*1er. FORO INTERNACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y SALUD ORAL, “APS-SO”*

La Universidad Nacional de Colombia (Facultad de Odontología, de Medicina, Doctorado en Salud Pública), los posgrados de salud de la Universidad Javeriana, OPS-OMS, la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología ACFO, la Red Latinoamericana por la Salud Bucal Colectiva, la Secretaría Distrital de Salud presentan los lineamientos construidos en este Foro para el desarrollo de la Atención Primaria Integral en salud y salud oral en el Sistema de Salud y Seguridad Social de Colombia.

Este documento recoge de manera sintética, los principales debates y conclusiones de los paneles realizados y los organiza en el proceso de construcción de los lineamientos que tuvo lugar con participación de los invitados internacionales de Brasil y de Costa Rica, Dres. Ligia Giovanella, Gilberto Pucca y Nora Chaves, y los invitados nacionales provenientes de distintas ciudades y regiones del país, más los asistentes al Foro durante los dos días de debate: 18 y 19 de septiembre de 2014. Se toma en cuenta para este documento los dos espacios de debate que se abrieron en el foro: el debate público en paneles y la exposición de posters sobre los acumulados de experiencias sobre APS y SO provenientes de México, Perú y de distintos territorios del país.

El Foro se abre con un debate sobre el desarrollo del derecho a la salud y de los derechos que permiten garantizar la APS en Colombia, para lo cual se dividió en dos ejes, partiendo del análisis de la situación de la APS y SO en las América en el primer eje para consolidar en el segundo, las alternativas y orientaciones de política pública a ser aplicada, teniendo en cuenta los distintos territorios y trayectorias del país en materia de la APS-SO.

Las premisas básicas que dieron prioridad a las ideas del debate nacional contemplaron dos problemas:

* La necesidad impostergable de desarrollar propuestas sobre la formación del talento humano en APS en las Universidades públicas del país, en una coyuntura de reforma de la educación superior, la cual requiere no solo articular y responder a las diversas realidades del país sino también, debatir públicamente los acuerdos del gobierno orientados a facilitar la paulatina privatización de la educación superior.
* Y la creciente apuesta de las facultades de odontología y de medicina por desarrollar propuestas y capacidades en APS en un sistema de salud que privilegia la desregulación y libera el mercado en contravía del derecho a la salud, agravado por el conjunto de los problemas de la precarización laboral del personal auxiliar y de apoyo, y del profesional de la salud, con efecto en todos los trabajadores de la salud. Entre sus implicaciones se destaca la reducida capacidad de resolutividad del sistema de salud y aumento permanente de las inequidades sociales y en salud.

Eje 1. Situación de Atención Primaria en Salud y Salud Oral en las Américas.

Panel Situación de Salud Oral y APS en Colombia.

Sandra Tovar V. Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios

Ministerio de Salud y Protección Social

Elizabeth Suárez, Representante grupo de realización del ENSAB IV - Céndex.

En este panel se plantea la necesidad de avanzar y superar la APS selectiva que limita los servicios que deben proveerse, o la APS como puerta de entrada que no da continuidad a la atención y no es resolutiva, así como la APS centrada solo en el quehacer del sector salud, lo cual conlleva a que todos los sectores y actores sociales movilicemos las voluntades y sobre todo nos apropiemos de acciones dirigidas a lograr un objetivo común: priorizar el derecho de las personas a lograr las mejores condiciones posibles de salud y a proveer entre todos condiciones y modos de vida, que permitan la toma de decisiones saludables.

Para el caso específico de la salud bucal, los preceptos tradicionales construidos por siglos, deben actualizarse dadas las transformaciones sociales, económicas, tecnológicas y culturales de la primera parte del siglo XXI, para construir de forma ordenada mecanismos que permitan integrar el conocimiento específico con el de otros sectores y actores.

El debate se orientó a identificar los grandes retos de la APS – SO en el país, desde el papel del odontólogo y de las instituciones formadoras del talento humano, hasta el rol del Estado en el desarrollo de políticas públicas consistentes con las propuestas centrales de la APS integral.

Conferencias

La APS en los sistemas de salud de Suramérica, Balance crítico.

Ligia Giovanella - Brasil

Mapeo de APS en Chile, Colombia y Perú. Enseñanzas y desafíos

Román Vega - Colombia

Las intervenciones de Ligia Giovanella y de Román Vega se proponen desde una discusión sobre APS que para lograr avanzar en el país, requiere ser contextualizada en un marco histórico social y político, por tanto y en ese propósito, las comparaciones y los contrastes sugeridos por los invitados internacionales y nacionales cobran sentido en este primer debate.

A continuación algunas ideas fuerza, así como interrogantes generales sugeridos en la discusión:

1. Alma Ata (1978) difundió una concepción de la APS integral; una estrategia para la reorientación del Sistema de salud y para la garantía del derecho. Es el núcleo principal del Sistema, indisociable del desarrollo económico y social de una sociedad; implica por tanto la cooperación entre sectores (inter-sectorialidad) para enfrentar los determinantes sociales de la salud y la promoción de la participación social con enfoque de derecho. Es un proceso continuo de atención que integra desde el tratamiento y la rehabilitación hasta la prevención y la promoción.
2. Relacionado con el anterior punto, la APS tiene capacidad resolutiva, disminuye la carga de la enfermedad y la discapacidad, disminuye la incidencia de la enfermedad y contribuye al bienestar y la calidad de vida de la población, mediante la acción de políticas públicas, la acción intersectorial, la participación social; contribuye a la distribución y redistribución de recursos.
3. Hay una tensionalidad, originada tanto en los modelos de los sistemas de salud como en las condiciones socio-políticas en que se ha desarrollado la APS, definida por dos tendencias claramente diferenciadas:
   1. Una APS integral, con perspectiva de derechos, que demanda la construcción de sistemas públicos universales para la garantía del derecho a la salud y el acceso universal en respuesta a las necesidades individuales y colectivas, independiente de la capacidad de pago de las personas, basada en la solidaridad y en la territorialización de la respuesta social.
   2. Una APS restringida de coberturas segmentadas por seguros privados o públicos con paquetes de servicios diferenciados, conforme la capacidad de pago de las personas; reproductora de desigualdades, centrada en la atención individual, sin territorialización o enfoque colectivo y en ocasiones focalizadas, en poblaciones de bajo nivel de ingreso o en grupos específicos (neo-selectivos).
4. En América del Sur, en la mayor parte de los países se presenta una importante segmentación de la protección social en salud, con la presencia de diversos subsistemas y con distintas reglas de financiación, afiliación, acceso a la prestación y red de servicios, responsables por la atención en salud con arreglo al estatus laboral, pertenencia social o capacidad de pago.
5. Colombia, Perú y Chile han orientado los sistemas de salud por el aseguramiento con orientación de mercado en el marco de un modelo neoliberal de desarrollo que separa las acciones individuales y colectivas. Las experiencias de APS son desiguales en Colombia y obedecen a iniciativa de los entes territoriales y no a una política pública nacional. Bogotá ha desplegado en los últimos años el más grande esfuerzo en esta dirección con limitaciones y distorsiones generadas por el modelo del sistema General de Salud y por limitaciones normativas relacionadas con ese enfoque neoliberal de desarrollo. Por ejemplo, la flexibilización laboral impide capacitar personal para APS, por no pertenecer a la función pública, o la imposibilidad de mantener necesarias acciones continuas en los territorios, dado el modelo de contratación a término fijo, mecanismo por el que se vincula a un gran número de trabajadores.
6. La elevada participación privada en la prestación de los servicios dificulta el acceso de los usuarios y la integración de la red asistencial; situaciones que se acompañan de una débil capacidad de regulación de los gobiernos. La excepción es Brasil con el SUS, con el gasto público más elevado de la región.
7. Países como Venezuela o Bolivia han desarrollado enfoques de atención intercultural con defensa y recuperación de los saberes ancestrales de las comunidades tradicionales; en Colombia a pesar de la organización y la movilización social indígena, no existe un enfoque diferencial intercultural en el sistema; las muy valiosas experiencias de orientación intercultural que existen en el país son expresión de exitosas resistencias de estos pueblos.
8. La territorialización con adscripción poblacional y adscripción poblacional asignada por equipo es una condición importante para la APS integral.
9. La participación y la movilización social entorno a los problemas de la salud pero principalmente, su expresión como actores políticos en los distintos niveles de la organización de la nación, es otra de las características centrales de la APS integral. En la gran mayoría de los países de la región la participación social está institucionalizada en Consejos en diversos niveles y foros.
10. La financiación y la cobertura de la APS está fuertemente privatizada. La financiación pública es principalmente de la esfera nacional, en Argentina esta financiación se comparte con las provincias, en Brasil y Colombia con los municipios. En Bolivia y Perú los seguros focalizados tienen importante rol en la financiación de la APS.
11. La intersectorialidad para hacer frente a los determinantes sociales es otra de las tareas centrales de la APS, exige de la construcción de un sistema político-estatal – civil, coordinado bajo principios democráticos y de acción continua en los territorios.
12. Exigencias en la formación para la actuación en APS implica reformar el currículo de las profesiones de la salud y el mejoramiento de las condiciones de trabajo. En algunos países se ha optado por normas que exijan la participación del personal de salud en escenarios de la APS (1 o dos años) una vez terminan su ciclo de formación; por el desarrollo de programas de post-graduación o por la implementación de programas de formación en pregrado con enfoques alternativos a los biomédicos, como los programas de Medicina Comunitaria (Venezuela).

Las preguntas centrales al Foro, tienen que ver con la acción política, colectiva, académica y social que deben impulsarse en el país en el corto, pero también en el mediano y en largo plazo, para enfrentar los enormes desafíos que implica el desarrollo de la APS en el país y la formación del talento humano para ese desafío.

Panel: Problemas para el desarrollo de la APS y Salud Oral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Entes territoriales.

Adriana Padilla. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Eduardo Villa. IPS Tambo, Arauca. Jhon Jairo Satisabal. Secretaría Municipal de Salud Palmira.

Moderador: Giovani Apraez. Relator: Jair Ospina

La ponencia de Adriana Padilla estuvo centrada el enseñar el modelo de APS-SO en

Bogotá, indicando particularidades contextuales y las particularidades de este

programa.

1. -Salud oral como elemento para el bienestar y calidad de vida de las personas, y determinante de elementos objetivos (masticación y alimentación) y subjetivos, como mecanismo para potenciar el desarrollo humano.
2. -Política en salud oral para garantizar el derecho a la salud oral, política soportada en varios ejes. El primero es la gestión de la política pública en salud oral, el segundo es el modelo de gestión de las políticas en salud oral, el tercero es el fortalecimiento de la gestión del talento humano y el último es la producción y socialización del conocimiento.
3. -La política en SO tiene un propósito central que comprende mejorar las condiciones de salud oral del distrito capital y disminuir los índices de morbilidad en SO, para esto se definen metas relativas a la canalización del 100% de las personas detectadas en el programa territorios saludables a los servicios de promoción, prevención y atención básica, e incremento de las consultas de primera vez a los menores de 19 años.
4. Esta política se implementa a través de un modelo de atención a partir de los ámbitos de vida cotidiana (familiar, escolar, institucional, laboral) y de etapas del ciclo vital (niñez, juventud, adultez y vejez), estrategia que actúa en la lógica del plan de intervenciones colectivas PIC.
5. Esta política ha llegado a 4000 familias, 2.400 familias con gestantes y 1600 familias con menores de 5 años; asimismo se ha atendido a cerca de 50 mil escolares y 20 mil preescolares.
6. Los retos son: trato digno por parte del personal de atención, gestión intersectorial, acompañamiento de las universidades, salud oral como derecho fundamental.

Eduardo Villa. IPS Tambo, Arauca.

Los asuntos centrales de la presentación fueron:

1. -Indica un sustrato legislativo para su implementación –Alma Ata y normas nacionales (Ley 1438 de 2011).
2. -Municipio diverso con poblaciones afro, indígenas y colonos paisas, desigualdad en el uso y tenencia de la tierra, por terratenientes y jornaleros, y bastante población dispersa. 60 mil habitantes con un perfil epidemiológico y tendencia histórica caracterizada por la alta prevalencia de enfermedades infectocontagiosas y mortalidades evitables.
3. -APS tiene una fortaleza en lo comunitario : Asamblea comunitaria por la salud del Tambo -227 juntas de acción comunal de cinco zonas, definición colectiva de las acciones en salud, y compromisos de las instituciones EPS, ESE, otros sectores sociales.
4. -Interacción constante entre las instituciones y las organizaciones comunitarias, esto se relaciona incluso en salud oral con la construcción de un “dientograma”, formato denominado así por la misma comunidad, y unas cartillas educativas construidas con la participación de las comunidades y con información pertinente y adecuada para este tipo de población –dibujos sobre la caries y otras enfermedades bucales-.
5. -En la implementación de APS en este municipio de han realizado actividades particulares tales como la organización y puesta en práctica de un modelo de salud mental debido a ser un escenario de conflicto armado, la existencia de una casa de paso materna, para atender a las mujeres en las últimas semanas del embarazo y las primera del puerperio.
6. -Amplia experiencia intersectorial en salud.
7. -Complementariedad de acciones sectoriales e intersectoriales.

Jhon Jairo Satisabal. Secretaría Municipal de Salud Palmira.

Reflexiones en torno a la normatividad en salud y su relación con la implementación y desarrollo de la APS en este municipio.

1. -APS centrada en el aumento de la cobertura del servicio odontológico basada en la lógica del sistema de salud –facturación y costos-. Esto se centró en actividades de Promoción y Prevención de enfermedades y de atención básica (operatoria), dirigida a grupos vulnerables, fortaleciendo la oferta pública y los sistemas de información. Igualmente un fuerte apoyo por parte del sector educativo.
2. -Implementación de APS con 8 equipos básicos de atención, acompañamiento comunitario, diagnóstico integral, trabajo por ámbitos, etc.
3. -En Salud oral SO se atendieron 27 instituciones educativas (24 mil niños y niñas), y se hicieron talleres sobre salud oral y se entregó a cada niño (cepillo, crema y seda dental). También se atendió en casa a personas con discapacidad y adultos mayores.

Panel: Problemas para el desarrollo de la APS y Salud Oral en el Sistema General de

Seguridad Social en salud. Comunidades Indígenas y Campesinas.

Leidy Y. Trujillo. Representante del Comité de Mujeres, Inzá, Cauca.

Luis Carlos Olarte. Ministerio de Salud y Protección Social. No asistió

Guillermo Chilo y Milena Realpe. Programa de Salud del Sistema Indígena

Para Leidy Trujillo, el buen vivir de las mujeres campesinas no es una utopía, es una realidad y es una lucha desde la cotidianidad en el campo y en el papel de la mujer. Ellas indican que cada mujer desde el cuidado del cuerpo, el cuidado a los hijos/jas, el cuidado a la familia y el Territorio realiza acciones de Atención Primaria en Salud, pues realiza una complejidad de procedimientos esenciales para satisfacer las necesidades de sus familias y garantizar las condiciones de salud y de vida digna, para todos. Cada vez se buscan más alternativas comunitarias considerando la precariedad del sistema de salud, la negligencia en las atenciones, los limitantes en los procedimientos, las pocas posibilidades de acceder a la medicina especializada, la disminución de los recursos y lo inhumano que cada vez es el sistema de salud y que deja a un lado las condiciones de las comunidades y las diferencias generacionales, de género y las multiculturales.

El sistema de salud actual al no diferenciar entre lo urbano y lo campesino, al no diferenciar entre la cultura y la normatividad, abre una brecha que no permite que las mujeres campesinas coincidan en los espacios Institucionales, por lo cual cada vez se sienten menos reconocidas en los distintos programas de salud; y es ahí donde se sustenta el modelo y la construcción colectiva de un buen vivir y una vida digna. Esa es la única alternativa que garantiza para ellos y ellas la armonía, el bienestar y el equilibrio.

Panel: Problemas para el desarrollo de la APS y Salud Oral en la experiencia de las Universidades.

Lina María García y Gabriel Otálvaro. Representan la Alianza por un futuro libre de caries de Colgate. Universidad del Valle y Universidad de Antioquia.

Jair Ospina. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Moderador Rafael Malagón. Relatora: Ivonne A. Ordoñez

Las intervenciones de Lina María García, Gabriel Otálvaro y Jair Ospina se plantean desde la experiencia que han tenido las universidades colombianas, no sólo en sus esfuerzos e iniciativas por adelantar proyectos de Atención Primaria en Salud en distintas comunidades, sino además dentro del marco de necesidades y retos en la formación de talento humano en salud desde esta perspectiva.

Las experiencias compartidas reflejan que la Atención Primaria en Salud muestra resultados positivos en las condiciones de salud oral de las comunidades participantes, siempre y cuando se aborden desde un enfoque de Determinación Social, y exista un empoderamiento de los procesos por parte de los individuos y los colectivos.

Más allá de la minucia de cada experiencia, los aspectos en común que se plantearon como limitantes, y los cuestionamientos que más cobraron fuerza en el ejercicio del panel fueron los siguientes:

1. Una visión integral de la salud oral: Es fundamental para el desarrollo de una Atención Primaria en Salud efectiva, que desde la academia se reoriente la percepción tradicional de salud oral que se centra únicamente en la enfermedad (caries), hacia una salud bucal integral que incluya no sólo el resto de las estructuras y dinámicas biológicas del sistema estomatognático, sino que se enfoque en el proceso salud-enfermedad de los individuos y las comunidades, entendiendo que estos se ven afectados por toda la dinámica social relativa a su contexto económico, político y cultural.
2. Limitaciones técnicas y científicas: La odontología en Colombia aún continúa presentando limitaciones para dar respuesta a sus propios problemas de investigación, teniendo en cuenta el acceso y utilización de tecnologías necesarias para dicho propósito. En este sentido también tienen gran influencia los intereses de la industria odontológica y farmacéutica, quienes alientan la demanda por lo medicalizado y lo asistencial.
3. Sistema General de Seguridad Social en Salud: Todas las experiencias compartidas, no sólo en el panel de universidades, sino a lo largo del Foro, fueron coincidentes en manifestar que las características del actual Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia van en contravía de los principios de la Atención Primaria en Salud por los siguientes aspectos:
   1. Hay un desconocimiento por parte del Talento Humano en Salud que actúa en todos los niveles de atención, sobre las características y actividades que se llevan a cabo en los territorios a través de los equipos interdisciplinarios que desarrollan la APS.
   2. Existe una ruptura de responsabilidades de atención en lo individual y lo colectivo, circunscribiendo la primera al Plan Obligatorio de Salud por medio de las EPS´s, y delegando la segunda al sector público a través del Plan de Intervenciones Colectivas, fragmentando de esta manera la continuidad de los procesos.
   3. No existe estabilidad laboral del Talento Humano en Salud, principalmente en el sector público, tanto en tiempos de contratación como en sus condiciones salariales y prestacionales. Esto redunda en una alta rotación o falta de disponibilidad del personal que conforma los equipos que desarrollan APS en los territorios, y en la prevalencia de personal que opta por el área clínica.
4. Formación de Talento Humano: La formación de Talento Humano en Salud, y particularmente en Salud Oral, no se ajusta a las necesidades poblacionales del contexto colombiano. Los currículos actuales de las Facultades de Odontología, presentan un alto porcentaje de asignaturas y contenidos de tipo clínico, en comparación con aquellas que involucran temáticas de Salud Pública. Adicionalmente la formación en Atención Primaria en Salud es limitada. Los retos que se proponen para subsanar estos aspectos son los siguientes:
   1. Transversalización de la Atención Primaria en Salud y la Salud Pública a lo largo de las carreras, y no como asignaturas aisladas y descontextualizadas, a través de un modelo pedagógico renovado que evite la sobresaturación de contenidos innecesarios bajo la premisa de formar profesionales integrales.
   2. Adecuación de escenarios de práctica docencia-servicio que favorezcan el desarrollo de la APS en los territorios, para lo cual se hace necesario ampliar las posibilidades del marco normativo que rige dichos convenios, el cual presenta dificultades como estar orientado hacia los espacios clínicos principalmente, y regirse bajo principios mercantiles de contraprestación de servicios.
   3. Desarrollo y fortalecimiento de la investigación, la docencia y la extensión en las áreas de Salud Pública y Atención Primaria en Salud.
5. Fortalecimiento del liderazgo gremial, que apoye procesos políticos claros y de movilización en miras enfrentarse a los retos anteriormente descritos, entendiendo la APS como elemento para comprender y transformar la realidad social en salud, incluido lo relacionado al sistema de seguridad social en salud.

La conclusión final del debate es que, las políticas públicas actuales en salud, educación y las laborales no favorecen el desarrollo del modelo de Atención Primaria en Salud –y por lo tanto la formación de su Talento Humano-. El ejemplo de las experiencias de los movimientos sociales indígenas y campesinos participantes en el foro, evidencian que una comunidad comprometida con su Proceso Salud Enfermedad logra sobreponerse inclusive al modelo de salud más perverso, e impulsa cambios sustanciales en las políticas públicas existentes. Estas experiencias exitosas deben hacerse visibles a través de la academia y ser transferidas a otros niveles de la sociedad a través del liderazgo gremial promovido por y en las universidades.

EJE 2: Atención Primaria en Salud y Salud Oral. Políticas públicas, aplicación en distintos contextos.

CONFERENCIAS: Estrategias y desafíos para el desarrollo de la Salud Oral en el marco de la APS en el sistema de Salud. Gilberto Pucca. Brasil. Coordinador de la política nacional de Salud Bucal en Brasil. Nora Chávez. Experta en APS. Costa Rica.

Relator: Gabriel Jaime Otálvaro Castro (Universidad de Antioquia).

La apuesta por una APS integral constituye una apuesta por otra sociedad, más justa, más equitativa y más democrática. Ante todo constituye una apuesta ética y política claramente contra-hegemónica a las lógicas dominantes de mercantilización de la vida que se expanden en el mundo de hoy. Es por ello que las apuestas por la APS en Latinoamérica han configurado un campo de disputa por la concreción del derecho a la salud con universalidad y equidad.

Estas apuestas por la APS en América Latina constituyen procesos sociales de alta complejidad, por lo que demandan importantes inversiones de tiempo y el concurso de la mayor cantidad de actores posibles. Proceso social que es posible impulsar con la férrea voluntad del Estado de ejercer la autoridad y la rectoría del sistema de salud nacional.

Se hace APS para garantizar el acceso a servicios de salud y una alta resolutividad frente a las principales necesidades y demandas en salud de las poblaciones, con lo cual se concreta el derecho a la asistencia sanitaria con carácter universal.

Dos criterios resultan claves para la gestión de una APS que se pretenda ordenadora y coordinadora del conjunto de acciones en salud y de los actores del sistema de salud: el territorio y el control social. Hacerla de esta manera demanda un cambio en la organización de los procesos de trabajo en salud, entendiendo que esto es un resultado complejo que no se logra con la simple enunciación en decretos gubernamentales.

Vale la pena preguntarse porque la salud bucal y la atención odontológica no ha estado presente de manera amplia en nuestros sistemas de salud de la región y en el desarrollo de la Atención Primaria en Salud. Y ha sido así porque esta no fue un problema de toda la sociedad, porque se construyó como un privilegio asociado a una condición de clase, porque la autoestima disminuida, que fue lo propio de las amplias mayorías sociales, nunca fue objeto de interés político, fue postergado como un asunto no relevante y secundario, en tanto no alcanzó la visibilidad necesaria en las agendas políticas de clases gobernantes que la podían resolver por sus propios medios, y reforzada la distinción y segregación que produce el contar con una adecuada salud bucal.

El deterioro extendido de la salud bucal de las poblaciones no es un producto casual, habla de una historia de exclusión social sistemática, y habla también del papel que han jugado los odontólogos y sus instituciones en estas sociedades.

Cuando pensamos en gestionar la salud bucal en el marco de la APS podemos ubicar su pertinencia en relación con objetivos como: promover y proteger la salud, aumentar la capacidad de resolución de urgencias odontológicas, la inclusión de procedimientos complejos según necesidades en salud que ameritan la integración con la atención especializada de mediana y alta complejidad. En todos los casos, será necesario pensar en la transversalización de la salud bucal en diferentes programas sociales, la integración de la clínica en programas y estrategias de salud pública, y convocar el concurso de diversos sectores y actores sociales

Gestionar la salud bucal en el marco de la APS es posible, las experiencias internacionales y subnacionales (territoriales) demuestran su viabilidad. Pero esto requiere de la combinación de asuntos como: la inversión sostenida de recursos económicos; la decisión política para transversalizar la salud bucal en diferentes políticas públicas; la gestión de procesos institucionales continuos y potenciadores de las capacidades comunitarias; el liderazgo para la transformación progresiva del proceso de trabajo odontológico pensando en la universalidad, la integralidad y la equidad; y un recurso humano suficiente, calificado y motivado para emprender los desafíos de una compleja transformación institucional y disciplinar.

La gestión de la salud bucal en el marco de la APS, en la experiencia de políticas nacionales, demuestra que es posible desnaturalizar el deterioro de la salud bucal, posicionando la salud bucal como un componente del derecho a la salud, que es posible de conquistar y deseable socialmente, así como quebrantar las históricas tendencias epidemiológicas que constituyen pesadas marcas de exclusión social para amplios grupos sociales de nuestros países.

Este desafío exige nuevos liderazgos, no se trata de un voluntariado o de un simple liderazgo individual, se trata de un renovado liderazgo social capaz de impulsar la construcción de un fuerte compromiso profesional con los derechos sociales de alcance universal, que configura una nueva politicidad profesional a favor de la construcción de una ciudadanía social activa.

Ante la pregunta por la manera de incorporar la APS en la formación profesional del odontólogo en el contexto de los contradictorios sistemas de salud y ante el desafío del creciente aumento de las inequidades sociales y en salud, se plantea la necesidad vigente de los cambios curriculares. Transitando hacia una formación que se realice en relación directa con las necesidades sociales concretas de grupos humanos en territorios concretos. Una formación que tendrá que incidir en la formación clínica y en su forma de enseñanza, para reorientarla y conectarla con una acción dirigida en una lógica de salud. En un proceso de enseñanza que incorpore una explicación de la enfermedad que reconozca su complejidad, que haga posible la politización de la explicación del proceso salud – enfermedad y consecuentemente de la acción por lograr su transformación.

Panel: Estrategias y desafíos en la Formación del talento humano en APS para Colombia.

Otto Hamann. Director de Medicina Familia Juan N. Corpas. Andrés Salas. División de

Servicios de ACFO.  Carlos Sarmiento. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de

Colombia. Moderador John Harold Estrada M. Relator Luis A Sánchez

Panel: Estrategias y desafíos APS en el SGSSS. Hernán Castellanos. Compensar.

Fernando Ruiz Gómez. Viceministro de Salud.  Jaime Urrego. Director de Salud Pública.

Secretaría Distrital de Salud. Moderador Román Vega, Relator Mauricio Torres

Presentación de Posters

Coordinación Semillero de investigación Salud Colectiva, Mayra Alejandra Piragauta

1. De todos los trabajos recibidos en la modalidad de poster en su mayoría desarrollaron ideas entorno a dos temas dentro del primer eje del Foro:

* Los Acumulados y Experiencias en APS y APS – SO a partir de los Actores sociales del sistema y en general desde la Academia como actor dentro del SGSSS.
* Acumulados y Experiencias de APS-SO con énfasis en promoción de la salud bucal-oral y prevención de las enfermedades con acciones de formación, investigación o extensión.

Pocos trabajos ofrecen alternativas en términos de programas y políticas de formación del talento humano o de intervención colectiva. Las propuestas recogen algunas problemáticas dentro de la odontología, la formación y la seguridad social en Colombia, como son: la atención integral en salud oral de la población en situación de discapacidad y la intervención dentro de programas.

Se recibió solo un trabajo sobre Servicios e intervención en salud oral por niveles de complejidad de atención con base en el sistema de seguridad social del país. Y uno solo sobre formación del talento humano.

No se define con claridad qué es la APS, sus fundamentos conceptuales y normativos (legales), los énfasis del enfoque de APS (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, individual, familiar, comunitario). En la plenaria varias reflexiones se orientan a hacer un debate sobre la APS en Colombia, las implicaciones en las red de servicios y las diferencias con la APS selectiva.

Plenaria:

Lineamientos generales APS y Salud Oral en el SGSSS de Colombia.

Coordinadores Foro, invitados Nacionales e Internacionales.

Sobre la APS

La APS integral no puede ser usada de manera estratégica por el Estado y por el gobierno nacional, como una alternativa tecnocrática de solución a los problemas del sistema de salud en Colombia, sin cambiar ni modificar el por qué no se incluye la APS en el núcleo del sistema. La lógica mercantil del sistema de salud impide el desarrollo de la salud como derecho con carácter universalista, con participación de otros sectores y con desarrollo de alta resolutividad.

La APS es y debe ser desarrollada acorde con las realidades territoriales urbano-rurales del país y sus efectos en la salud de las distintas comunidades y pobladores. La APS se identifica como una alternativa contra hegemónica en el actual sistema de salud, la cual ordena este sistema de salud en diversos niveles a partir del acuerdo de los distintos actores del sector salud y de otros sectores sobre las necesidades y realidades locales a intervenir. La disputa con la institucionalidad y con la hegemonía debe ser enfrentada por los distintos actores.

Reconocer que existen diversas propuestas de implementación de la Atención Primaria en Salud en el país, especialmente desarrolladas por entes territoriales de orden municipal y departamental, así como por organizaciones sociales de grupos etno-culturales diversos, implica entender que estas experiencias se realizan al margen de las lógicas que impone y predominan en el sistema de seguridad social en salud, por lo cual frecuentemente no son reconocidas ni recogidas en las propuestas nacionales de orden gubernamental.

Estas experiencias se sostienen sobre la base de una amplia participación y apropiación por diversos actores sociales y comunitarios. Estas experiencias acumulan importantes aprendizajes que son un punto de partida a ser utilizados para impulsar la implementación de la APS en una escala nacional. Constituyen procesos de construcción social, interinstitucional e intersectorial de carácter complejo, en las cuales la salud oral aparece dentro de un desarrollo de acciones odontológicas y de programas que se alejan de actividades masificadas o de la aplicación de tecnologías de bajo costo. Se trasciende la mirada tradicional de la formación odontológica de carácter biologicista y técnico-instrumental. Se afirma una formación odontológica integral de alto contenido científico biológico-social, y de un poderoso enfoque ético y político comprometido con la garantía de los derechos humanos con universalidad y equidad.

Algunos aspectos comunes en estas experiencias, que constituyen criterios a potenciar para el desarrollo de la APS en nuevos y diversos escenarios, son: el enfoque territorial, la integralidad del abordaje de las poblaciones-territorios, los mecanismos de participación y control social, y el acompañamiento y retroalimentación por grupos académicos. Estas experiencias demuestran una clara disposición para cooperar y compartir los aprendizajes con actores locales y nacionales. Pero para que esto sea recogido se requiere intención política, decisión y disposición de los entes gubernamentales y estatales para transitar y construir colectivamente a partir del conflicto, las diferencias y el disenso.

Frentes común de acción colectiva - intersectorial e interinstitucional con alta incidencia política

APS debe ser desarrollada dentro de programas de salud con capacidad de organización y movilización para realizar una acción colectiva, cuyos objetivos políticos incluyan la intersectorial e interinstitucional para lograr alta resolutividad. Esta acción no puede ocurrir solo en salud sino también en educación y formación del talento humano.

Lo público asume significados en el desarrollo de las políticas de salud basadas en APS al privilegiar como meta la equidad en salud, con desarrollo de servicios de alto impacto social que conllevan a operar en el territorio los derechos que garantizan la APS con prioridades según exclusión social de clase social, de género y de etnias. Más allá de la focalización se trata de universalizar el derecho a la salud y ordenar la operación de la APS como acción colectiva basada en los indicadores que señalan dónde se requiere de resolutividad y cómo se logran acciones costo / equitativas. En esto radica la incidencia política.

Desarrollo de diversas capacidades en APS -SO

Al ser desarrolladas diversas capacidades en APS –SO por el talento humano como parte del núcleo esencial de formación del pregrado de las carreras de la salud y de otras áreas del conocimiento, en una propuesta interdisciplinaria, el país atiende sus necesidades con formación básica general integral que no requiere formación especializada en APS. Las capacidades que se pueden desarrollar en este tipo de formación se orientan a equilibrar la formación biomédica tradicional con formación en ciencias sociales y pensamiento crítico capaz de aumentar la resolutividad del profesional de la salud, del sistema de salud y de los sectores sociales.

El campo de la salud colectiva se ve como un campo de conocimiento, de prácticas y de acción, capaz de orientar una propuesta para el desarrollo de la APS en Colombia. La organización, participación social y comunitaria es esencial en el desarrollo de esta propuesta, los movimientos sociales y organizaciones sociales y comunitarias que han mostrado el mayor desarrollo en APS en el país, señalan además un conjunto de dinámicas y maneras de movilización para la formación y la operación de la APS.

Entre las capacidades que se vislumbran como necesarias se diferencian las individuales de las colectivas:

* APS con comunidades para El buen vivir, la vida saludable y solidaria.
* Territorialización para la organización social de la salud familiar y comunitaria: con diferencias según la trayectoria de las comunidades en la APS. APS Por entes territoriales, por regiones, por ciudades, por problemas y procesos.
* Intercambio de experiencias en red local y nacional de conocimiento e investigación sobre APS: dentro de semilleros de estudiantes e investigadores con Brasil y Costa Rica, con campesinos e indígenas, con comunidades organizadas y con población dispersa.

Plan de acción:

En el corto plazo

Al reconocer la complejidad que suponen los cambios para gestar y gestionar la salud en un marco de un sistema basado en la APS, considerado esto como un asunto de alta complejidad técnica, social y política, se hace necesario que se genere un amplio debate público. Que convoque la diversidad de actores y promueva el compromiso social con dicha transformación.

Se requiere generar información y debate público sobre los servicios básicos y el papel de los profesionales en los equipos de APS, con capacidad de dialogar con el plan decenal de salud pública y los planes de intervención PIC – POS, con las competencias que se defienden por el gobierno en nombre del personal técnico como estrategia de uso y disposición de mano de obra barata, en nombre del profesional médico como base del sistema de salud desconociendo a los otros profesionales.

Se pueden desarrollar diplomados y cursos de educación continua y permanente sobre APS para actualizar a los profesionales que así lo requieran en distintas regiones y con modalidades virtuales y de fácil acceso a sectores sociales marginalizados.

Se propone la realización de mesas de trabajo para seguimiento y avance del desarrollo de la APS Y SO.

Se debe presentar los lineamientos en eventos públicos tales como ALAMES, ACFO.

En el mediano y largo plazo

Se debe hacer una verdadera reforma curricular de las facultades de salud hacia las necesidades de la APS en el sistema de salud. Frente a la necesidad del cambio curricular y de las formas de trabajo odontológico, se reafirma la vigencia y la pertinencia de implementar modelos educativos, como el de docencia – servicio, en el que la formación (incluida la clínica) se realice en espacios sociales, comunitarios y en los servicios de salud del sistema. En este cambio curricular los estudiantes pueden y deben jugar un papel importante en demandar y participar de dicha transformación, porque es la posibilidad de concretar este cambio con los nuevos profesionales y la profesión en su conjunto.

Se sugiere realizar el segundo congreso de ASP –SO en un territorio de carácter de ciudad intermedia o área rural

Finalmente, la gran diversidad de experiencias presentadas en el Foro requiere de una gestión pública que facilite el cambio en dos vías simultáneas:

Una que apela a demandar los cambios desde las instituciones gubernamentales nacionales en aras de concretar una política nacional de salud y de educación del talento humano coherente con las necesidades sociales y las aspiraciones de la gente del país, y otra en la cual, podemos intensificar los intercambios de las experiencias y procesos locales, que en su conjunto van constituyendo una poderosa y eficaz manera de realizar los cambios desde el conocimiento local, el compromiso colectivo y las redes sociales ciudadanas comprometidas con una sociedad con justicia social, democrática y en paz.

AUTORES

*Carolina Morales* Odontóloga UN, magister administración en salud Universidad Javeriana, PhD y profesora Universidad Nacional de Colombia

*Rafael A. Malagón* Odontólogo UN, PhD © Salud Pública FIOCRUZ, profesor Universidad Nacional de Colombia

*Ivonne A. Ordoñez* Odontóloga UN, Esp. en Currículo y Pedagogía U. Andes, MSc. en Salud Pública UN, Estudiante Doctorado en Salud Pública - Universidad Nacional de Colombia.

*Jair Ospina,* Odontólogo UN, PhD Antropología crítica México, profesor Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.

*Luis Alberto Sánchez A. ,* Odontólogo UN, PhD © bioética y derechos humanos, profesor Universidad Nacional de Colombia

*Gabriel Jaime Otálvaro C.* Odontólogo, Universidad de Antioquia, Mg. en educación, Universidad Pedagógica Nacional, PhD(c) en Salud Colectiva, Universidad Andina Simón Bolívar (Quito), docente de la Universidad de Antioquia.