS y en relacionamiento con servicios de salud, ganando espacio en escenarios de toma de decisiones y fortaleciendo procesos misionales.
-

Análisis

- Nuevos actores académicos con personal calificado por nosotros, ante nuestras limitaciones para retenerlos y atraerlos.
 - Ante las dificultades para generar desarrollos en solitario, debemos acudir a establecer alianzas con otros actores de la región y de la Universidad, con fortalezas complementarias (Coopetencia).
 - Ante sus necesidades de cómo poner en práctica la APS, gobiernos y otros actores necesitan respuestas nacidas de la evaluación seria, para superar limitaciones del sistema.
 - Se debe fortalecer componente de SP en pregrados de la Facultad; egresados mal calificados en este componente.
 - Es indispensable aprender de las experiencias, aprovechando estratégicamente este capital valioso.
-



Ideas Fuerza Sistemas de Salud

- Aprendizaje institucional y gestión del conocimiento.
 - Fortalecimiento de investigación evaluativa e interdisciplinaria en sistemas de salud y estrategias en salud pública.
 - Sistema de salud de la universidad como espacio para desarrollar propuesta de la Facultad (referente Javesalud)
 - Liderar propuestas de APS en la región, con equipos interdisciplinarios y vinculados a procesos de formación e investigación.
 - Alianzas con grupos de investigación de otras Facultades y universidades, con fortalezas complementarias.
 - Hacernos atractivos para talento humano (retener y atraer)
-

Ideas Fuerza APS

- Sistematizar aprendizajes de la Facultad en APS.
 - Fortalecer la formación en estrategias como APS, PS, dirigida a docentes y personal de servicios (escalar de formación continua, a postgrado)
 - Cambios significativos en los currículos, requieren acuerdos de cambios significativos en los servicios.
 - Posicionar APS en los currículos (no es atención para pobres, ni del primer nivel).
 - Espacios abiertos para intercambio de concepciones, experiencias, resultados de investigación y de formación en APS, para la región, desde la Facultad.
-



Conclusiones

La defensa de lo público como eje del quehacer de la Facultad

La Facultad debe recuperar los conocimientos derivados de sus experiencias (formación, investigación, extensión) en APS y en sistemas de salud, actualizarlos y tener un trabajo de proyección más fuerte en la región y el país.

Las vulnerabilidades administrativas deben ser tratadas con prontitud y en el nivel central, para ganar en flexibilidad y en agilidad.

La Facultad debe salir de su enclaustramiento, de la mano de alianzas entre sus grupos y con otros de la Universidad y de la región.



Fuentes

Material consultado por autores de los documentos previos a los Foros y discutidos en la Mesa.

- Abad, G. H.: Teoría y práctica de la Salud Pública. Editorial. Universidad de Antioquia, Medellín. 1987. p.10.
- Alma-Ata. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978
- Catford, J. (2005). The Bangkok Charter: steering countries to build national capacity for health promotion. *Health Promotion International* 20 (1): 1-6.
- Catford, J.: Ottawa 1986: The fulcrum of global health development. *Promotion&Education. Supplement 2, 2007 p.6-7.*
- Echeverri O., de Salazar L.: *La salud y el desarrollo en un sistema rural de servicios de salud.* OPS (1980). Publicación científica N° 393; Pp. 63 - 79
- Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica Mex* 2011;53 supl 2:S144-S155.
- Guerrero R. El Concepto de la Protección Social Viceministerio Técnico. Ministerio de la Protección Social. 2010
- Jiménez Arango A: Medicina para la Comunidad: Integración en los programas de Educación Graduada. En: *Medicina y Desarrollo Social.* Pags. 97-99. Ediciones Tercer Mundo. Bogotá. 1964.
- Newell, "Selective Primary Health Care: The Counter Revolution", *Social Science and Medicine* 26:9 (1988): 903-906, p. 906.
- OMS: *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca.* 2008 p. IX.
- Pinto D, Muñoz AL. Colombia Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estrategia del BID 2011 – 2014. BID Nota Técnica IDB-TN-246. Junio 2010
- Ridde,V., Guichard,A., Houéto, D.: Social inequalities in health from Ottawa to Vancouver: action for fair equality of opportunity. *Promotion&Education. Supplement 2, 2007 p.12-15.*
- Rohd J., Cousens S., Chopra M., [Tangcharoensathien](#) V., Black R., Zulfiqarhutta A B., Lawn J. E.: 30 years after Alma-Ata: Has primary health care worked in countries? Original Text *Lancet, Volume 372, Issue 9642, Pages 950 - 961, 13 September 2008*
- Ruiz F, Matallana MA, Amaya JL, Vásquez ME, Parada LA, Piña MR. Recursos Humanos de la Salud en Colombia – 2008. Balance, competencias y prospectiva. Ministerio de la Protección Social, Universidad Javeriana, Cendex. Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas Bogotá Tercera Edición 2009
- Satrfeld, B: Primary Care: Concept, evaluation and policy. Oxford University press, 1992.
- Starfield, B: General Practice as an integral part of the health system. 16th Nordic Conference on General Practice Copenhagen, Denmark. May 13-16, 2009.
- Starfield, B: Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford U. Press, 1998.
- WHO: *Primary Health Care comes full circle. Interview with Dr. Aldfan Malher, WHO Director General in 1973- 1988. Bulletin World Health Organ.* 2008. October; 86(10):747-748.
- Wisner, B: GOBI versus PHC? Some dangers of selective primary health care. *Soc Sci Med.* 1988; 26(9):963-9.