

# 5<sup>to</sup> Foro

## ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, APS: Una nueva oportunidad

---

### Atención Primaria de la Salud: Una nueva oportunidad

Dr. Oscar Echeverri, MD, EMPSP, ScD

Hay en el mundo un interés renovado por la Atención Primaria de la Salud – APS que seguramente tendrá consecuencias importantes en la forma de organizar la prestación de verdaderos servicios de salud. Al mismo tiempo, la Facultad de Salud está en el proceso de diseño del Plan de Desarrollo 2011-030, el cual necesariamente deberá analizar las consecuencias en la formación del personal de salud de los cambios que la Ley 1438 de 2011 propone sobre la APS.

Este ensayo es un insumo para el análisis de posibles cambios curriculares en la Facultad de Salud que se incluirán en el Plan de Desarrollo 2011-2030. En él, se hace un repaso de la evolución de la APS, desde la Declaración de Alma-Ata hasta hoy; se revisan brevemente algunas de las principales experiencias innovadoras sobre APS en Colombia, se hace una propuesta de un modelo de Cuidado Esencial de la Salud –CES- y luego se proponen los cambios que las secretarías de Salud deben emprender para poder llevar a la práctica las propuestas sobre APS de la Ley 1438 de 2011 y la posibilidad de implementar un modelo de CES como el propuesto.

### Nacimiento, pasión y resurrección de la Atención Primaria de Salud

En 1978 la OMS convocó a sus países miembros -unos 180- para analizar y apoyar la “Declaración de Alma-Ata”. Esta declaración contiene planteamientos provocadores, que para algunos son subversivos: Por ejemplo: “La salud es un derecho humano fundamental... requiere la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector de la salud... El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención a su salud.”

En su artículo III dice 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”. En el artículo VI define la atención primaria de salud (APS) como “*el cuidado esencial de la salud* basado en métodos y tecnologías prácticas científicamente apropiadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y familias de la comunidad, a través de su participación y a un costo sufragable”. Además propuso que la APS “es el primer nivel de contacto (lo más cercano posible) con el Sistema de Salud y su primer elemento del cuidado continuo de la salud” y que “es la función central y foco del Sistema Nacional de Salud y del desarrollo socioeconómico de la comunidad”<sup>1</sup>.

La APS propuso un cambio radical del enfoque en la prestación de servicios de salud, particularmente en el componente médico: En primer lugar propuso cambiar el enfoque de factores de riesgo individual a determinantes fuera del sector salud; en segundo lugar, cambio del predominio de servicios curativos a promoción de la salud y prevención de la

---

<sup>1</sup> Alma-Ata. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978

enfermedad; de servicios hospitalarios a servicios en la Comunidad; de servicios centralizados a servicios descentralizados; y finalmente, de responsabilidad única del gobierno por salud de la población, a responsabilidad compartida con las personas por su salud.

La Declaración de Alma-Ata, con base en las principales causas de los problemas de salud más prevalentes en el mundo (aún vigentes), también propuso un programa de servicios esenciales, dando prioridad a las siguientes intervenciones:

1. Educación sobre problemas de salud prevalentes y métodos para prevenirlos y controlarlos;
2. "Promoción del suministro de alimentos y nutrición adecuada;
3. Suministro de agua segura y saneamiento básico;
4. Cuidado de salud materno-infantil incluyendo planificación familiar e inmunizaciones;
5. Prevención y control de enfermedades endémicas locales;
6. Tratamiento apropiado de enfermedades comunes y trauma; y
7. Suministro de medicamentos esenciales"<sup>2</sup>.

La APS fue considerada como un desafío al "orden establecido", generando desconfianza en los recintos del poder económico mundial y también en algunos organismos regionales y locales. Esta desconfianza fue reforzada por las políticas neoliberales de comienzos de la década del 80, llamada la "década perdida". Apenas nacida, la APS enfrentó duros obstáculos, voluntarios o involuntarios, en el ámbito internacional. Por ejemplo, el mismo Director de la OMS, Aldfarn Malher tuvo en el interior de su organización grupos que se resistían a promover y apoyar la APS como se implantó en 1978, llegando a decirse que la Declaración de Alma-Ata era "una basura que no merecía leerse"<sup>3</sup>. Uno de sus más cercanos colaboradores (K. Newell) dijo: "La APS es una amenaza y puede ser considerada como una contrarrevolución... puede ser destructiva... Tiene que ser rechazada"<sup>4</sup>.

También, en 1982, la UNICEF lanzó la APS Selectiva, con el apoyo de otras organizaciones internacionales, la cual consistió en un programa que recortaba el alcance de la APS a sólo cuatro intervenciones en la población materno- infantil: crecimiento y desarrollo, hidratación oral, lactancia materna, e inmunizaciones (GOBI por las siglas en inglés). Este enfoque socavó la confianza de la población en el personal de salud al restringir las intervenciones esenciales identificadas en Alma-Ata<sup>5</sup>. Luego, sólo 8 años después de la Declaración de Alma-Ata, la misma OMS realizó una reunión en Ottawa donde proclamó la famosa "Carta de Ottawa" sobre promoción de la salud. Esta propuesta contiene muchos elementos en común con la APS, pero no hubo esfuerzos para armonizar y complementar las dos iniciativas.

El penoso nacimiento y desarrollo inicial de la APS condujo a crear un ambiente de mal entendimiento y a generar concepciones despectivas, al punto de llamarla una forma primitiva, elemental, improvisada, y superflua de dar servicios de salud a los pobres, ignorando los adelantos de la tecnología médica y recurriendo al uso de personal no profesional en vez de personal profesional. Esta visión totalmente distorsionada también fue apoyada parcialmente por la profesión médica sin prever que en el futuro sería la salvación de la práctica de la medicina general orientada a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. No obstante, muchos países desarrollaron experiencias muy exitosas de APS que garantizaron su supervivencia, y otras tantas organizaciones internacionales tuvieron que aceptar que el enfoque de APS refrendado en Alma-Ata es una alternativa solución ética

<sup>2</sup> *Ibid: page 2 section VII*

<sup>3</sup> WHO: Primary Health Care comes full circle. Interview with Dr. Aldfarn Malher, WHO Director General in 1973- 1988. Bulletin World Health Organ. 2008. October; 86(10):747-748.

<sup>4</sup> Newell, "Selective Primary Health Care: The Counter Revolution", *Social Science and Medicine* 26:9 (1988): 903-906, p. 906.

<sup>5</sup> Wisner, B: GOBI versus PHC? Some dangers of selective primary health care. *Soc Sci Med.* 1988; 26(9):963-9.

y económicamente viable para promover servicios de salud, especialmente de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en amplios grupos de población, reducir problemas de acceso a servicios médicos y contribuir al bienestar general.

Sin embargo, siguen existiendo malentendidos. La APS:

- o NO es sólo Medicina. La medicina es parte de la APS.
- o NO es una forma de dar atención médica.
- o El principal servicio NO es la consulta médica.
- o NO es responsabilidad individual del médico. Él es parte de la APS.
- o NO es sólo la puerta de entrada a servicios médicos.
- o NO es el primer nivel del sistema de servicios médicos (primario, secundario terciario).
- o NO es tecnología barata para pobres.
- o No es un programa de atención básica médica ni un conjunto de intervenciones médicas.

La confusión principal difundida en la literatura científica consiste en identificar la APS con el concepto de Atención Primaria – AP- desarrollado en Norteamérica y Europa (primer nivel de atención médica). Bárbara Starfield, una de las principales investigadoras sobre AP en países desarrollados, le asigna las siguientes características:

“ (La AP) Es el suministro coordinado y continuo de servicios de cuidado primario de alta calidad mediante el uso eficiente de recursos humanos para proveer cuidado de alta calidad que contribuya a distribuir equitativamente la salud en la población. Son intervenciones médicas orientadas a la persona, la familia y la comunidad desde el primer nivel del sistema de servicios médicos. Generalmente es la puerta de entrada al sistema de servicios médicos para la atención continua de las personas. Usualmente es suministrada por médicos y otros profesionales de la salud formados en medicina general, familiar y/o comunitaria que trabajan desde los servicios ambulatorios de primer nivel. Starfield dice que la APS es la AP aplicada en poblaciones, en vez de individuos<sup>6,7</sup>. En su copiosa investigación, Starfield ha demostrado que la AP permite un enfoque centrado en la persona con mayor accesibilidad al cuidado médico de calidad, un manejo temprano de los problemas de salud (evitando hospitalizaciones) y un enfoque personalizado de la prevención<sup>8</sup>.

La confusión de los conceptos es tan diseminada que la misma Directora General de la OMS en su Informe sobre la Salud en el Mundo (2008) dice al referirse a la APS: “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”<sup>9</sup>.

Cinco elementos esenciales distinguen APS de AP:

La APS es:

- o Un enfoque sistémico (con equidad, solidaridad y justicia social) que redefine los sistemas de salud y la participación intersectorial para proteger, mejorar y mantener la salud de la población.
- o Una forma de organización de la comunidad y de asignación de recursos para contribuir a proteger y promover la salud (más que tratar enfermos).
- o El mecanismo para hacer abogacía ante otros sectores que pueden intervenir más efectivamente que el sector salud sobre algunos factores determinantes sociales de la salud.
- o Prevenir la enfermedad, cuidar, recuperar y rehabilitar los enfermos
- o Un compromiso de Gobierno, intersectorial y de comunidad para lograr metas en salud acordadas localmente y a nivel internacional, como las metas del Milenio.

<sup>6</sup> Starfield, B: Primary Care: Concept, evaluation and policy. Oxford University press, 1992.

<sup>7</sup> Starfield, B: Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford U. Press, 1998.

<sup>8</sup> Starfield, B: General Practice as an integral part of the health system. 16th Nordic Conference on General Practice Copenhagen, Denmark. May 13-16, 2009.

<sup>9</sup> OMS: Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. 2008 p.IX.

Esta caracterización de la APS determina que el sujeto principal de intervención es la población (sus comunidades) a la cual debe hacerse un diagnóstico completo del nivel de salud y sus determinantes, para formular y ejecutar un plan de mejoramiento de dicho nivel de salud. Para lograrlo, es necesaria la participación de otros sectores, además del sector salud, e identificar a nivel familiar y personal formas de intervención que sean seguras, efectivas y viables en términos de costos, tecnología y aceptación por los beneficiarios. Por ejemplo, habrá intervenciones colectivas, como el suministro de agua potable y la construcción de ciclo-rutas; familiares, como la provisión de vivienda digna y la consejería sobre el buen trato; y personales, como las inmunizaciones, educación sobre hábitos saludables y autocuidado.

Queda sin embargo, un problema central por resolver: la falta de “pedigrí” de la APS. Entre varios factores determinantes de su frágil condición, es inevitable mencionar por lo menos cuatro:

El primero surge con la idea difundida intencionalmente por algunos interesados en desprestigiar la APS, de que ésta sería la justificación para ofrecer a los pobres servicios baratos, de baja calidad y por personal no profesional. En el fondo, esta idea es un ataque burdo a la delegación de funciones profesionales a personal no profesional. No se justifica mantener a profesionales haciendo rutinariamente funciones que son seguras, efectivas y estandarizables. En otras palabras, funciones que son ante todo seguras, que no requieren del discernimiento abstracto ni complejo de un profesional para reducir riesgos y equivocaciones, y que se pueden estandarizar, es decir, se pueden ejecutar por personal no profesional, siguiendo algoritmos simples con un mínimo riesgo de error. La delegación de funciones es un asunto de gran importancia para aumentar la equidad, la eficiencia y la efectividad de los servicios médicos. Este asunto amerita un análisis profundo si es que se quiere dar a la APS una nueva oportunidad.

El segundo nace con su bautizo: La inapropiada traducción al español de *Primary Health Care* como *Atención Primaria de Salud* en vez de *Cuidado Esencial de la Salud*.

El cuidado de la salud significa que se ofrece cuidar deliberadamente de ella en vez de esperar pasivamente que alguien demande ser atendido. En Colombia y otros países de habla hispana, el significado predominante del vocablo *primario(a)* es el de elemental, primitivo, en vez de principal, primordial, esencial. En todo caso, se trata de cuidar, más que de atender, a toda la gente con intervenciones esenciales (no primarias) para la salud. Poner rótulos a las cosas, a las personas, o a los servicios tiene profundas consecuencias positivas o negativas. Por ejemplo, es muy probable que si el actual presidente se llamara Gumersindo Dulumockus, la votación habría sido menor de la que obtuvo; y si su opositor se hubiera llamado Valentino Mantovani lo habría puesto en aprietos. Los siquiátras conocen muy bien las consecuencias de la rotulación en las personas y seguramente en los servicios médicos.

Un tercer factor negativo surge de la propuesta de uso de tecnología apropiada. No cabe en esta ocasión elaborar sobre lo que es y no es tecnología apropiada. Baste decir que en APS se propone usar tecnologías que son efectivas y de costo sufragable por la comunidad. De nuevo, algunos equiparan sesgadamente tecnología apropiada con tecnología primitiva o inútil, porque hay tecnologías usadas por profesionales, que son más sofisticadas y costosas, pero que no necesariamente son más útiles. Aún más, ciertas tecnologías que son seguras, efectivas y estandarizables siguen siendo de uso exclusivo del profesional, sólo porque delegarlas significa disminuir opciones de mayores ingresos profesionales.

El cuarto, es un aspecto que no se ha analizado suficientemente: el impacto que el lanzamiento de la Carta de Ottawa tuvo sobre la APS, sólo ocho años después de inaugurar la APS con la Declaración de Alma-Ata. En medio de cambios traumáticos en el Estado de Bienestar a causa de las reformas neoliberales en la economía capitalista, la OMS convocó

en 1986 a sus países miembros para aprobar la Carta de Ottawa que estableció el movimiento sobre la promoción de la salud. Dicha Carta propuso 5 puntos centrales para promover la salud:

1. Elaborar una política Pública Saludable que vaya más allá del sector salud.
2. Crear ambientes favorables, generando condiciones de vida y trabajo que sean seguras, estimulantes, agradables y placenteras.
3. Fortalecer la acción comunitaria.
4. Desarrollar capacidades personales para la vida.
5. 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.

Con excepción del punto 4, la APS contemplaba de manera directa o indirecta los otros cuatro puntos centrales enunciados en la Carta de Ottawa. Sin embargo, en los 20 años siguientes, el seguimiento para promover la Carta de Ottawa en el mundo concentró la atención de la OMS y otras agencias internacionales y nacionales, desplazando el interés por desarrollar y consolidar la APS. Cinco reuniones internacionales de seguimiento coparon la atención de los gobiernos y agencias internacionales entre 1986 y 2005. La primera, (después de Ottawa) realizada en Adelaida (Australia) elaboró en detalle el establecimiento de políticas públicas saludables; la segunda (Sundsvaal, Suecia) se ocupó de las estrategias para la creación de entornos saludables; la tercera (Yakarta, Indonesia), pidió a los países miembros revisar la Carta de Ottawa y sus implicaciones ante los desafíos mundiales; la cuarta (México DF, México) analizó las desigualdades en salud entre países y al interior de cada país; y la quinta (Bangkok, Tailandia) analizó la globalización favorable a la salud, la sostenibilidad y los asociados a la iniciativa de Ottawa<sup>10, 11, 12</sup>.

Estas reuniones internacionales han logrado mantener vivo el interés por la promoción de la salud, aunque, debido a la complejidad de las intervenciones prácticas, su impacto aún es limitado. Esto ha permitido críticas más emocionales que objetivas como la de aceptar que los expertos en promoción de la salud son especialistas en retórica pero no en práctica. No se trata de defender una u otra iniciativa, ni de imponer cual es subsidiaria de la otra. Se trata de concertar los contenidos de ambas propuestas en un solo esfuerzo, con sinergias y resultados positivos.

Por tanto, es necesario hacer un esfuerzo serio, bien concebido y continuo para darle la credibilidad que la APS merece. Este esfuerzo requiere:

- o Un liderazgo claramente establecido en el sector salud, empezando por las escuelas de salud pública y los programas académicos en ciencias de la salud. El sector académico, además de investigar sobre intervenciones en APS que sean seguras, efectivas y estandarizables, debe diseminar ejemplos concretos de APS que hayan logrado mejorar las condiciones de salud de poblaciones urbanas y rurales.
- o Que el gobierno cumpla con la entrega de soluciones efectivas a los problemas de salud de la comunidad que sean sufragables.
- o Que los prestadores de APS logren la confianza suficiente en las comunidades para adquirir legitimidad, pues ésta legitimidad es condición para adquirir autoridad y ésta a su vez conduce a adquirir poder.

<sup>10</sup> Catford, J.: Ottawa 1986: The fulcrum of global health development. *Promotion&Education. Supplement 2, 2007 p.6-7.*

<sup>11</sup> 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.*

<sup>12</sup> Catford, J. (2005). The Bangkok Charter: steering countries to build national capacity for health promotion. *Health Promotion International* 20 (1): 1-6.



## Innovaciones en APS en Colombia

En las décadas de los 60s y 70s se desarrollaron en Colombia y otros países propuestas innovadoras que respondían al desafío que propuso la APS en 1978. Un ejemplo de estas propuestas se presenta en un brevísimo resumen a continuación.

A fines de los años 50, Héctor Abad desarrolla una primera experiencia de delegación de funciones en Promotoras Rurales de salud en Santo Domingo (Antioquia)<sup>13</sup> A comienzos de los 60s, la facultad de medicina de la Universidad del Valle estableció por primera vez en el país un programa de adiestramiento para graduados en medicina de la comunidad con sede en el Centro de Salud Universitario de Candelaria (Valle)<sup>14</sup>. La experiencia de Candelaria fue objeto de elogios en el ámbito nacional e internacional, pues demostró que fuera del hospital universitario se podía capacitar con alta calidad y excelencia a residentes de diversas especialidades, y sobretodo, a los graduados que escogieran la especialidad de Medicina Preventiva y Salud pública.

En 1970 el Ministerio de Salud estableció “Niveles de atención médica para un sistema de regionalización en Colombia” que definían claramente las asignaciones de personal y tecnologías de acuerdo con el territorio (urbano-rural). Fue un paso importante en la organización, distribución y sistematización de recursos para la atención médica en el país.

En la década de los 70s, 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 el desarrollo 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 sirviera de base para la entrega de servicios de salud a las familias rurales que se agrupaban en “Uniones familiares de salud”. 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:

- a) Un sistema de información (Caja Maestra y Bandera de la Salud) que permitía la planificación, seguimiento y evaluación de intervenciones similares a las recomendadas posteriormente en Alma-Ata, ejecutadas por personal no profesional.
- b) Provisión de agua segura (clorador de aljibes) y disposición adecuada de excretas (tasa sanitaria)
- c) Monitoreo del estado nutricional en niños menores de 6 años (cinta de tres colores)
- d) Ayudas de laboratorio para diagnóstico de patologías seleccionadas (tiras reactivas)
- e) *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 (micro-puesto de salud).

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 hizo basada en el supuesto ampliamente analizado de que toda intervención profesional que sea SEGURA, EFECTIVA Y ESTANDARIZABLE podía ser

<sup>13</sup> Abad, G. H.: Teoría y práctica de la Salud Pública. Editorial. Universidad de Antioquia, Medellín. 1987. p.10.

<sup>14</sup> 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.

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. El cuadro siguiente muestra algunos indicadores del impacto logrado en las comunidades.

## Evaluación del Modelo CIMDER de Cuidado Primario de la Salud<sup>15</sup>

<u>Cambios en mortalidad general (/1.000 HBTS.)</u>	<u>1974</u>	<u>1978</u>
	8.8/1.000	6.8/1.000
<u>Cambios estado nutricional en niños &lt; 6años</u>	<u>1977</u>	<u>1978</u>
o Bien nutridos:	47.6%	65.1%
o Desnutrición leve:	31.1%	27.7%
o Desnutrición moderada y severa	18.8%	7.2%
<u>Niños desparasitados periódicamente (cada 6-8 meses)</u>		40%
<u>Incremento en niños inmunizados (&lt;6años)*</u>	<u>1977</u>	<u>1978</u>
o DPT	6.5%	19.0%
o Sarampión	9.0%	28.0%
o Polio	7.0%	19.0%
o BCG	19.0%	46.0%

\* El promedio nacional de vacunación con DPT era de 19% en 1978.

### Episodios de enfermedad tratados por PRS (1977 - 1978)

- o 62% del total registrado (1.582).
- o 89.4% tratados adecuadamente.
- o 10.5% referidos y tratados en hospital local.

### Morbilidad en embarazadas

- o 78% tratadas adecuadamente.
- o 22% referidas, de las cuales 1/3 hospitalizadas y 2/3 Tx. Ambulatorio.

### Mortalidad por embarazo, parto y puerperio (1977 – 1978)

- o En 181 partos no hubo defunciones maternas durante el embarazo, parto y puerperio.

<u>Planificación Familiar</u>	<u>1977</u>	<u>1978</u>
	5%	23%

Estas experiencias brevemente reseñadas deberían retomarse ahora que se presenta una nueva oportunidad para la APS con la ley 1438 de 2011, la cual establece que se adopte "la Estrategia de APS constituida por tres componentes integrados e interdependientes:

- o Acción intersectorial /transectorial para la salud,
- o Participación social comunitaria y ciudadana, y
- o Servicios de salud.

<sup>15</sup> 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

La integración e interdependencia de estos tres componentes plantea profundas repercusiones en la reorganización del sector llamado “de salud” y de los llamados “servicios de salud”, las cuales no están claramente establecidas en la Ley. A pesar de algunos interrogantes sobre la forma como la ley 1438 propone implementar la APS, se presenta enseguida un Modelo de Cuidado Esencial de la Salud como una alternativa para el desarrollo de la APS propuesto en la Ley 1438.

## Un Modelo de Cuidado Esencial de la Salud para Colombia

El modelo que aquí representa comienza por proponer el cambio de nombre de APS a Cuidado Esencial de la Salud –CES-. Su enfoque sistémico está basado parcialmente en las experiencias desarrolladas en CIMDER (brevemente descritas arriba). Sólo se hará una descripción esquemática, pues su elaboración completa será motivo de un documento separado.

### Sistema de Cuidado Esencial de la Salud



Oscar Echeverri

El modelo está sustentado en dos pilares fundamentales, sin los cuales no es posible su desarrollo:

**1. Movilización y Organización de la comunidad:** La experiencia ha demostrado que la participación de la comunidad es flor de un día si no se ha hecho un esfuerzo previo bien concebido de movilización y organización. No sólo se procura garantizar así una participación permanente y vigorosa, sino que se sientan las bases para desarrollar y fortalecer el **capital social** de las comunidades.

**2. Acción Intersectorial:** La intervención sobre los **determinantes sociales** y los factores de riesgo que condicionan el estado de salud de las comunidades sólo puede hacerse efectivamente cuando se establece un mecanismo de acción intersectorial bajo el liderazgo del sector salud. Dicho liderazgo no significa que la responsabilidad sea única y exclusiva del sector salud. Pero, para asegurar la participación intersectorial en las intervenciones sobre los determinantes sociales, es vital que el sector salud desarrolle habilidades, destrezas y competencias sólidas en la formulación, análisis y desarrollo de **políticas públicas** y en las



prácticas de **abogacía** frente a otros sectores como los de agua y saneamiento, vivienda, educación, agricultura, recreación, obras públicas, etc.

## Cuidado Esencial de la Salud

Tiene tres tipos de usuarios: El “usuario comunitario”, la familia y el usuario individual.



1. **“El usuario comunitario”**. Requiere de un diagnóstico previo (como en la medicina individual) del estado de salud de la población mediante el estudio demográfico, epidemiológico, socioeconómico y de políticas públicas que inciden sobre los **determinantes sociales** de su salud.

Este diagnóstico permite formular un **Plan de Cuidado Comunitario**, el cual incluye acciones intersectoriales que inciden directamente en los diferentes determinantes sociales que están actuando negativamente en la población.

Por ejemplo, puede incluir suministro y mejoramiento de agua potable; construcción de vivienda digna, de interés social; construcción de escuelas, verdaderos centros de salud y ciclovías; programas de producción agrícola, artesanal e industrial, etc. Como se puede notar, el sujeto no es individual, es la comunidad.



2. **La Familia**. El diagnóstico de la situación de salud de la familia va más allá del

diagnóstico individual en sus miembros. El estudio de los factores de riesgo tanto de los individuos como del conjunto de sus miembros, permite formular intervenciones individuales y colectivas para eliminarlos o reducirlos. Estas intervenciones se agrupan en un **Plan de Cuidado de la Familia** que se caracteriza por ser proactivo, es decir no espera a que la familia lo pida (a que sea atendida), sino que se ofrece y previa aceptación, se ejecuta conjuntamente con sus miembros.

Por ejemplo, el autocuidado es una forma de cuidado que debe fomentarse intensivamente en la familia. Las prácticas de higiene personal, buena alimentación, ejercicio, control de ingesta en exceso de sal y carbohidratos, etc., son parte de este cuidado esencial de la salud de la familia; las prácticas de respeto mutuo son fundamentales para evitar el maltrato y la violencia doméstica; las inmunizaciones en niños y adultos; la toma de exámenes para tamizaje de enfermedades, como la citología vaginal, la toma de presión arterial, o glicemia, etc.

En el caso de que un miembro de la familia presente una enfermedad, éste miembro recibirá en su casa, de ser posible, los cuidados necesarios, incluyendo suministro de medicamentos, adherencia al tratamiento y otras intervenciones clínicas. Este es sólo un ejemplo parcial de lo que debe contener el Plan de Cuidado Familiar.

3. **El usuario individual**. Cualquier miembro de la comunidad o de una familia puede recurrir directamente a pedir servicios médicos por causa de un problema de salud. Sin embargo, en el modelo, esta persona debe ser referida por un agente de salud responsable por el cuidado de su familia. Este agente de salud le abre la puerta para que ingrese al **Plan de Cuidado médico** y reciba el cuidado que requiera. El médico que lo recibe decidirá si requiere cuidado médico ambulatorio, o cuidado básico hospitalario, o si lo devuelve a su familia con un “seguimiento extramural”. En casos complejos, cuando el médico que lo recibe no puede solucionar el problema, éste lo referirá a especialistas o instituciones de cuidado especializado de tipo ambulatorio u hospitalario. En cada caso, el médico tratante será responsable por devolver al paciente a su médico tratante inicial para su seguimiento con visitas de control en los servicios médicos ambulatorios o en la comunidad, con ayuda de agentes de salud comunitarios.

## El Equipo de Salud del CES

Los planes de Cuidado Comunitario, Cuidado de la Familia y Cuidado Médico requieren de un equipo de profesionales y auxiliares con una capacitación sólida en trabajo con la comunidad. La capacitación en análisis de políticas públicas, las competencias para hacer abogacía intersectorial, y una excelente preparación en salud pública, salud familiar y medicina preventiva, son requerimientos indispensables para hacer el diagnóstico del estado de salud de las comunidades y para formular e implementar los Planes de Cuidado Comunitario y de Cuidado de la Familia. Así mismo, los médicos que se incluyen en el modelo CES, además de tener excelentes conocimientos, habilidades y destrezas en medicina general, deberán recibir una capacitación suficiente y adecuada en los determinantes sociales, salud familiar y medicina preventiva. Adicionalmente, deben tener competencias sobresalientes para el trabajo en equipo con profesionales y auxiliares de diferentes disciplinas. Una mayor elaboración sobre el equipo de salud para el modelo CES se hará separadamente.

Finalmente, el modelo CES es una alternativa costo-efectiva para mejorar la salud y la equidad en la población, al suministrar el cuidado esencial de la salud con intervenciones en los determinantes sociales del estado de salud de las comunidades y la provisión de servicios médicos esenciales para recuperar la salud de las personas que lo requieren.

## Reforma de la Organización de las Secretarías Municipales de Salud

Las secretarías municipales de salud requieren de cambios sustanciales en su organización para poder dar respuesta a la implementación de la APS como lo establece la ley 1438. Dichos cambios deben estar orientados a:

- a. Formular y promover políticas que modifiquen positivamente los determinantes sociales, económicos y culturales que mejoren las condiciones de vida, corrijan la inequidad en el acceso de la población los servicios de salud, y mejoren las conductas y estilos de vida que contribuyen a una mejor salud y bienestar.
- b. Desarrollar la organización y la participación de las comunidades en la conservación y protección de la salud y el mejoramiento del acceso a los servicios de salud.
- c. Mejorar el apoyo logístico a todos los programas y proyectos contemplados en los planes de desarrollo del municipio.
- d. Garantizar el óptimo desempeño de las funciones esenciales de la Salud Pública
- e. Asegurar la rendición pública de cuentas sobre el desempeño del sector salud.

## La propuesta

*Reformar* la estructura administrativa de las Secretarías municipales de Salud es un imperativo para lograr un cambio fundamental en la conducción del sector salud. La organización administrativa actual es poco eficiente para enfrentar la enorme tarea de cambiar el paradigma de la salud, de una concepción típicamente medicalizada y asistencialista, a la visión de una salud pública renovada y un replanteamiento de la APS, como lo propone la Ley 1438 y el modelo CES. Tanto la ley como el modelo proponen cambios en las relaciones de poder y en la cultura para lograr que los determinantes sociales y económicos actúen positivamente para mejorar la salud de la población. La reforma utilizaría los recursos físicos y humanos que existen en las dependencias actuales, algunas de las cuales se fusionarán a una de las nuevas unidades propuestas. Enseguida se esbozan los lineamientos básicos de cada componente de la estructura administrativa propuesta.

### Unidad Administrativa

Es la Unidad para la toma de decisiones de la Administración Municipal en Salud. Su Director es el Secretario de Salud cuyas funciones están definidas por la organización que le de el señor Alcalde a la Administración Municipal, según su Programa de Gobierno, el cual debe

considerar la normatividad existente sobre sus atribuciones. El Secretario de Salud es el responsable por promover una visión multisectorial de la salud, como resultado de las condiciones en que vive la población, incluyendo su nutrición, vivienda, educación, trabajo/empleo, recreación, transporte, ambientes saludables, acceso a servicios públicos y al espacio público.

- **Despacho del Secretario de Salud**

Es la oficina de trabajo del Secretario de Salud. Debe estar dotada de equipos de oficina para su trabajo y atención individual de visitantes, de terminales del sistema local de información en salud, radiocomunicaciones, audiovisuales, mapas de la ciudad y otras ayudas cartográficas, sala de reuniones y otros accesorios. El Despacho del Secretario es la **Sala de Situación** para la toma de decisiones.

- **Consejo Técnico**

Conformado por los directores de las seis Unidades de la Administración Municipal de Salud. Este Consejo informa semanalmente al señor Secretario sobre la marcha de los planes y programas locales en salud, presenta iniciativas en políticas, planes y programas para su consideración y aprobación; le da asesoría sobre asuntos relacionados con el área de experticia de cada Unidad, asiste en la administración general del sector salud y le rinde cuentas sobre el desempeño de cada Unidad.

- **Asesorías**

El señor Secretario de Salud dispondrá de un grupo de asesores permanentes y temporales para asuntos específicos. Dada la complejidad de la normatividad en materia de salud y de administración pública, los asesores permanentes serán en materia legal y financiera mientras que los asesores en asuntos técnicos serán temporales.

- **Finanzas**

Esta sección es la encargada de la administración de las fuentes de recursos nacionales, departamentales y municipales destinados a la salud municipal. Informa permanentemente al señor Secretario sobre el estado de las finanzas de la Administración Municipal de Salud.

- **Contabilidad**

Corresponde a esta sección el manejo contable de las transacciones que hace la Administración Municipal de Salud. Informa permanentemente al señor Secretario sobre el estado contable de la Administración Municipal de Salud, incluyendo los balances de ingresos y egresos y la preparación y ejecución presupuestal de cada año.

- **Personal**

Esta sección recluta, selecciona, y capacita permanentemente al personal que trabaja en las distintas Unidades de la Administración Municipal de Salud. Además está encargada de los pagos de nómina y prestaciones sociales así como de promover condiciones para el bienestar de los empleados en sus lugares de trabajo.

- **Inventarios**

La sección de inventarios mantiene actualizados las listas, catálogos y compilaciones de bienes muebles e inmuebles, equipos y otros bienes de propiedad de la Secretaría Municipal de Salud.

### **Unidad de Políticas Públicas**

Esta Unidad tendrá un equipo profesional del más alto nivel capaz de analizar los alcances y consecuencias de TODAS las políticas públicas en la salud de la población. Por ejemplo, deberán analizar las consecuencias de las políticas de nutrición, vivienda de interés social, educación, espacio público, recreación, deporte, empleo, servicios públicos, transporte

público, mejoramiento y conservación ambiental, y otras, en la salud de los habitantes. Su función central será la de analizar, hacer el seguimiento y evaluación de las políticas públicas que inciden sobre la salud y sus determinantes sociales y redactar propuestas de políticas en salud que modifiquen positivamente los determinantes socioeconómicos y los estilos de vida que afectan la salud de la población en el marco de la justicia social. Mantendrá informado al nivel decisorio sobre propuestas, implementación, ejecución y evaluación de dichas políticas públicas. El equipo profesional de la Unidad de Políticas tendrá las habilidades y destrezas necesarias para ejercer efectivamente **el análisis de políticas públicas** y **la abogacía** por aquellas orientadas al mejoramiento de la salud de la población. Tendrá en cuenta intervenciones individuales y colectivas que reduzcan efectivamente las desigualdades en salud y las inequidades en los servicios de salud.

La Unidad tendrá además la capacidad para hacer la *Valoración de Impacto en Salud* (health impact assessment) de las políticas públicas, es decir podrá informar a los decisivos sobre los *impactos potenciales* que pueden tener las políticas públicas *propuestas* sobre la salud de la población. Será de particular ayuda a la Comisión Municipal Intersectorial en Salud. La Unidad de Políticas será asistida por la Unidad de Apoyo Logístico para hacer dicho seguimiento, mientras que la evaluación de resultados y de impacto será una función propia de la Unidad de Apoyo Logístico (ver abajo).

### **Unidad de Organización y Participación Comunitaria**

Esta Unidad es crucial para lograr una efectiva promoción de la salud y el crecimiento del capital social necesario para disminuir la desigualdad e inequidad en salud. No es posible realizar intervenciones efectivas para reducir disparidades e inequidades en salud si no existe una comunidad organizada con capacidad de movilizarse para reclamar, participar en la toma de decisiones y facilitar las intervenciones tanto a nivel colectivo (implementación de políticas) como individual (cambios de comportamiento). Las intervenciones para cambiar positivamente los hábitos y estilos de vida (ejercicio, nutrición apropiada, control del hábito de fumar y del abuso del alcohol, etc.) serán más efectivas si existen grupos comunitarios que faciliten su conocimiento y prácticas.

Por otra parte, esta Unidad será responsable por la coordinación con otros sectores (público/privado) que tienen servicios sociales comunitarios, tales como orfanatos, hogares de paso, ancianatos, centros de ayuda a drogadictos, desplazados, personas que viven en la calle, etc. Esta coordinación debe ser efectiva en la disminución de inequidades económicas, sociales y culturales y en la provisión de servicios de salud en estas poblaciones.

La Unidad deberá desarrollar una alianza sólida con las instituciones educativas (escuelas, colegios, universidades) para desarrollar planes y programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en sus respectivas poblaciones estudiantiles. Igualmente hará con las empresas y otras organizaciones que congreguen grupos de población con los cuales se pueden desarrollar actividades comunitarias para promover la salud individual y colectiva. Es en éstas poblaciones donde, además de promover hábitos y estilos de vida saludables, la educación sexual debe tener alta prioridad.

Una de las tecnologías para lograr los objetivos de la Unidad de Organización y Participación Comunitaria es el uso del Mercadeo Social (social marketing) basado en teorías psicológicas grupales más que individuales. Los esfuerzos por inculcar hábitos saludables, y cambiar hábitos dañinos como hábito de fumar, abuso del alcohol, dietas inadecuadas y sedentarismo, no solo requieren esfuerzos individuales sino grupales y legales para lograr mayor efectividad.

Además de la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, esta Unidad promoverá valores cívicos como el respeto, la confianza, la solidaridad y el sentido de pertenencia para

mejorar la convivencia entre la población y así disminuir riesgos de conflicto inter-personal, comunitario y social que condicionan la morbilidad y mortalidad por violencia interpersonal, mal comportamiento ciudadano y estrés, así como la calidad de vida en la ciudad.

### **Unidad de Servicios de Salud –USS-**

Esta Unidad tendrá a su cargo la planeación, contratación, supervisión y evaluación de servicios médicos y de servicios ambientales de salud. Sus cuatro funciones básicas son:

#### **a. Inspección, Vigilancia y Control**

Estas tres funciones son responsabilidad de la Superintendencia de Salud, la cual delega en las entidades territoriales de salud su aplicación al nivel local. Son parte de la acción controladora y de supervisión del Estado para prevenir y corregir desviaciones en la prestación de servicios.

#### **b. Aseguramiento**

La Unidad de Servicios de Salud tendrá a su cargo el aseguramiento de la población, sobre la cual mantendrá información actualizada en relación con:

- Total de la población asegurada y sus características demográficas y su clasificación según el SISBEN y las NBI.
- Total de afiliados al régimen contributivo y al subsidiado. Cuántos en seguros parciales y cuántos permanecen no asegurados.
- Presupuesto ejecutado por la ciudad para el subsidio a la oferta y específicamente para atención a población no asegurada (vinculada).
- Número y características de ARS que operan en la ciudad y su número de afiliados.
- Información sobre gasto de bolsillo en salud, diferenciado para población en contributivo, subsidiado y no asegurada.
- Otra información pertinente al aseguramiento

#### **c. Servicios Médicos**

La Unidad de Servicios de Salud tendrá a su cargo la planeación, contratación, supervisión y evaluación de los servicios de Medicina Preventiva y de Medicina Curativa para la población de Cali. Supervisará y evaluará los servicios contratados con EPS y los servicios suministrados por las IPS, incluyendo las ESES, a través de la función de inspección, vigilancia y control (ver arriba). Esta sección de servicios médicos también desarrollará estrategias efectivas para que los procedimientos de referencia de pacientes se consoliden como parte de una red real de servicios médicos.

Las principales actividades y programas médicos incluyen:

- *Medicina Preventiva:*
  - ✓ IEC en Salud a nivel individual y colectivo incluyendo prácticas de hábitos saludables y estilos de vida (EPSs);
  - ✓ Programa permanente de vacunación y vigilancia de su cobertura;
  - ✓ Programas tradicionales de atención materno-infantil (embarazo, parto, puerperio, crecimiento y desarrollo, nutrición, tamizaje visual, planificación familiar),
  - ✓ Programas de atención del adolescente y del adulto,
  - ✓ Programas de tamizaje para detección temprana de enfermedad y control de riesgos específicos (hipertensión, diabetes, obesidad, sedentarismo, hábito de fumar, abuso del alcohol, nutrición inadecuada, prácticas riesgosas de sexo, Papanicolau, mamografía, VIH/SIDA, etc.)
  - ✓ Prevención y control de tuberculosis, lepra, y otras enfermedades de transmisión directa.

- ✓ Componentes clínicos de los Programas de control de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, malaria, leishmaniasis, oncocercosis, tripanosomiasis, fiebre amarilla, pian, etc.)
- ✓ Programas de higiene ergonómica y prevención de accidentes ocupacionales.
- ✓ Programas especiales para minusválidos, discapacitados y población adulta mayor.
- *Medicina Curativa:*
  - ✓ Consulta ambulatoria para atención médica, control y seguimiento de pacientes
  - ✓ Hospitalización para atención médica y quirúrgica
  - ✓ Atención de Urgencias
  - ✓ Servicios de rehabilitación
  - ✓ Medicina Forense

#### **d. Servicios Ambientales de Salud**

La Unidad de Servicios de Salud será responsable por la prestación de los siguientes servicios ambientales de salud:

- Control de la calidad del agua para consumo humano.
- Control de la calidad del aire.
- Control del ruido.
- Control de la contaminación visual.
- Control sobre disposición adecuada de desechos y excretas.
- Control higiénico de producción, expendio y transporte de alimentos para consumo humano.
- Control de riesgos sanitarios en establecimientos públicos.
- Control de vectores.
- Programas de Higiene Ocupacional.
- Control de zoonosis, control de mataderos, control de cisticercosis, leptospirosis, rabia.

#### **Unidad de Respuesta a Emergencias y Desastres - URED-**

Esta Unidad será responsable por la coordinación de todas las instituciones que pueden ofrecer servicios frente eventos masivos que generan emergencias y desastres. Su función más importante es la coordinación interinstitucional para lograr consolidar una Red de Respuesta a Emergencias y Desastres. Debe organizar un Consejo Local con miembros de las diferentes agencias participantes, nombrados por el Alcalde. Su rol principal es trazar políticas sobre atención de emergencias y desastres, fijar prioridades, y hacer abogacía ante el gobierno y el sector privado para apoyar su función y lograr la cooperación permanente en sus actividades. Sin esta cooperación, su papel será débil y poco confiable.

Entre las actividades esenciales de la URED cabe destacar el inventario de recursos en la comunidad, su tipo y localización, número y calificación del personal, costos de operación, etc. La URED tendrá los siguientes componentes:

- **Radiocomunicaciones**

La URED tendrá un centro de radiocomunicaciones con frecuencias definidas para recepción, despacho de transporte y personal calificado, e intercomunicación con otras instituciones ligadas a la atención de emergencias y desastres. Debe estar ligado al número 123 de la Policía Metropolitana y a los servicios de ambulancia de la ciudad.

- **Transporte**

El parque automotor de la URED estará configurado con vehículos de todas las instituciones que forman la Red de Respuesta a Emergencias y Desastres. Debe mantener un inventario de vehículos incluyendo su capacidad de transporte, equipos y



personal. Uno de los problemas que debe manejar eficientemente es el de “feudos territoriales” para la atención por parte de instituciones tanto públicas, como privadas y voluntarias.

- **Servicios pre-hospitalarios**

El principal elemento de los servicios pre-hospitalarios es el Despachador. Debe ser un buen interrogador, saber usar muy bien la radiocomunicación, ser un coordinador logístico, y gerente en prioridades de despacho. Los protocolos médicos de servicios pre-hospitalarios también son vitales para un servicio efectivo. Obviamente, la comunicación y el transporte son los elementos logísticos que definirán finalmente el servicio.

La formación y capacitación continua del personal de servicios pre-hospitalarios es fundamental para mantener una respuesta efectiva en términos de supervivencia y seguridad para los usuarios.

### **Unidad de Apoyo Logístico**

Esta Unidad es el “cerebro” de la administración municipal de salud. La calidad y el costo efectividad del modelo de salud para el municipio dependen fundamentalmente de que los insumos para su operación (información, materiales y equipos, medicamentos, laboratorios, personal, etc.) sean escogidos apropiadamente, estén oportunamente en el lugar y el tiempo apropiados, con la calidad y la cantidad adecuadas, al costo óptimo, para el desempeño de las funciones del sistema. A pesar de que el suministro oportuno de estos insumos depende de un sistema logístico, a este habitualmente se le considera en un segundo plano o simplemente no existe en la organización de los servicios de salud. Esto debe corregirse con esta Unidad.

Un problema recurrente de los servicios de salud del país es la falta de sistemas apropiados de información. Se gastan ingentes recursos en la compra de hardware y software pero no se logra establecer una cultura de la información que garantice la producción, colección, almacenamiento, análisis, distribución y uso de la información en el lugar y tiempo apropiados y con la calidad y cantidad requeridas. Por eso esta Unidad hará un esfuerzo muy importante para establecer un verdadero sistema de información con una cultura sobre su uso apropiado, que sirva las necesidades para operar el sistema de salud y para la toma de decisiones en el lugar, y tiempo adecuados. Además deberá montar un sistema de monitoreo y evaluación –SME- de las acciones en salud en la población del municipio que permita tomar correctivos en la marcha de planes, programas y proyectos, e informar las decisiones de continuar o desechar intervenciones de acuerdo con sus resultados e impacto en el estado de salud de la población. El diseño y puesta en marcha del SME debe tener prioridad sobre la iniciación de planes o programas de la administración municipal.

La Unidad de Apoyo Logístico será la encargada de poner en práctica el sistema de Inspección, Vigilancia y Control a nivel local establecido por la nueva ley 1122 de Enero de 2.007 de Reforma a la Ley 100. Además, debe proveer información oportuna, confiable y suficiente para una vigilancia epidemiológica eficiente y efectiva de los eventos en salud en el municipio. “Una buena vigilancia no necesariamente asegura buenas decisiones, pero si reduce el riesgo de tomar las equivocadas” (Alexander D. Langmuir).

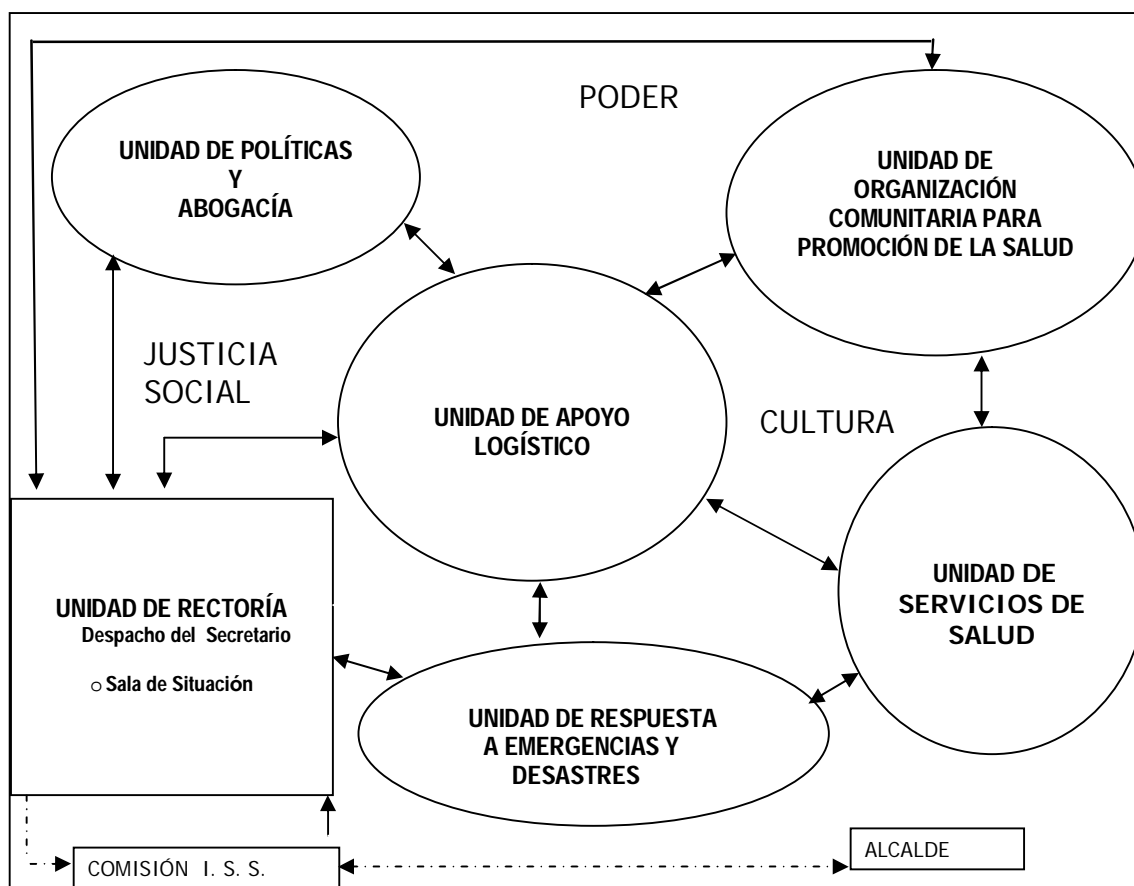
La Unidad también tendrá a su cargo los servicios de diagnóstico y monitoreo requeridos para la vigilancia epidemiológica y la salud ambiental. Solo tendrá laboratorios propios cuando el volumen de actividad lo justifique. De lo contrario contratará servicios de diagnóstico de Virología, Bacteriología, Parasitología, Bromatología, toxicología, Aire Ruido, partículas), Agua, y Zoonosis.

La Unidad de Apoyo Logístico será la responsable por la selección, adquisición, almacenamiento, inventarios, distribución, y monitoreo de calidad, de todos los insumos que necesita el modelo. Su principal objetivo es: obtener los insumos apropiados, en las cantidades y condiciones necesarias para entregarlos en el lugar y tiempo correctos al costo óptimo. Estas funciones están directamente ligadas al Sistema de Información para Manejo logístico de Insumos.

Siempre habrá la oportunidad de desarrollar investigaciones operacionales para dar respuestas prácticas a problemas de salud y a la operación de los servicios.

Estas Unidades podrán ser desarrolladas en detalle, a medida que se avance en la discusión de la reforma estructural de las Secretarías Municipales de Salud que requiere la ley 1438 de 2011.

**Organización de las Secretarías de Salud  
para el desarrollo de la salud**



## ANEXO

### 30 AÑOS DESPUÉS DE ALMA-ATA

Recientemente, la revista *Lancet* publicó una serie de artículos para celebrar los 30 años del lanzamiento de la APS. El balance es positivo a pesar de los obstáculos ya mencionados. El siguiente cuadro es un resumen presentado en una de dichas publicaciones de *Lancet*.<sup>16</sup>

Aunque las áreas son limitadas, (no muestran impacto en el estado de salud), se puede observar que lo que no funcionó fue debido a dificultades principalmente de tipo institucional y éstas, debido posiblemente a la débil abogacía para el desarrollo de políticas públicas y acciones transectoriales en APS.

### 30 años después de Alma Ata

ÁREAS	¿QUÉ FUNCIONÓ?	¿QUÉ NO FUNCIONÓ?
<b>Acción integral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Implem. incremental</li> <li>○ Tecnología apropiada</li> <li>○ Medicamentos esenciales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Implem. compleja condujo a dicotomías:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Horizontal/vertical.</li> <li>○ Comunidad/institucional.</li> <li>○ Centralización/descentralización,</li> <li>○ Cobertura/calidad</li> </ul> </li> </ul>
<b>Participación comunitaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Empoderamiento</li> <li>➤ Diagnóstico comunitario</li> <li>➤ Aprendizaje participante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participación lenta y no controlable.</li> <li>➤ Conflicto en prioridades con profesionales</li> </ul>
<b>Suministros y tecnología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Innovaciones:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cadena de frío</li> <li>○ Hidratación oral</li> <li>○ Yodación de sal</li> <li>○ Partograma</li> <li>○ Medicamentos esenciales</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Escasa inversión</li> <li>➤ Asignación de fondos</li> <li>➤ Resistencia de profesionales</li> </ul>
<b>Ambiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Agua y saneamiento en la agenda pública</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Saneamiento y eliminación de desechos muy complejo; progreso lento</li> </ul>
<b>Información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Colección de datos en:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inmunización</li> <li>○ Encuestas de cobertura</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Inconsistente               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Foco en producto, poco en resultados.</li> <li>○ Poca sistematización</li> </ul> </li> </ul>
<b>Acción intersectorial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Algunas experiencias en:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Agricultura y nutrición</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Educación, vivienda, obras públicas con agendas propias que no comparten.</li> </ul>

### PREGUNTAS PARA EL FORO:

1. Hay profesionales de la salud que intencionalmente o no, desprestigian la APS. ¿Qué hacer para cambiar esta tendencia?
2. ¿Qué deben hacer la Universidad y los servicios locales de salud para ayudar al Gobierno a poner en práctica el Artículo 12 de la Ley 1438 sobre integración e interdependencia de tres componentes: acción intersectorial y transectorial para la salud; participación social, ciudadana y comunitaria; y servicios de salud?.
3. ¿Está preparado el personal egresado de las Facultades de Salud para participar en el desarrollo de un modelo CES (Cuidado Esencial en Salud)? ¿Qué hay que hacer para que puedan hacerlo?

<sup>16</sup> 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? *Lancet*, *Volume 372*, *Issue 9642*, *Pages 950 - 961*, 13 September 2008