Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur

Mapeo de la APS en Colombia

Consultores: Román Vega Romero y Naydú Acosta Ramírez

Documento Autoral de APS en los países de Suramérica

UNASUR
iSAGS
Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

UNASUR
Unión de Naciones Suramericanas

MAPEO Y ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA DEL SUR

Mapeo de la APS en Colombia

Consultores: Román Vega Romero y Naydú Acosta Ramírez

Documento Autoral de APS en los países de Suramérica

Rio de Janeiro
Junio 2014

UNASUR
ISAGS
Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

UNASUR
Unión de Naciones Suramericanas

Expediente

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

Director Ejecutivo:
José Gomes Temporão

Coordinador Técnico:
Henri Jouval

Consejo de Salud Suramericano - Junio de 2014

Juan Luis Manzur
Argentina

Juan Carlos Calvimontes
Bolivia

Arthur Chioro
Brasil

Helia Molina
Chile

Alejandro Gaviria
Colombia

Carina Vance Mafla
Ecuador

Bheri Ramsaran
Guyana

Antonio Carlos Barrios
Paraguay

Midori Musme De Habich Rospigliosi
Perú

María Susana Muñiz Jiménez
Uruguay

Michel Blokland
Surinam

Francisco Armada
Venezuela

Texto y Fotos:
Gilberto Ríos

Proyecto gráfico:
Humponto Design e Comunicação

Mapeo de los modelos de Atención Primaria a la Salud en los países de América del Sur

Coordinación:
Ligia Giovanella

Investigador Asistente:
Suelen Oliveira

Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

www.isags-unasur.org
www.facebook.com/isags.unasursalud
www.twitter.com/isagsunasur

Naydú Acosta - Profesora del Departamento de Salud Pública y epidemiología de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali.

Es médica, doctora en Salud Pública y Magíster en Administración de Salud. Profesora en administración de salud y salud pública en la Universidad Industrial de Santander, con cerca de 18 años de experiencia en la ejecución de proyectos de investigación y de desarrollo tecnológico en el área de servicios y sistemas de salud, principalmente en la evaluación de la gestión y la implementación de la Atención Primaria, políticas y programas de salud, en el ámbito nivel nacional e internacional.

Román Vega - Pontificia Universidad Javeriana

Es médico cirujano, doctor en Administración y Políticas de Salud de la Universidad de Hull, Inglaterra. Es profesor titular de la Pontificia Universidad Javeriana en los Posgrados de Administración en Salud y Salud Pública, Maestría de Política Social y Doctorado Interfacultades de Ciencias Sociales y Humanas.

Mapeo de la APS en Colombia[1]

Consultores: Román Vega Romero[2] y Naydú Acosta Ramírez[3]

Contenido

La APS en Colombia 7
Nota Metodológica 7
Conducción de la APS 8
- La APS durante el Sistema Nacional de Salud 8
- El actual sistema de salud y la APS 9
- La APS en el marco de la Ley 1438 de 2011 12
- Definición y enfoque de la APS 12
- Orientaciones para la implementación de la APS 13
- Responsabilidades de las autoridades sanitarias 13

Financiamiento de la APS 15
- Forma de contratación y pago de las prestaciones 16

Caracteristicas de la Prestación y la Organización de la APS 17
- Articulación de las acciones colectivas e individuales 17
- Redes Integradas de servicios de salud 17

Fuerza de Trabajo en APS 19
- Equipos básicos de salud 19
- Equipos básicos de salud y salud pública 19
- Funciones, formación y condiciones de empleo 20

Participación Social y Actividades Intersectoriales 22
Gestión de la APS 24
- Desafíos nacionales para la implementación de la APS 24
- Desigualdades regionales y sociales en el acceso a la APS 26

Alternativas de Implementación desde otros Actores del SGSSS 28
Experiencias de APS desde EPS del Régimen Contributivo 29
Experiencias desde los entes Territoriales y el Régimen Subsidiado 34

1 Este documento fue preparado por un consultor. El contenido es responsabilidad de los autores y no expresa la posición de ISAGS, o del Ministerio de Salud del país, o de los profesionales entrevistados.

2 Médico, doctor en Administración y Políticas de Salud, profesor e investigador de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá (Colombia), roman.vega@javeriana.edu.co, rrvega.romero@gmail.com.

3 Médica, doctora en Salud Pública, Profesora del Departamento de Salud Pública y Epidemiología de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, naydu.acosta@javerianacali.edu.co

Caso de Barranquilla 34
El modelo de atención en salud 35
El Modelo de Gestión 43
Sostenibilidad financiera del modelo de atención 44
Caso de Bogotá 46
Los antecedentes 46
Al actual modelo de APS 48
Conducción de la APS 50
Financiamiento 50
Características de la prestación de la APS en la ciudad 51
Características de la organización de la APS 53
Fuerza de trabajo 55
Los equipos de salud 56
Coordinación de los cuidados e integración de la APS en la red de servicios 58
Acción Intersectorial/Transectorial y Participación Comunitaria 60
Modelo de Gestión 60
Cobertura del programa Territorios Saludables 61
Resultados en salud 61
Caso de Medellin 63
Atención primaria comunitaria y de mantenimiento de la salud 64
Atención Primaria de recuperación de la salud 65
El modelo de gestión 65
Caso de Palmira 68
Atención primaria comunitaria y de mantenimiento de la salud 69
Atención Primaria de recuperación de la salud 70
El modelo de gestión 70
Caso de Santander 73
Contexto histórico 73
Conducción de la APS 74
Fuerza de trabajo 74
Experiencias de APS en Poblaciones Originarias 77
Caso de los Pueblos Originarios de la Sierra Nevada de Santa Marta - Organización Gonawindua Tayrona 79
Concepción de salud 79
Los agentes comunitarios de salud indígena 85

Particularidades del modelo según la etnia Arhuaco 86
Desafíos del modelo 87
Caso de los Pueblos Originarios del Cauca 89
Antecedentes 89
El Programa de Salud Indígena 90
Organización del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI 90
Enfoque de la APS entre los pueblos indígenas 93
Organización de la red de atención 94
Fuerza de trabajo y Equipos de salud 94
Desafíos del modelo indígena 96
Conclusiones 99
Anexo 1. Indicadores Seleccionados para Colombia 102
Agradecimientos 105
Referencias Bibliográficas 108

LA APS EN COLOMBIA[4]

NOTA METODOLÓGICA

En este informe se presenta el mapeo de la Atención Primara en Salud (APS) en Colombia, el cual fue realizado entre noviembre del 2013 y abril del 2014. Para el mapeo se usaron técnicas cualitativas de análisis documental, visitas técnicas para entrevistas a diversos actores del Sistema Colombiano de Salud de nivel nacional, departamental y municipal (un listado se incluye en la sección de agradecimientos) y observación de campo.

El mapeo en Colombia adoptó la estrategia de estudios de caso de experiencias seleccionadas en consenso con el Ministerio de Salud por ser éstas representativas de la diversidad de experiencias de APS en desarrollo, regiones y contexto socioculturales del país. También porque no existe unificación de información que permita tener una mirada de conjunto sobre lo que sucede en el país. La anterior información se analiza en un proceso crítico reflexivo con base en categorías predefinidas y otras emergentes que se presentan a continuación en una síntesis narrativa.

4 Mapeo realizado por Román Vega Romero, profesor e investigador de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá (Colombia), roman.vega@javeriana.edu.co, rrvega.romero@gmail.com. Apoyo técnico de Naydú Acosta Ramírez, Profesora del Departamento de Salud Pública y epidemiología de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali. naydu.acosta@javerianacali.edu.co

CONDUCCIÓN DE LA APS

Dos grandes reformas del sistema de salud han enmarcado la historia de la APS en Colombia a partir de su promulgación en Alma Ata en 1978. Primera, la que constituyó el antiguo Sistema Nacional de Salud (SNS) mediante el Decreto-Ley 056 de 1975 que buscó integrar funcionalmente desde el Estado central los subsistemas de asistencia pública, seguro social y medicina privada, y un ajuste posterior de este esquema orientado a su descentralización con la Ley 10 de 1990; segunda, la que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con orientación de mercado a través de la Ley 100 de 1993, y sus dos ajustes posteriores, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, siendo este último el que por primera vez en la historia del SGSSS introduce la APS como una estrategia nacional.

La APS durante el Sistema Nacional de Salud

Durante la existencia del SNS se pusieron en práctica cuatro concepciones de Atención Primaria en Salud: primera, la APS 'primitiva'; segunda, una mezcla entre APS Selectiva y de atención básica de primer nivel; tercera, la APS de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y, por último, una cuarta versión, combinación entre el enfoque de los SILOS y la Promoción de la Salud. La primera versión, que se implementó a partir de 1980 desde el subsistema de asistencia pública, se sustentó en un enfoque de APS 'primitiva' de prestación de servicios mínimos de baja complejidad y en promotoras rurales y personal auxiliar de salud, y tuvo como objetivo ampliar la cobertura del sistema de salud a grupos prioritarios de la población (MS - Ministerio de Salud, 1980).

La segunda aproximación, de APS Selectiva y atención de primer nivel, fue promovida en el país por el Banco Mundial y la UNICEF a comienzos de los años 80 (MS, 1983) y reforzada luego por el gobierno colombiano a través del Plan Nacional para la Supervivencia de la Infancia a mediados de los años 80s (MS, 1985) en el marco de las políticas económicas de ajuste estructural.

El tercer enfoque se desarrolló bajo el esquema de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) a partir de 1988. La introducción de este esquema estuvo ligada al contexto de promoción de la reforma de los sistemas de salud en los países en desarrollo bajo la influencia de la agenda de reforma del financiamiento y de descentralización de los sistemas de salud promovida por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, de las políticas de modernización y descentralización del Estado y de apertura democrática en Colombia que se dieron en el marco de los condicionamientos de las políticas económicas de ajuste estructural y las exigencias de transformaciones de la sociedad colombiana por parte de los movimientos sociales y políticos que habían sido excluidos por el largo período del denominado Frente Nacional, que fue un pacto de gobierno paritario entre los partidos tradicionales para frenar la violencia.

La cuarta versión propició la vinculación de los SILOS con la Promoción de la Salud entre 1988 y comienzos de los años 1990, período en el cual la descentralización a nivel municipal del SNS tomó forma en Colombia bajo la Ley 10 de 1990 (Vega Romero et al., 2012). La APS podría haber alcanzado en este período su máximo desarrollo desde la perspectiva propiciada por Alma Ata pero sin superar la práctica médica convencional (Vega Romero et al., 2012).

Particularmente el tercero y cuarto enfoque de la APS, desarrollados durante el SNS, buscaban mejorar la articulación de la atención de las personas y del ambiente, la acción intersectorial por la salud y la participación social en las decisiones; organizar sobre una base territorial y poblacional las intervenciones; estructurar la red local de servicios en la idea de los distritos de salud; posibilitar la conexión entre los planes locales de salud y los de desarrollo económico y social de los municipios; hacer eficaz la planificación estratégica y participativa, la gestión y el control en función de las necesidades locales de salud; y promover la formación del recurso humano desde las exigencias y necesidades de la APS, la promoción de la salud y la medicina y salud familiar y comunitaria (Vega Romero et al., 2012). Estos dos enfoques fueron el principal logro en materia de búsqueda de la integralidad de la APS en Colombia durante la experiencia de su diseño, implementación y desarrollo hasta antes de la formulación de la Ley 100 de 1993 (Vega Romero, 2009).

El actual sistema de salud y la APS

El actual sistema de salud de Colombia es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado por la Ley 100 de 1993. Está constituido por un régimen contributivo (de afiliados asalariados y de trabajadores independientes con capacidad de pago), otro subsidiado (de pobres seleccionados mediante prueba de medios y afiliados mediante el mecanismo de subsidio a la demanda) y otro de acciones colectivas (salud pública). Exceptuados del SGSSS hay varios regímenes especiales (de los trabajadores de ECOPETROL, maestros del sector público y miembros de la fuerza pública).

Los recursos para financiar la atención de los afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS están administrados por las EPS (Entidades Promotoras de Salud), que son entidades intermediarias entre el Estado, los afiliados y los prestadores de servicios de salud. Las EPS administran los recursos provenientes de las Unidades Per Cápita (UPC) pagadas por el Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA) por cada afiliado, y se deben encargar de la gestión del riesgo en salud y de la contratación de la prestación de los servicios a los prestadores de servicios de salud. El conjunto de las prestaciones de los afiliados al régimen contributivo y al régimen subsidiado (bienes privados) están delimitadas en un Plan Obligatorio de Salud (POS) que incluye actividades individuales de curación, promoción, prevención y rehabilitación. Los afiliados con mayores ingresos pueden pagar Planes Complementarios adicionales a primas variables, o afiliarse a planes de medicina privada prepagada.

La ley establece que sólo las EPS del régimen subsidiado tienen la obligación de contratar hasta el 60% de las UPC del POS con la red pública de prestadores de servicios de salud. Las EPS del régimen contributivo contratarán dichas actividades de forma discrecional, generalmente con prestadores de servicios de salud privados. Los recursos del sistema de salud pública, financiados con impuestos generales, están administrado por las autoridades territoriales de salud (Secretarías departamentales, distritales y municipales) y las acciones de los Planes de Salud Pública (bienes públicos o acciones colectivas de promoción, prevención, vigilancia en salud pública y atención de enfermedades de interés en salud pública) son contratados por estas autoridades con la red de hospitales públicos de primer nivel[5].

Los regímenes especiales o exceptuados contratan la prestación de los servicios de sus afiliados con prestadores privados de forma independiente del SGSSS, y los pagan a través de sus fondos particulares de financiamiento, excepción hecha del régimen de salud de la fuerza pública que tiene su propia red pública de prestadores de servicios de salud.

Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (2010) la cobertura del SGSSS alcanzaba el 88.41% de la población total del país (más de 46 millones de personas) en el año 2010, de los cuales el 46.7% estaban afiliados en el Régimen Contributivo, el 52.74% en el Régimen Subsidiado y el 11.57% no estaban afiliados.

La implementación de la Ley 100 de 1993 (República de Colombia, 1993) acabó con las experiencias de APS surgidas durante el SNS y dio origen tardío a tres enfoques generales de la misma en el marco del SGSSS: primero, uno de acciones orientadas al individuo, de predominio biomédico y asistencial, neo-selectivo[6] y de atención básica administrada, controlado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS); segundo, otro de acciones colectivas de salud pública, basado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, bajo la influencia de las autoridades municipales, distritales y departamentales de salud; y tercero, otro intercultural desde los pueblos originarios, con diversas expresiones según las tradiciones culturales de las comunidades étnicas que las ponen en práctica, pero en estrecha relación con el papel de estas comunidades en la conducción de las EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) indígenas. Aunque la complejidad de estos diversos enfoques se presenta posteriormente con mayor detalle, ligeramente nos referiremos a las bases racionales que sustentan su emergencia.

El primer enfoque emergió bajo el dominio de la racionalidad del aseguramiento con orientación de mercado creado por la reforma sectorial de salud en 1993. Este enfoque se ha fundamentado en la noción de que hay bienes privados de salud

5 Todos los hospitales públicos ahora son denominados Empresas Sociales del Estado – ESE – luego de su transformación para darles autonomía administrativa, jurídica y financiera.

6 En este documento se denomina neo-selectivo a la priorización, bajo criterios de costo-efectividad, de las prestaciones individuales de promoción y prevención incluidas en el POS y controladas por las aseguradas, por referencia a las 4 o 7 intervenciones priorizadas por la APS-Selectiva (GOBI y GOBIFFF) a principios de los años 80 del siglo pasado para reducir las tasas de mortalidad infantil en poblaciones pobres y vulnerables.

(incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS) por los cuales cada quien debe pagar de forma particular bajo la modalidad de afiliación individual a esquemas de aseguramiento obligatorio, contributivo (Régimen Contributivo) o subsidiado (Régimen Subsidiado), para quienes, respectivamente, tengan capacidad de pago o reciban un subsidio del Estado; este enfoque ha construido reglas de transacciones entre el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga, fondo público de salud) y los intermediarios del aseguramiento social (EPS) - como la *Unidad de Pago per Capita* (UPC) - mediante las cuales el Estado delega a las aseguradoras la administración de los recursos colectivos de los afiliados, y ha orientado sus modos de intervención con énfasis en tecnologías de manejo de riesgos individuales por parte de los aseguradores y prestadores que los primeros contratan.

El segundo enfoque se fundamenta en la noción de que hay bienes públicos de salud (antiguo Plan de Atención Básica - PAB, hoy Plan de Salud Pública o Plan de Intervenciones Colectivas - PIC) que son de acceso universal y no están sometidos a relaciones de mercado porque nadie está dispuesto a pagarlos de manera individual, por lo que deben ser financiados con recursos fiscales (impuestos generales) y tienen que ser dirigidos, administrados y prestados por el Estado a través de las autoridades nacionales y territoriales de salud.

El tercer enfoque, o de los pueblos originarios, es de carácter intercultural y se sustenta en el propósito de las autoridades y comunidades indígenas de fortalecer sus sistemas de salud propios o tradicionales pero en relación de complementariedad con el sistema de salud occidental, para lo cual la APS, y la autogestión de las comunidades originarias de los recursos de las EPS Indígenas y de la prestación de los servicios de primer nivel de complejidad del régimen subsidiado, ofrecen una posibilidad de articulación.

El proceso de apropiación de la APS por el SGSSS de Colombia no se ha dado sin contratiempos. Con la implementación de la Ley 100 de 1993 no sólo no se materializó el *Plan Nacional de Atención Primaria* incluido en el Plan Nacional de Desarrollo (1990-1994) del gobierno de Cesar Gaviria Trujillo sino que se comenzó a desmantelar tanto las experiencias de APS que se habían logrado establecer desde el comienzo de los años 80s (Jaramillo Salazar, 1980; Ministerio de Salud, 1981) como los desarrollos posteriores alcanzados mediante la descentralización de la atención básica, la constitución de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y la introducción de la Promoción de la Salud con la Ley 10 de 1990 (OPS, 1988; OPS/OMS/SSPMC, 1990; MS, 1992). Durante un período de aproximadamente 15 años no se volvió a hablar de la APS en Colombia pues los esfuerzos y esperanzas del gobierno y de muchos otros agentes del SGSSS estuvieron puestos en la implementación del aseguramiento y en la aparente bondad de sus tecnologías de manejo de riesgos y competencia regulada. La APS sólo comenzó a existir como estrategia normativa formal del conjunto del actual SGSSS a partir de la aprobación de la Ley 1438 de 2011 (República de Colombia, 2011), cuando ya era más que evidente la profunda crisis de las acciones de salud pública y la ausencia de un modelo eficaz de atención en salud para el manejo de los riesgos individuales y colectivos bajo el esquema de aseguramiento.

La APS en el marco de la Ley 1438 de 2011

Previo a la Ley 1438 de 2011, la APS había sido una iniciativa marginal de la Política de prestación de servicios individuales (MPS, 2005; MPS 2007a) y del Plan Nacional de Salud Pública (Congreso de la República, 2007; MPS, 2007) los cuales, bajo la influencia de los enfoques de campo de la salud de Lalonde (1974) – salud como resultado de las interacciones entre ambiente, herencia, comportamiento y servicios de salud - y de Gestión Social del Riesgo de Holzmann y Jorgersen (2000) y Holzmann et al., (2003), introdujeron la posibilidad de desarrollar modelos de atención de salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria, bajo la responsabilidad y discrecionalidad de las EPS, las instituciones prestadoras de servicios de salud y de las autoridades territoriales de salud. Hasta este momento el Ministerio de Salud dejaba en actores particulares, siguiendo sus propios cálculos racionales de costo beneficio y costo efectividad, la iniciativa sobre desarrollar o no la Atención Primaria en Salud y no asumía ninguna responsabilidad en su formulación, implementación y evaluación.

Definición y enfoque de la APS

El Artículo 12 de la Ley 1438 de 2011 define que la APS es "la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud". La Ley 1438 establece que la APS estará "constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana".

Es importante destacar el espíritu de esta Ley en cuanto a los tres componentes que definen la APS: en el primer componente hace énfasis en una estrategia organizacional que busca propiciar la expansión efectiva de la cobertura de la atención en salud y contribuir a crear un modelo de atención resolutivo, integrado e integral con base en la constitución de equipos básicos de salud por territorios y con población asignada, el fortalecimiento del nivel de baja complejidad y la organización de redes integradas de atención en salud; en el segundo componente apunta a crear los mecanismos necesarios para actuar sobre los determinantes sociales de salud a través del desarrollo de políticas públicas, planes y programas de acción intersectoriales/transectoriales mediante la coordinación y colaboración entre todos los niveles del gobierno, instituciones del Estado y de la sociedad; y en el tercer componente busca crear condiciones para que los procesos sociales, comunitarios y de los ciudadanos se expresen en las decisiones, la gestión, el control y el seguimiento de tales políticas, planes y programas, y en las del sistema de atención en salud y sus instituciones.

Igualmente, el artículo 63 de la Ley 1438 define que la APS debe estar basada

en un modelo de atención “centrado en la persona, la familia y la comunidad, y tener en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género de la población”; y, siguiendo la Declaración de Alma Ata de 1978, el artículo 12 complementa que “La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud”.

Orientaciones para la implementación de la APS

En el Artículo 13 define los principios y los elementos para la implementación de la atención primaria en salud. Principios: “universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad”. Elementos: “Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud; Cultura del autocuidado; Orientación individual, familiar y comunitaria; Atención integral, integrada y continua; Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud; Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado; Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutividad; Participación activa de la comunidad; Enfoque territorial”.

Responsabilidades de las autoridades sanitarias

La Ley 1438 apunta a fortalecer el papel de diversos niveles del gobierno con respecto a la orientación, ejecución y control de los Planes de intervenciones colectivas o de salud pública que se desarrollen bajo la sombrilla de la APS. No es claro el papel del gobierno en cuanto a cómo las intervenciones individuales del Plan Obligatorio de Salud, a cargo de las EPS, puedan ser integradas a las acciones de APS desarrolladas bajo la responsabilidad de las autoridades sanitarias. Así, el Artículo 11 de la Ley 1438 define que “Las acciones de salud pública y promoción y prevención, serán ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada” con recursos de las entidades territoriales. Igualmente, indica que “Los gobernadores y alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública de su competencia con las redes conformadas en el espacio poblacional determinado por el municipio con base en la reglamentación establecida por el Ministerio de la Protección Social, para la prestación de servicios de salud, conforme a la estrategia de Atención Primaria en Salud”. El artículo 12 establece que “Para el desarrollo de la atención primaria en salud el Ministerio de la Protección Social deberá definir e implementar herramientas para su uso sistemático como los registros de salud electrónicos en todo el territorio nacional y otros instrumentos técnicos”, y el artículo 14, que el Gobierno Nacional se compromete a “formular la política de

fortalecimiento de los servicios de baja complejidad para mejorar su capacidad resolutiva, con el fin de que se puedan resolver las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población".

De acuerdo con estas directrices normativas el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y la Dirección Prestación de Servicios y Atención Primaria tiene la responsabilidad de la reglamentación general de la implementación de la APS para lo cual actualmente desarrolla la estrategia de pruebas piloto en algunos territorios del país.

Las autoridades locales de salud (de departamentos, distritos y municipios) definen e implementan modelos de APS con base en acciones colectivas.

Las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado definen e implementan modelos de APS con base en acciones individuales como estrategia de competencia entre ellas.

Por último, las EPS Indígenas y las autoridades indígenas definen e implementan modelo intercultural de atención en salud con base en la APS.

FINANCIAMIENTO DE LA APS

En los artículos 42, 43 y 46 de la Ley 1438 de 2011 se establece, de forma general, cómo deben financiarse las acciones de salud pública del Plan de Intervenciones Colectivas y las actividades individuales de baja complejidad en el marco de la estrategia de APS. Así, el Artículo 42 establece que los recursos provendrán de las siguientes fuentes:

1. "Los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones que trata Ley 715 de 2001.
2. Los recursos de la Unidad de Pago por Capitación destinados a promoción y prevención del régimen subsidiado y contributivo que administran las Entidades Promotoras de Salud.
3. Los recursos de la subcuenta de promoción y prevención del Fosyga.
4. Los recursos de promoción y prevención que destine del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), que se articularán a la estrategia de Atención Primaria en Salud.
5. Los recursos que destinen y administren las Aseguradoras de Riesgos Profesionales para la promoción y prevención, que se articularán a la estrategia de Atención Primaria en Salud.
6. Recursos del Presupuesto General de la Nación para salud pública.
7. Los recursos que del cuarto (1/4) de punto de las contribuciones parafiscales de las Cajas de Compensación Familiar se destinen a atender acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Cuando estos recursos sean utilizados para estos fines, un monto equivalente de los recursos del presente numeral se destinará al Régimen Subsidiado con cargo al numeral 1.
8. Otros recursos que destinen las entidades territoriales".

El Artículo 43 define recursos adicionales de financiamiento provenientes del *Fondo de Riesgos Profesionales*, para "financiar la realización de actividades de promoción y prevención dentro de los programas de Atención Primaria en Salud. Los recursos asignados de este Fondo no podrán superar el cuarenta por ciento (40%) en el objeto señalado en el literal a), ni el diez por ciento (10%) en el literal c), ni el quince por ciento (15%) en el literal d). Lo restante será utilizado en el literal b)". En el artículo 46, que se refiere a los recursos parafiscales de las *Cajas de Compensación Familiar,* se establece que un cuarto (1/4) de punto porcentual de la contribución parafiscal, establecida en la Ley 21 de 1982 en los artículos 11, numeral 1, y 12, numeral 1, a favor de las Cajas de Compensación Familiar, se destinarán a atender acciones de promoción y prevención dentro del marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud y/o en la unificación de los Planes de Beneficios, de forma concertada entre el Gobierno Nacional y las Cajas de Compensación Familiar, conforme al reglamento.

En la práctica lo que ha venido sucediendo es que los recursos de financiamiento establecidos en la Ley 1438 han venido siendo usados de forma discrecional por cada actor del SGSSS en la actividad respectiva de su competencia, con escasa o sin ninguna concurrencia real de las diversas fuentes en el financiamiento de las actividades de los equipos básicos de salud de modo que se permita la atención integral que deberían prestar bajo la estrategia de APS.

Forma de contratación y pago de las prestaciones

Las formas de contratación de los servicios de atención primaria pueden combinar diversas formas de pago, especialmente para las actividades asistenciales, entre las cuales pueden darse el pago fijo global prospectivo, el pago per cápita, el pago por eventos. Según el artículo 52 de la Ley 1438 los servicios de baja complejidad pueden ser contratados por capitación[7] "siempre y cuando el prestador y el asegurador reporten con oportunidad y calidad la información de los servicios prestados objeto de la capitación".

Este artículo también establece que "La contratación por capitación de las actividades de prevención y promoción, las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública, se deberá hacer con fundamento en indicadores y evaluación de resultados en salud". Sin embargo, el mismo artículo define en un parágrafo transitorio que la contratación por capitación de las actividades de prevención y promoción sólo se podrá hacer hasta el año 2013, con lo cual no es legal que se use esta forma de pago para estas prestaciones de la APS.

Además del pago per cápita (excepto promoción y prevención), las autoridades territoriales de salud y las EPS usan diversas formas de pago fijo global y de pago por eventos. El artículo No. 53 de la Ley 1438 plantea que "Están prohibidos aquellos mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios". Sin embargo, la práctica recurrente es la contraria a lo que esta norma establece.

Una comprensión más completa de esta sección requiere del lector(a) revisar la sección sobre organización del sistema de salud colombiano.

7 Es decir, bajo la forma de pago per cápita a los proveedores por parte de las EPS y de otros pagadores

CARACTERISTICAS DE LA PRESTACIÓN Y LA ORGANIZACIÓN DE LA APS

Articulación de las acciones colectivas e individuales

Se deduce de los artículo 6, 7 y 10 del Plan Decenal de Salud Pública, y de los artículos 42, 43 y 46 de financiamiento de la APS, contenidos en la Ley 1438, que la APS es una estrategia para formular y ejecutar las acciones colectivas de promoción y prevención (del Plan Nacional de Salud Pública), y para ejecutar las acciones individuales de promoción y prevención (del Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo y del subsidiado).

En los Artículos 6 y 7 la Ley 1438 señala que el Ministerio de la Protección Social elaborará y desarrollará el *Plan Decenal para la Salud Pública* mediante un proceso participativo "en el marco de la estrategia de atención primaria en salud"; y en el Artículo 10 de la misma Ley se señala que el Gobierno Nacional será el "responsable de la política de salud pública y de garantizar la ejecución y resultados de las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como pilares de la estrategia de Atención Primaria en Salud, para lo cual determinará la prioridad en el uso de los recursos que para este fin administren las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud".

Dadas las anteriores precisiones normativas, bajo la responsabilidad del gobierno nacional y de las autoridades territoriales de salud la APS no incluye las acciones de tratamiento y rehabilitación contenidas en el Plan Obligatorio de Salud, a no ser que estas acciones sean contratadas por las Empresas Promotoras de Salud (aseguradoras) con las instituciones prestadoras de servicios de salud con programas de APS.

Redes Integradas de servicios de salud

El artículo 62 orienta la c*onformación de redes integradas de servicios de salud* bajo la guía de la APS para su organización y funcionamiento. Las redes integradas serán organizadas y conformadas bajo la responsabilidad de "las entidades territoriales, municipios, distritos, departamentos y la Nación, según corresponda, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, y pueden incluir "prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo". Así mismo, define que "las redes se habilitarán de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, quien podrá delegar en los departamentos y distritos". El artículo 63 subraya que entre los criterios determinantes para la conformación y habilitación de las redes integradas de servicios de salud, debe estar el de tener "modelo de atención primaria en salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género" y que, según el

artículo 64, debe haber “consenso en torno a la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud”.

En la red de atención la APS descansa en el trabajo de prestadores de servicios de salud de primer nivel de complejidad, públicos y privados, que cumplen el papel de puerta de entrada a los demás niveles de complejidad en los que se organiza el sistema de atención en salud. Los servicios de APS combinan centros tradicionales de atención básica con equipos de salud. Además, en los territorios indígenas se han venido constituyendo redes de centros interculturales de salud con base en las IPS indígenas. En los entes territoriales y en las EPS desde los prestadores de servicios de atención primaria se realizan acciones de referencia y canalización (inducción de la demanda) a otros niveles de complejidad de la red asistencial, EPS y otros servicios sociales. En algunos entes territoriales, como la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, la atención primaria coordina respuestas sectoriales, intersectoriales/transectoriales y comunitarias según necesidades de salud. Han desarrollado instrumentos de referencia y contrarreferencia. Las redes se integran por territorios (sector público) o alrededor de las EPS.

El tiempo de espera para atención es variable según el tipo de EPS y de modelo de atención del ente territorial respectivo, pero en las mejores EPS éste es de dos días para medicina y odontología general. En los servicios especializados deficitarios el tiempo de espera puede demorar meses. Un instrumento que ha ayudado a mitigar el problema de las colas es la **acción de tutela** la cual por mandado judicial cuando el accionante acude al juez ha ayudado a aligerar los tiempos de espera.

FUERZA DE TRABAJO EN APS

Equipos básicos de salud

Los equipos básicos de salud creados por la Ley 1438 se orientan básicamente a la ejecución de acciones colectivas de promoción y prevención contenidas en los Planes de Salud Pública, y discrecionalmente a las de promoción y prevención contenidas en los Planes Obligatorios de Salud (POS), dejando de lado la ejecución de acciones individuales de tratamiento y rehabilitación contenidas en el POS. El enfoque orientado a la implementación de las acciones de los planes de salud pública, y discrecionalmente a las acciones de promoción y prevención del POS, se infiere al revisar las normas sobre salud pública, las funciones de los equipos y el financiamiento de los mismos.

Equipos básicos de salud y salud pública

Así, en cuanto a salud pública, el Artículo 15 de la Ley 1438 establece que la APS incluirá equipos básicos de salud y que los entes territoriales se encargarán de la definición de los requisitos para habilitar la conformación de dichos Equipos Básicos de Salud previa reglamentación del Ministerio de la Protección Social. Establece que “Para la financiación y constitución de estos equipos concurrirán el talento humano y recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud pública y de otros sectores que participan en la atención de los determinantes en salud”. Igualmente, precisa que “La constitución de equipos básicos implica la reorganización funcional, capacitación y adecuación progresiva del talento humano”, y que “los equipos básicos deberán ser adaptados a las necesidades y requerimientos de la población”. Además de los equipos básicos de salud algunos entes territoriales han implementado equipos de apoyo o complementarios, según sus recursos disponibles. El personal que integra los equipos básicos de salud está conformado generalmente por promotores, auxiliares y técnicos de salud, médicos y enfermeras generales. Los equipos de apoyo pueden incluir otras profesiones como odontología, nutricionistas, psicólogos, entre otros, dependiendo de los recursos del ente territorial respectivo. En el caso de las EPS generalmente los equipos los constituyen médicos generales, enfermeras, pediatras, entre otros. No hay una regla general sobre conformación de los equipos. En los casos descritos adelante se observarán ejemplos concretos sobre este aspecto.

No hay directrices nacionales sobre la sectorización de los centros de APS ni del trabajo de los equipos de salud. Tampoco hay adscripción poblacional como política nacional. Sin embargo, la sectorización puede darse en algunos modelos de APS organizados por autoridades territoriales con base en equipos de salud los cuales, a su vez, han hecho uso de diversas modalidades de adscripción de población según la cantidad recursos disponibles. Las EPS generalmente no sectorizan porque la afiliación en los territorios es dispersa y las modalidades de adscripción a los centros de atención primaria es variable.

Funciones, formación y condiciones de empleo

El Artículo 16 establece las *Funciones de los equipos básicos de salud*:

1. "Realizar el diagnóstico familiar, de acuerdo con la ficha unificada que se defina a nivel nacional.
2. Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios por edad, sexo, raza y etnia.
3. Informar sobre el portafolio de servicios de la protección social en salud a las familias de acuerdo a sus necesidades y a las políticas y reglamentación de dichos servicios.
4. Promover la afiliación al sistema, la identificación plena de las familias, de manera que al identificar una persona no afiliada al sistema se inicie el trámite de afiliación para que puedan acceder a los servicios de protección social.
5. Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública.
6. Facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.
7. Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria".

Del uso de la palabra "facilitar" en la penúltima función listada anteriormente se deduce que los equipos básicos de salud no tendrán, necesariamente, la obligación de prestar la atención integral de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que a ellos les corresponde. Este uso de la palabra señalada ha sido deliberado y estratégico para evitar que converjan en el financiamiento de estos equipos de salud todos los recursos que les permitirían hacer atención integral, como lo veremos en los casos que presentaremos más adelante. Los equipos de salud de los entes territoriales hacen énfasis en la caracterización de riesgos individuales y/o familiares y comunitarios y en la inducción de la demanda de atenciones de los individuos en sus respectivas EPS o prestadores de servicios de servicios contratados por las EPS. Difícilmente pueden prestar atención integral de salud según la necesidad.

Las EPS generalmente no trabajan con equipos básicos de salud. Cada asegurador define el esquema de prestación de servicios y el perfil de recurso humano de forma discrecional. Las experiencias que han desarrollado en este sentido se describen en los casos presentados más adelante en este trabajo.

Dado que el modelo de sistema de aseguramiento que ha predominado hasta ahora ha estado centrado en la atención de la enfermedad, han crecido los servicios de alto costo más rápido que los de bajo nivel de complejidad. Por tanto, la formación de recurso humano no ha tenido un crecimiento coherente con un enfoque de atención primaria. Predomina un enfoque orientado a la formación de médicos especialistas. No hay aún en la práctica una política nacional de formación y capacitación de la fuerza de trabajo para la atención primaria en

salud. Los esfuerzos que se vienen desarrollando obedecen a iniciativas puntuales de los entes territoriales para la implementación de los programas de APS de iniciativa propia.

A nivel del Ministerio se hacen esfuerzos aún pequeños frente al desafío de poner en práctica procesos incipientes de socialización de los fundamentos de la APS a través de actividades de educación virtual. Aunque existen seis programas activos para la formación en medicina familiar, sólo desde el año 2013 el Ministerio viene trabajando en la definición de un programa para la formación en salud familiar y comunitaria y en medicina familiar (MSPS/OPS, 2012; MSPS, 2012b).

El predominio del enfoque biomédico en la formación y práctica del recurso humano de salud, y su débil y discontinuo reentrenamiento, ha sido para la APS uno de los aspectos más críticos en lo que hace a la implementación de su orientación familiar y comunitaria y para el logro de una mejor efectividad de la estrategia. Ello porque el enfoque biomédico, el déficit y la alta rotación del recurso humano no permiten desarrollar y sostener las capacidades que habilitan a los practicantes de la medicina y de otras profesiones y técnicos de la salud para aplicar los principios y atributos de la APS.

En Colombia aún no hay un registro unificado del recurso humano de salud. El crecimiento de la formación de médicos y enfermeros no es importante, hay apenas alrededor de 1.6 médicos por cada 1000 habitantes y el 80 % de ellos se concentra en cuatro de los 80 municipios, existiendo aún zonas desprovistas de recurso humano.

Las formas de contratación del recurso humano en salud son diversas. De otra parte, predomina la política de flexibilización laboral, que media las relaciones de empleo y trabajo entre aseguradores, prestadores de servicios y gran parte de la fuerza de trabajo. Esta política genera inestabilidad, bajos salarios y ausencia de incentivos, especialmente en zonas rurales, y afecta de manera estructural la operación de la estrategia de APS haciendo perder esfuerzos de formación (que no logran institucionalizarse), curvas de aprendizaje y permanencia de la relación entre instituciones, equipos de salud y trabajadores de la salud con la población, las familias y los individuos (PUJ/UIS, 2011).

En materia de acciones concretas, el gobierno nacional ha venido tomando decisiones que pueden favorecer la implementación de la APS, entre ellas, la creación del Sistema de Protección Social, el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), el proceso e-learning para personal del sector salud y dispositivos de Telemedicina y de historia clínica electrónica; así mismo, ha implementado Comisiones nacionales intersectoriales e interinstitucionales que se relacionan con la acción intersectorial por la salud, pero no necesariamente en el marco de la estrategia de APS.

PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ACTIVIDADES INTERSECTORIALES

Uno de los planteamientos centrales de la Declaración de Alma Ata fue el reconocimiento del derecho y deber de los individuos y colectividades a participar en la planificación e implementación de su atención sanitaria (OMS, 1978). Igualmente, la Constitución Política de Colombia de 1991 señala que el Estado debe contribuir a promover mecanismos democráticos en distintas instancia de participación, concertación, control y vigilancia de la gestión pública. Esos planteamientos fueron retomados por la Ley 1438 de 2011 al establecer que uno de los componentes claves de la APS en Colombia debía ser la participación social, comunitaria y ciudadana.

Las comunidades tienen espacios de participación para la concertación con las administraciones municipales en los denominados Comités de Participación Comunitaria (COPACOS), en los Consejos Locales de Planificación Social, en los consejos locales de salud (en Bogotá) y en las juntas directivas de los hospitales públicos. Desde salud pública algunos entes territoriales promueven programas de APS con **agentes comunitarios pagados** que promueven la participación comunitaria en los territorios. Cada hospital público y EPS dispone de Comités de usuarios y las autoridades de salud disponen de oficinas de participación.

Sin embargo, se reconoce por el Ministerio de Salud y Protección Social que la participación social, comunitaria y ciudadana es deficiente, instrumental de los actores del SGSSS (EPS, hospitales y autoridades sanitarias) y burocratizada. A nivel local se plantea también que la participación se ha dado al servicio de las instituciones de salud más que en función de las propias comunidades, con límites y regulaciones rígidas para los funcionarios encargados de promoverla que dificultan que la ciudadanía participe en las decisiones, pueda empoderarse y cualificarse políticamente para interactuar con las instituciones estatales y organismos del gobierno en salud (Restrepo Vélez y Mosquera Méndez, 2009).

Además de las limitaciones del sector salud para la participación, se dan las restricciones propias de la democracia en Colombia, la falta de suficientes garantías y de legitimidad de los procesos de organización y movilización social y la ausencia de suficientes y eficaces espacios que posibiliten que los ciudadanos y comunidades tengan participación vinculante en los procesos de toma de decisiones, ejecución de las acciones y en el control y seguimiento de la gestión.

En cuanto a la Acción Intersectorial por la Salud se han venido constituyendo Comisiones entre las cuales se destacan la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia -AIPI-, la Comisión Intersectorial de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias, la Comisión Intersectorial de la Red para la Superación de la Pobreza Extrema UNIDOS, la Comisión Intersectorial para la estrategia de Cero a Siempre, la Comisión Intersectorial de Seguridad

Alimentaria y Nutricional (CISAN), la Comisión Técnica Intersectorial para la prevención y el control de la contaminación del Aire (CONAIRE), la Comisión Intersectorial de Vivienda de Interés Social Rural, entre otras relacionadas.

Recientemente el Ministerio de Salud y Protección Social mediante el Decreto No. 859 del 6 de Mayo del año 2014 constituyó la Comisión Intersectorial de Salud Pública, integrada por 9 Ministerios y 3 Departamentos nacionales, con la finalidad de coordinar y hacer seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública. Entre otras funciones de dicha Comisión están las de orientar la intervención de los determinantes en salud a través de políticas públicas, la promoción de la coordinación, cooperación y concertación entre diversos sectores y la coordinación de las comisiones intersectoriales antes nombradas, entre otros.

Estos avances, que son más del carácter nacional, se dan a pesar del enfoque individualista, biomédico y centrado en la atención de la enfermedad del modelo de atención en salud, que ha imposibilitado crear una cultura del gobierno, de las instituciones, de la fuerza de trabajo en salud y de los ciudadanos que reconozca que la salud y las desigualdades en salud son socialmente determinadas y que, como consecuencia, deben ser confrontadas desde la investigación de las desigualdades y sus causas, el análisis de la situación de salud, las acciones y los enfoques de las intervenciones a nivel territorial, poblacional y comunitario.

GESTIÓN DE LA APS

Los esfuerzos por diseñar e implementar las estrategias de APS han quedado en manos de las EPS y de los entes territoriales (secretarías municipales, distritales y departamentales). Hasta ahora el Ministerio de Salud y Protección Social no ha jugado un papel significativo en desarrollar orientaciones prácticas para la implementación la APS, sobre todo en lo que tiene que ver con su responsabilidad de reglamentar la Ley 1438 del 2011.

Sin embargo, dada la actual configuración y segmentación del sistema de salud, y a pesar de que la ley establece que tanto las acciones de promoción y prevención del plan de salud pública como las de los Planes Obligatorios de Salud (POS) deben ser parte de la estrategia pública de APS, en el caso de los entes territoriales que implementan la APS con Empresas Sociales del Estado de primero y/o segundo nivel de atención, generalmente sólo pueden incluirse las acciones colectivas del plan de salud pública y, en algunos casos en los que se llegue a acuerdos de contratación entre las EPS y las ESE, las acciones individuales de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación incluidas en el POS del régimen subsidiado.

De otra parte, en lo que compete a las EPS del régimen contributivo, cada una puede desarrollar su iniciativa particular de atención primaria con base en las actividades individuales de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación del POS, atendiendo a sus propias estrategias organizacionales y de competencia con otras EPS.

Desafíos nacionales para la implementación de la APS

Aunque el Ministerio de Salud y Protección Social es el ente nacional encargado por la Ley 1438 de 2011 para reglamentar la implementación de la estrategia de APS, y aunque el primer intento se hizo en el año 2012 cuando se diseñó una primera propuesta de borrador de decreto que no alcanzó a ser aprobada por la ex ministra de salud Beatriz Londoño Soto, aún no se ha tomado una decisión al respecto.

Uno de los problemas para la no reglamentación por parte del Ministerio ha sido la falta de consenso entre los actores del SGSSS (EPS, IPS, autoridades territoriales de salud y el propio Ministerio, entre otros) sobre el enfoque de la APS y los criterios de la implementación. Desde diciembre de este año se desarrolla una discusión que involucra a todas las áreas del Ministerio de Salud y Protección Social y a otros actores del SGSSS para lograr acuerdos sobre los aspectos conceptuales, políticos y operativos para la implementación de la APS.

Según las entrevistas realizadas en el Ministerio, entre sus instancias de dirección hay dudas sobre cómo se implementaría y operacionalizaría la APS conjugando miradas de salud pública, aseguramiento individual, financiamiento y papel de la fuerza de trabajo en salud con respecto a la prestación de los servicios de APS, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social

y comunitaria, pero particularmente con lo que se refiere al enfoque integrado de atención primaria, es decir, a la articulación de la gestión del riesgo de salud en poblaciones e individuos y a las mejoras requeridas del sistema de atención en acceso, oportunidad, continuidad, calidad y resultados en salud.

En el debate sobre implementación de la APS, el Ministerio de Salud y Protección Social parece inclinarse por una senda gradualista basada en la eficiencia, la transparencia y la progresividad, y en un proceso mediante pruebas piloto en seis áreas seleccionadas del país que permitan demostrar la costo-efectividad de las intervenciones que acompañen la implementación de la APS[8] en el territorio nacional. Se viene dando también una serie de discusiones sobre asuntos territoriales y poblacionales de la implementación de la atención primaria en salud y del modelo de atención en salud. Esta discusión se refiere al reconocimiento de que la APS debe servir para reducir las inequidades del estado de salud y relacionadas con el acceso a los servicios de salud, que se presentan entre regiones y áreas urbano-rurales del país y por condiciones etnoculturales, de ingresos y generacionales de la población (MSPS, 2012a; MSPS, 2012b).

Sin embargo, la definición del enfoque, y los criterios para implementar una estrategia pública de APS, orientada a reducir las inequidades en estado de salud y en acceso a los servicios de salud tomando en cuenta los componentes de prestación de servicios de salud, redes de atención en salud, acción intersectorial/transectorial por la salud y participación comunitaria y social no ha sido fácil en el contexto de un sistema de salud basado en el aseguramiento, segmentado y fragmentado y con fuertes debilidades de capacidad de decisión y planeación de los organismos gubernamentales encargados de la orientación y gestión nacional y territorial del sistema de salud y de la implementación de la APS.

Las dificultades son también grandes en cuanto a la disponibilidad de servicios de atención en salud por territorios, la escasa resolutividad del nivel de baja complejidad, la poca cultura y capacidad de la fuerza de trabajo en salud para agenciar una mirada integral de las acciones en salud, la ausencia de una estrategia clara para promover la participación comunitaria y social y la insuficiencia de recursos institucionales, financieros y humanos para garantizar el funcionamiento de una estrategia pública y moderna de atención primaria en salud.

---

8 Con su enfoque basado en el costo-efectividad de las intervenciones de APS el Ministerio se sostiene en los fundamentos racionales puros de las intervenciones de APS Selectiva (Walsh and Warren, 1979) puestos en práctica por el Banco Mundial y la UNICEF a comienzos de los años 80 del siglo pasado. Estos fundamentos demostraron no ser suficientemente efectivos para facilitar acciones con énfasis en los determinantes sociales de las desigualdades en salud (OMS/CDSS, 2005). A pesar de ello, esta concepción es la que orienta la selección de las prestaciones de los planes obligatorios de salud en Colombia, en particular las de promoción y prevención incluidas según la Resolución 492 del año 2000: intervenciones de vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones, atención preventiva en salud bucal, atención del parto, atención del recién nacido y planificación familiar, detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo, de las alteraciones del embarazo, de las alteraciones del adulto mayor (mayor de 45 años), del cáncer de cuello uterino y de seno, y de las alteraciones de la agudeza visual

Desigualdades regionales y sociales en el acceso a la APS

El número de instituciones públicas prestadoras de servicios de salud de bajo nivel de complejidad (centros de salud, hospitales de primer nivel) fue de 834 en el 2010 y de 1002 en el 2013, y la razón por población de instituciones públicas prestadoras de servicios de salud de bajo nivel de complejidad fue de 9,45 por 10000 personas en el 2010 y de 9,86 en el 2013 (Observatorio de Talento Humano en Salud/Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud del MSPS).

Sin embargo, en la mayoría de los municipios del país (72,23%) sólo existen prestadores públicos de servicios de salud como única opción de atención. Tales prestadores de servicios de salud se encuentran concentrados en las ciudades más grandes y económicamente afluentes del país, y sólo 430 (39,01%) de un total nacional de 1102 municipios pueden gestionar los recursos y la prestación de los servicios de salud de baja complejidad "*requeridos por la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda"* (Decreto 4973 de 2009) porque el resto no están certificados para hacerlo.

Las instituciones existentes son poco resolutivas y poco adecuadas en sus características infraestructurales y organizativas para satisfacer las exigencias de un enfoque moderno de la APS, y las dificultades en materia institucional y de gestión de recursos de los municipios para liderar los procesos y actividades de contratación del aseguramiento del régimen subsidiado y de las acciones colectivas del plan de salud pública son enormes, como se establece en diferentes Documentos CONPES y en los análisis del Ministerio de Salud y Protección Social (Ver, por ejemplo, MHCP 2011, págs. 62; MSPS, 2012a).

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) reconoce que existe una alta fragmentación en la prestación de los servicios de salud debido a la competencia por precios entre los aseguradores y prestadores de servicios de salud lo que, además de dificultar la continuidad de la atención y aumentar los costos de la atención para el paciente, hace que haya poca resolutividad de los servicios, dificultades de calidad y prevalencia de un enfoque biomédico de atención centrado en el individuo y en la enfermedad (MSPS, 2014).

De otra parte, la disponibilidad de profesionales de salud por proyección es la siguiente (ver anexo 1): la razón de médicos generales por 1000 habitantes fue de 1,46 en el 2005, 1,65 en el 2010 y 1,68 en el 2011; la disponibilidad de enfermeras fue de 0,68 en el 2005, 0,88 en el 2010 y 0,92 en el 2011; la razón de odontólogos por 1000 habitantes fue de 0,79 en el 2005; 0,85 en el 2010 y 0,86 en el 2011.

Se conoce que en el país hay aproximadamente 500 médicos de familia pero no hay datos claros sobre la cantidad de agentes comunitarios/ promotores de salud (Observatorio de Talento Humano en Salud del MSPS; MSPS, 2014). A pesar de que se observa una tendencia al crecimiento de la fuerza de trabajo generalista en salud, esa tendencia bien pudiera estar siendo

neutralizada por un crecimiento simultáneo de la demanda de atención como consecuencia del crecimiento de la cobertura de afiliación del aseguramiento en el mismo período, la unificación de los planes obligatorios de salud y debido a la transición demográfica y epidemiológica de la población. Se estima que hay un déficit de médicos de más de 2.000 profesionales y que ese déficit pudiera ser mucho mayor entre regiones, particularmente en los municipios de menos de 20.000 habitantes, porque los profesionales de salud tienden a concentrarse en los municipios de más de 500.000 habitantes (Facultad de Salud Pública, 2000; Ruiz et al., 2008).

ALTERNATIVAS DE IMPLEMENTACIÓN DESDE OTROS ACTORES DEL SGSSS

En ausencia de una reglamentación completa del Ministerio de Salud y de la Protección Social para la implementación de la estrategia de APS con los componentes definidos en la Ley 1438, se han venido poniendo en práctica iniciativas espontáneas y separadas de formulación e implementación de la APS por parte de diferentes actores del SGSSS entre las cuales puede indicarse las de algunas EPS, entes territoriales gubernamentales (secretarías municipales y departamentales de salud) y pueblos indígenas.

Gran parte de las pocas experiencias de atención primaria desarrolladas por las EPS han estado basadas en modelos biomédicos de manejo de riesgos individuales y de asistencia médica con enfoque de atención administrada como se demostrará en los casos que seleccionamos del régimen contributivo. Estos modelos han usado más la atención médica de primer nivel, la atención domiciliaria y la medicina familiar para controlar los costos de la atención de las enfermedades, especialmente de las crónicas y de alto costo, que para facilitar el acceso al sistema de salud, garantizar la atención integral de la población según necesidades y propiciar el control de los riesgos de salud y sus causas, los determinantes sociales de la salud.

En contraste con este enfoque de APS de las EPS del régimen contributivo, los entes territoriales han desarrollado *modelos híbridos y segmentados de APS* apalancados en el PIC y en el régimen subsidiado cuando ha sido posible, como se demostrará en el caso que presentamos de Bogotá, Barranquilla, Medellín, Palmira y Santander, que conjugan elementos del enfoque integral con el de atención biomédica, neo-selectiva y administrada de primer nivel.

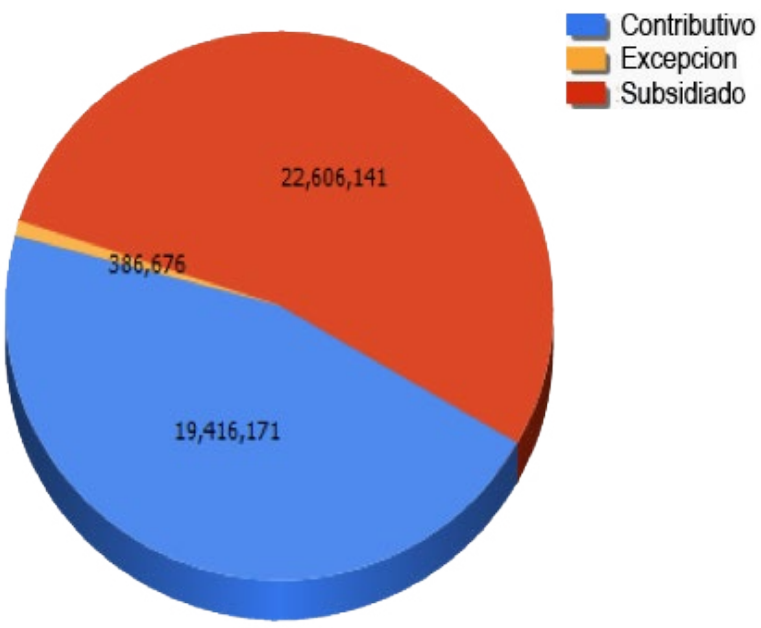
Igualmente, los enfoques de las los pueblos indígenas, aunque desarrollados en el marco del régimen subsidiado del SGSSS, muestran un énfasis de APS integral e intercultural, como igualmente mostramos en los casos seleccionados de la parte Noroccidental de la Sierra Nevada de Santa Marta y el Departamento del Cauca, sólo explicable por las conquistas de estos pueblos en materia de autonomía, derechos, identidad cultural y fortalecimiento de sus autoridades propias. A continuación presentaremos los tres tipos de experiencias reales, posibilitando la extracción de algunas conclusiones generales de cada tipo.

EXPERIENCIAS DE APS DESDE EPS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

En el SGSSS de Colombia existen 51 Empresas Promotoras de Salud (EPS), de las cuales 18 son del régimen contributivo y 33 del régimen subsidiado. Además, hay regímenes especiales y exceptuados del SGSSS como ya señalamos antes. De acuerdo con los reportes de aseguramiento del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), el total de afiliados al SGSSS y a los regímenes de excepción a febrero del año 2014 era de aproximadamente 42 millones de personas que se distribuían de la siguiente forma: 22.606.141 estaban afiliados en el régimen subsidiado; 19.416.171 estaban afiliados al régimen contributivo; y 386.676 estaban en los regímenes especiales y de excepción (Ver Figura No. 1). Lo que estos datos indican es que la APS para gran parte de la totalidad de la población colombiana depende del papel que las EPS jueguen en su definición e implementación. Sin embargo, hasta ahora es poco lo que conocemos al respecto.

En esta sección buscaremos mapear lo que en este campo hacen dos EPS del régimen contributivo. Estas son tal vez las experiencias más destacadas de la puesta en práctica de la APS por estas entidades.

Figura No. 1. Afiliado a Salud por Tipo de Régimen – Colombia, febrero de 2014



Fuente: SISPRO, 2014

Aún estas dos experiencias de APS son difíciles de mapear porque no es expedito el acceso a la información ya que ésta es de manejo confidencial por cada EPS. A través de distintas estrategias se pudo lograr una información mínima

de dos EPS (cuyos nombre omitimos) que afilian a 938.262 y 1.540.706 personas respectivamente (SISPRO, 2014a), es decir, alrededor de dos millones y medio de personas en varios municipios del país. Con estas EPS se pretende ilustrar lo que algunas de estas entidades vienen realizando en materia de atención primaria en el país. La información que se provee es general y no se hace referencia particular a cada una de las dos instituciones de las que se obtuvo la información.

Lo primero que se puede señalar es que cada EPS es parte de una firma corporativa más amplia y su modelo de APS, aunque se enmarca en la Ley 1438, es particular porque éste es parte de su estrategia de organización, competencia y crecimiento en el mercado.

En estas EPS atención primaria significa atención básica individual en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación, con base en las prestaciones correspondientes incluidas en el Plan Obligatorio de Salud. Las EPS no ejecutan actividades del Plan de Salud Pública - Plan de Intervenciones Colectivas - porque estas actividades son de competencia de las autoridades territoriales de salud, que las contratan con los hospitales públicos (ESE) de primer nivel de atención adscritos a las secretarías municipales o distritales de salud. Por lo tanto, los modelos de atención primaria de las EPS sólo incluyen las prestaciones y actividades asistenciales, de promoción y de prevención incluidas en el POS, muchas veces con énfasis en la atención de enfermedades crónicas y de alto costo, especialmente en adultos mayores, gestantes y niños. Sólo en situaciones excepcionales, debido a las posibilidades de uso de recursos corporativos adicionales a los que financian el POS como, por ejemplo, procedentes de Cajas de Compensación Familiar, se ejecutan mínimas actividades de alcance intersectorial y comunitario.

El financiamiento de las actividades de APS se hace con una parte de los recursos que el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) paga a cada EPS por cada afiliado por todas las prestaciones del POS. Estos recursos totales se denominan *Unidad de Pago Per Capita* (UPC), y su monto se estima atendiendo a la edad, sexo, sitio de residencia (zonas apartadas, zonas normales, grandes ciudades) de cada persona afiliada. Cada UPC se estima en un monto promedio anual de US$ 308 ($ 593.987.4 pesos colombianos) para el año 2014 (Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social No. 005522 del 27 de diciembre del 2103). Incluida la prima anual de 10% de zona especial de dispersión geográfica la UPC anual del régimen contributivo es de US$ 338,9 ($653.374,80 pesos colombianos). De los valores anteriores de la UPC la EPS descuenta hasta un 10% por administración. El valor de la UPC anual del régimen subsidiado para el año 2014 es de US 275,6 ($531.388,80 pesos colombianos), siendo la prima para zonas especiales de población dispersa de 11.47% con lo cual la UPC para estas zonas es de US$ 307,2 ($592.340,40 pesos colombianos).

De acuerdo con lo anterior, una EPS del régimen contributivo (cuyo nombre se omite) puede asignar para las actividades asistenciales de atención básica del POS (consultas, apoyos diagnósticos de baja complejidad, medicamentos y terapias) un monto variable de la UPC mensual de aproximadamente el 6%, más

una suma mensual adicional de la UPC por actividades de promoción y prevención del POS que puede ser de US$ 0,9 ($1.745 pesos colombianos) en promedio. A lo anterior esa misma EPS decide sumar recursos variables provenientes de copagos aplicados a actividades asistenciales de atención básica, ya que por ley está prohibido cobrar copagos por actividades de promoción y prevención.

Por regla general, el valor de la tarifa que se pacte entre una EPS y la institución prestadora de servicios de salud, y la forma de pago para la atención de los afiliados, es discrecional del contrato entre la EPS y la institución prestadora de servicios, excepto para las actividades de promoción y prevención. El Ministerio de Salud y Protección Social no tiene competencias para regular las tarifas, su forma de pago ni la asignación de la UPC entre las diferentes prestaciones incluidas en el POS, más allá de lo establecido en los artículos 52 y 53 de la Ley 1438 del 2011. Así, los servicios y prestaciones asistenciales de atención básica que se incluyen en un programa de atención primaria, y que una EPS contrata con una institución prestadora de servicios de salud, puede incluir modalidades de pago de capitación y de pagos prospectivos, pero las actividades de promoción y prevención no pueden pagarse por capitación, generalmente se pagan por evento porque, como ya se dijo, ello quedó expresamente prohibido en el Artículo No. 52 de la Ley 1438 de 2011. Las EPS pueden usar incentivos negativos o positivos por utilización de ciertos servicios y por el cumplimiento de las metas de promoción y prevención.

En general, los servicios y actividades que se prestan en las unidades primarias de atención de propiedad de las EPS o contratadas por estas son las de asistencia de la enfermedad incluidas en el POS, más las actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención que están contenidas en la resolución del Ministerio de Salud (antiguo nombre del actual Ministerio de Salud y Protección Social) No. 412 del 25 de febrero del año 2000. Estas actividades, procedimientos e intervenciones son las siguientes: 1) guías de atención para enfermedades como tuberculosis, lepra, leishmania, malaria y otras de interés en salud pública; 2) Inducción de la demanda - actividades de información y educación a los afiliados en cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana de enfermedades; y, 3) la protección específica frente a riesgos individuales y detección temprana de enfermedades que incluye: intervenciones de vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones, atención preventiva en salud bucal, atención del parto, atención del recién nacido y planificación familiar, detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo, de las alteraciones del embarazo, de las alteraciones del adulto mayor (mayor de 45 años), del cáncer de cuello uterino y de seno, y de las alteraciones de la agudeza visual.

Las unidades de atención primaria de las EPS son la puerta de entrada a los demás niveles de complejidad de su red de prestadores de servicios de salud, generalmente a través de un médico general, de una enfermera o de un especialista básico. Las actividades e intervenciones de atención básica y las de promoción y prevención se organizan en los servicios de las unidades primarias de atención por mandato o en acuerdo con la EPS. Estas unidades son generalmente

instituciones privadas con ánimo o sin ánimo de lucro y de propiedad o no de una EPS. Entre los servicios que incluyen pueden encontrarse, según la EPS, los de medicina general, enfermería, medicina familiar en algunos casos, ginecología, obstetricia, medicina interna, odontología general, odontopediatría, laboratorio clínico y radiología básica. Pueden ejecutar las actividades de atención básica junto con las de promoción y prevención si se incluyen en el contrato entre la EPS y la institución prestadora, así como pueden gestionar el riesgo individual y las actividades de referencia y contrarreferencia a otros niveles de mayor complejidad en coordinación con la EPS respectiva.

Los horarios de atención en estas unidades primarias de atención son variables pero generalmente incluyen atención seis días a la semana para las actividades ordinarias, de lunes a sábado, en horarios que pueden oscilar entre seis de la mañana y 7 o 10 de la noche, los sábados hasta la 1pm. Los servicios de urgencias los prestan en unidades de atención específicas y/o para grupos específicos de población como niños, adultos mayores y discapacitados 24 horas al día.

La oportunidad de la atención puede estar en dos días para medicina y odontología general en las mejores EPS.

El modelo de gestión se caracteriza por integrar tecnológica e informáticamente a la EPS con la IPS de atención primaria para efectos de gestión del riesgo individual en salud, control de la calidad de los servicios, autorizaciones de servicios, facturación, el maneo de los registros individuales de prestación de servicios contratados (RIPS) y el análisis de información. No todas las unidades primarias y EPS tienen historia clínica electrónica aunque pueden disponer de mecanismos de información sobre diagnósticos y atención a través de celulares.

Es raro encontrar que una EPS organice equipos de salud con población asignada por áreas territoriales puesto que en un mismo territorio la población puede estar afiliada a distintas EPS, incluso en una misma familia, con lo cual el grado de segmentación, fragmentación y dispersión poblacional hace ineficiente este tipo de organización. Sin embargo, a raíz de la ley 1438 del 2011 en el año 2014 alguna EPS de una Caja de Compensación Familiar comenzó a organizar equipos conformados por un (1) promotor de salud por cada 1000 familias, un coordinador de los servicios de salud por cada 15 promotores y un coordinador de servicios sociales por cada 15 promotores. En algunos casos, y más recientemente, comienzan a vincular profesionales y personal auxiliar de salud en equipos multidisciplinarios y ambulatorios para ejecutar actividades focalizadas y geo-referenciadas entre las familias de estos grupos prioritarios.

Generalmente las unidades primarias de atención tienen médicos generales, enfermeras y odontólogos generales junto con las especialidades básicas, pero no organizados con la lógica de un equipo básico de salud. Algunas incluyen personal de salud de subespecialidades, pero este perfil profesional no hace parte del nivel de baja complejidad sino que complementa su trabajo asistencial. La forma de contratación de la fuerza de trabajo es por salarios generalmente mediante contratos por prestación de servicios.

La capacitación, cuando la hay, se realiza a través de programas de educación continua a cargo de la EPS o de la institución prestadora de servicios según el contrato o la relación de propiedad existente entre ellas. Puede haber incentivos por resultados en salud por población asignada, especialmente en promotores de salud. También incentivos positivos o negativos según que el personal profesional cumpla las reglas de la EPS o de la institución prestadora de servicios en cuanto a solicitud de procedimientos diagnósticos, referencias y tratamientos, que pudieran tener impacto en el gasto según la forma de contratación.

La acción intersectorial por la salud y la participación comunitaria es limitada. Ello porque el modelo de atención es predominantemente individual, biomédico, centrado en la atención de la enfermedad y en el *managed care*. Sin embargo, algunas EPS del régimen contributivo relacionadas con Cajas de Compensación Familiar, y algunas instituciones prestadoras de servicios, promueven acciones intersectoriales y de participación comunitaria relacionadas con los servicios sociales de las Cajas que prestan.

Generalmente las EPS, y algunas prestadoras de servicios, tienen asociaciones de usuarios, muchas de ellas funcionales a los intereses y fines de estas entidades, o ligadas a procesos de atención y control de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la enfermedad renal, entre otras.

EXPERIENCIAS DESDE LOS ENTES TERRITORIALES Y EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

CASO DE BARRANQUILLA

El municipio de Barranquilla es un Distrito Especial, con una población aproximada de 1,2 millones de habitantes para el 2012 (Secretaría Distrital de Salud Pública, 2012); puerto aéreo, marítimo, fluvial y de comunicaciones, ubicado en la región norte o costa Caribe de Colombia, con un alto porcentaje de población en los estratos socioeconómicos bajos (56% de la población), el cual fue seleccionada por el Ministerio de Salud como prueba piloto de un modelo de atención y prestación de servicios.

El modelo de atención de la red pública de prestadores de servicios de salud del Distrito de Barranquilla se formuló e implementó con base en los principios y elementos de la APS y surgió apoyado en el Convenio No. 518 entre el Ministerio de Salud y de la Protección Social y la Secretaría Distrital de Salud de la ciudad. Este convenio definió las condiciones de operación de la red pública de hospitales de la ciudad con un operador externo. Mediante decreto 0883 de 24 de Diciembre de 2008 el Distrito decidió liquidar la Empresa Social del Estado (ESE)[9] que aglutinaba toda la red de hospitales públicos de propiedad de la ciudad, por insostenibilidad financiera y por deficiencias en la prestación de los servicios. La ESE de Barranquilla la integraban 26 puestos de salud, 2 hospitales de primer nivel de atención, 1 hospital de segundo nivel de atención y otro que integraba servicios de segundo y tercer nivel de complejidad.

El nuevo modelo de atención debería sustentarse en los siguientes procesos: la universalización del aseguramiento de la población sin capacidad de pago, es decir de los pobres sin capacidad de pago seleccionados por la prueba de medios denominada SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios de programas sociales) para entrega de subsidios a la demanda a través del régimen subsidiado del SGSSS; en la liquidación de la anterior red pública de hospitales y en su progresiva transformación física y de la dotación de equipos médicos; en la operación de la nueva red pública reestructurada con base en un modelo público privado de provisión de servicios y en una gestión en manos de un operador externo.

Inicialmente, del 1 de enero del año 2009 al 31 de diciembre del 2011, el operador de la red fue la EPS pública denominada CAPRECOM, nombre supérstite de la antigua Caja de Previsión de las Comunicaciones.

A partir del año 2009 se desarrolló un Plan piloto que permitió: primero, la nivelación de las Prestaciones Obligatorias de Salud del régimen subsidiado al tope de las contenidas en el POS del régimen contributivo, siguiendo el mandato

9 ESE fue el nombre que se le dio en el proceso de reforma de la Ley 100 de 1993 a los hospitales públicos con el objetivo de obtener autonomía administrativa y autofinanciamiento a través de la venta de servicios a las empresas aseguradoras.

de la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional del año 2008; segundo, la universalización de la afiliación de la población pobre sin capacidad de pago en el régimen subsidiado; y, por último, la modernización de la red hospitalaria pública.

En el año 2011, por problemas de oportunidad en el flujo de los pagos de CAPRECOM a la red pública de hospitales, se decidió cambiar el operador público por otro de naturaleza privada denominado IPS Universitaria (institución prestadora de servicios de la Universidad de Antioquia) a partir del 1 de enero del 2012. Se comienza a mejorar la infraestructura física y la dotación de la red pública de centros de salud y de hospitales mediante una inversión apalancada en un impuesto en Estampilla pro hospitales creada por el Concejo de Barranquilla por valor de US$ 311.203,3 ($60.000 millones de pesos colombianos), y en un crédito tipo Fondos de Ayuda al Desarrollo (FAD) del gobierno español por valor de US$ 62.240,6 ($120.000 millones de pesos colombianos). Esa inversión ahora alcanza US$ 62.614 ($140 mil millones de pesos colombianos).

Los centros de salud fueron en gran parte renovados y transformados y se les dio el nombre de Puntos de Atención en Salud Oportunos (PASO); y los Hospitales de mediana complejidad (de segundo y tercer nivel) fueron también transformados y se les dio el nombre de Centros de Atención Médica Integral (CAMINO). La geo-referenciación de la red pública de prestadores fue establecida con base en un estudio apoyado por el Banco de la República. La población objeto de la red alcanza a 616.156 personas de la ciudad afiliadas al régimen subsidiado del SGSSS, que son el 95% de los pobres sin capacidad de pago; esta población tiene derecho al POS nivelado al que nos referimos antes.

Aunque el total de afiliados de las empresas aseguradoras (EPS) del régimen contributivo y del régimen subsidiado es al parecer de 1.206.946 personas en la ciudad, sin embargo, los afiliados al régimen contributivo no forman parte del modelo de atención de la red pública. Ello porque las EPS del régimen contributivo no contratan la atención de sus afiliados con estas instituciones prestadoras de servicios de salud sino que tienen sus propios proveedores o contratan con otros prestadores privados. A los afiliados del régimen contributivo sólo se les presta atención inicial de urgencias, se les da seguimiento de los indicadores de salud pública, se les puede atender en vacunación, y se benefician de las actividades extramurales que paga el Plan de Intervenciones Colectivas (que como dijimos antes, son bienes públicos universales) a través de los promotores de salud, a quienes en este modelo de APS de Barranquilla se les denomina Caminantes de la Salud.

El modelo de atención en salud

El **modelo de atención en salud** que se desarrolla en la red de centros de salud y de hospitales públicos de Barranquilla está basado en la Atención Primaria en Salud. Este modelo, además de las actividades de recuperación y de rehabilitación involucra las de promoción y prevención que se desarrollan con varios programas en cuatro espacios principales: la casa, el colegio, los

barrios, los espacios públicos y el entorno laboral. El enfoque en que se soporta el modelo está constituido por tres componentes de la estrategia de APS: uno, la atención primaria comunitaria; dos, la atención primaria de mantenimiento de la salud; y tres, la atención primaria de recuperación de la salud. Describiremos a continuación cada uno de estos componentes y sus programas:

La Atención Primaria Comunitaria se desarrolla a través del programa *La salud está en mi casa* y de *acciones complementarias*. La salud está en mi casa la realizan dos tipos de actores: por un lado, agentes comunitarios de salud denominados *Caminantes de la Salud,* reclutados en lo posible en la comunidad del barrio donde viven, entrenados como técnicos de salud o auxiliares de enfermería y pagados por el Operador del Programa para desempeñar ciertas actividades específicas de promoción y prevención*;* por otro lado, miembros de los hogares o de las familias del territorio que se ofrecen, con pequeños incentivos, para servir como voluntarios de ciertas actividades de apoyo en salud en sus propias casas, a través de lo que se denomina *Casas saludables*.

El financiamiento del subprograma de los Caminantes de la Salud se hace a través de dos fuentes: primero, el Fondo del Plan de Intervenciones Colectivas (recursos transferidos por la nación (Sistema General de Participación) al ente territorial para actividades de Salud pública), que asigna un 30% de los recursos del programa; y segundo, una fracción de los recursos de las UPC de las actividades promoción y prevención del POS de las EPS del régimen subsidiado, que financia el 70% del programa. Este monto de recursos corresponde al 1% de la Unidad de Pago Per Cápita de la EPS del régimen subsidiado, pero puede alcanzar 3, 4 o 7% de la misma según la capacidad de gestión del Operador privado del programa. Un caminante de la salud cuesta aproximadamente 1.200.000 pesos colombianos (aproximadamente US $ 900 dólares) mensuales, incluyendo su salario, dotación y capacitación. El valor de su salario es de aproximadamente 700.000 pesos colombianos mensuales (alrededor de US $ 363 dólares).

Actualmente hay alrededor de 420 caminantes de la salud, de los cuales cada caminante tiene asignadas más o menos 400 casas incluidas en 12 manzanas donde habita la comunidad en el área de intervención. Por cada 60 caminantes hay un coordinador de caminantes. Los caminantes son capacitados por el Operador del Programa (IPS Universitaria) en las actividades individuales de promoción y prevención que les competen, y por la Secretaría Distrital de Salud en las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas a su cargo. Se evalúan una vez por año.

Se le denomina Casa Saludable a aquella casa de un hogar donde reside un voluntario del programa, que es una persona de la comunidad que se capacita para realizar actividades de educación en salud nutricional, entrega de micronutrientes a personas desnutridas y realizar apoyo en problemas respiratorios de salud. Se registra una cantidad de 171 casas saludables.

Las acciones complementarias del programa la Salud está en mi casa son las actividades generales que se desprenden de la actividad de los caminantes o de la actividad de otros sectores.

La salud está en mi casa inició en el año 2009, pero ya ha logrado un barrido casi completo de los territorios asignados, que son básicamente los barrios en situación de pobreza de la ciudad.

Los Caminantes de la salud y las personas voluntarias del subprograma Casas Saludables realizan actividades de caracterización de riesgos individuales y colectivos, primer contacto, educación incidente en salud, inducción de la demanda de servicios - no importa el régimen de afiliación - de programas de salud como Orientación a la infancia, a las gestantes y a los adultos mayores, apoyo comunitario en acciones y programas complementarios, y actividades de seguimiento y control. Para apoyar sus actividades utilizan técnicas y dispositivos de mapeo de zona, comunicación, biometría, peso, metro, tensiómetro, glucómetro, rota folio, folletos educativos y morral para portar el equipo de trabajo.

En las visitas iniciales los caminantes de la salud caracterizan de forma manual los riesgos del hogar, hacen educación en problemas de salud pública, generan demanda inducida de servicios de promoción y prevención individual, ejecutan actividades relacionadas con el ambiente, identifican a los no afiliados al régimen subsidiado de salud y promueven su afiliación, apoyan la consecución de documento de identidad para que puedan afiliarse, promueven la escolarización de las personas, vigilan eventos de salud mental - actualmente desarrollan un programa piloto en suicidio, uso de sustancias psicoactivas y violencia con el apoyo del Instituto Nacional de Salud - y programan las visitas de seguimiento y control para los 6 meses siguientes.

Si bien no hacen actividades de participación comunitaria dicen tener acogida en la comunidad y sirven de apoyo para las actividades de salud pública.

Las actividades de acción intersectorial por la salud se materializan en la interacción con agentes comunitarios de otros sectores e instituciones públicas y privadas de la ciudad, con los cuales buscan hacer abogacía frente a problemas específicos de las comunidades en que actúan, promover el acceso a programas de subsidios condicionados como Red Unidos y desarrollan otras acciones puntuales. Los caminantes coordinan sus actividades con las personas de las Casas de la salud y con los Puntos de Atención en Salud Oportunos (PASO), éste último componente de la *Atención primaria de mantenimiento de la salud* donde todos los caminantes del área del PASO respectivo tienen una oficina para planificar sus actividades.

La **Atención primaria de mantenimiento de la salud** se realiza a través de los programas que desarrollan los centros de salud denominados Puntos de Atención en Salud Oportunos (PASO), los cuales prestan servicios ambulatorios con énfasis en promoción y prevención individuales, y servicios curativos de baja y mediana complejidad en consultas de medicina general, odontología, nutrición y psicología. PASO es el nuevo nombre dado al antiguo centro asistencial de salud, ahora complementado con los promotores de salud denominados caminantes de la salud. Hay dos tipos de PASO por el tipo de servicios que prestan: los que hacen énfasis en actividades de promoción y prevención, y los que hacen

énfasis en actividades asistenciales corrientes. Han logrado establecer 13 PASO de promoción y prevención y 32 PASO asistenciales.

Los PASO de promoción y prevención son puntos de atención que, además, apoyan el trabajo de los PASO asistenciales a los cuales están asignados. Entre las actividades que realizan están la higiene oral, los programas infantiles de vacunación, control del crecimiento y desarrollo, enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda y nutrición; programas de adultos como hipertensión, diabetes, respiratorios y otros; programas de la mujer como control de embarazo de bajo riesgo y citología; programas de capacitación y formación; manejo del sistema de asignación de citas, referencias y contra referencias.

Disponen de médicos y enfermeras que prestan servicio social obligatorio[10] e higienista oral. Estos trabajadores de la salud trabajan jornadas completas de ocho horas o también medias jornadas, según las necesidades.

Los PASO asistenciales son 22 de carácter ambulatorio, que incluyen 3 PASO básicos, y 10 que son complementarios. Los PASOS ambulatorios son de dos tipos: A, B y C.

Los PASO tipo A, realizan actividades ambulatorias de baja y mediana complejidad divididas en cuatro tipos de servicios: 1) servicios de promoción y prevención (higiene oral; programas de atención infantiles, de la mujer y del adulto; salud mental y recuperación nutricional; capacitación, formación y talleres de recuperación de la salud); 2) servicios de atención asistencial en salud (medicina general programada y prioritaria, odontología general programada y prioritaria, pediatría, ginecoobstetricia, medicina interna, psicología, nutrición, terapia física, respiratoria y del lenguaje, y trabajo social; 3) Servicios complementarios (toma de muestras de laboratorio clínico, citología y entrega de resultados, suministro de medicamentos, pequeñas curaciones y procedimientos menores); y 4) Servicios administrativos (asignación de citas, referencia y contra referencia, coordinación y articulación sectorial y transversal, coordinación, sitio de enlace de los Caminantes de la salud y punto de encuentro y de diálogo de la participación ciudadana).

Los PASO ambulatorios tipo A tienen una fuerza de trabajo constituida por un médico general de planta (coordinador del centro) y un médico en servicio social obligatorio; una enfermera para la coordinadora de los programas de promoción y prevención; otra enfermera en servicio social obligatorio y una auxiliar de enfermería; tienen también un odontólogo de planta (coordinador de atención en salud oral), otro odontólogo en servicio social obligatorio y un(a) higienista oral; además, un médico pediatra, un gineco-obstetra y un internista, con horarios de atención según agenda mínima una vez por semana; cuentan también con un profesional en psicología, nutrición, terapia física y del lenguaje y una

10 El servicio social obligatorio es un programa oficial que obliga a los recién egresados del pregrado de medicina y enfermería, entre otras profesiones, a trabajar en zonas deprimidas y rurales como requisito para el reconocimiento oficial del titulo profesional.

trabajadora social; este personal tiene horarios de trabajo según agenda mínima una vez por semana. En los PASO tipo A también hay caminantes de la salud; auxiliar de recepción, citas y referencia; auxiliar administrativo para actividades de facturación, estadística y archivo; y de servicios generales, de portería y vigilancia. El horario de atención se establece según los requerimientos de cada comunidad y la población a atender, por lo menos de 7am a 1pm y de 2pm a 5pm de lunes a viernes, y de 8am a 12m los días sábados.

Los PASO tipo B o Básicos, son puntos ambulatorios ubicados en áreas de difícil acceso de menos de 20.000 habitantes en los cuales se fortalecen las labores de atención prioritaria, estabilización y referencia de pacientes. Disponen de los mismos servicios de un PASO tipo A más los siguientes: consulta prioritaria de baja complejidad; observación para la estabilización y referencia; procedimientos menores para estabilización y referencia; suturas, yesos, desbridamientos y lavados, etc.; nebulizaciones prioritarias, parto en expulsivo no remisible, comunicaciones (celular, radio y teléfono); y transporte básico por llamado. Su fuerza de trabajo puede estar constituida por personal médico y de enfermería en servicio social obligatorio.

Figura No. 2. Paso Las Flores - Barranquilla, Colombia 2014

Fuente: Presentación visita Secretaría Distrital de Salud el 19 de febrero de 2014

Los PASO tipo C o Complementarios son puntos donde se complementa la atención de varios PASO tipo A o tipo B con procedimientos diagnósticos, atenciones especializadas o subespecializadas y de apoyo terapéutico. Incluyen los servicios diagnósticos de radiología básica, ecografía obstétrica y básica, monitoreo fetal, electrocardiograma, lectura directa y con telemedicina; rehabilitación en terapia física, respiratoria, del lenguaje y ocupacional; medicina especializada y subespecializada en cirugía general, ortopedia, otorrinolaringología, urología,

dermatología, fisiatría y psiquiatría; pueden incluir también otras especialidades por agenda según necesidades, entre ellas optometría y óptica.

Desde los PASO se puede hacer atención domiciliaria a aquellas personas que tengan dificultades para movilizarse. Los PASO remiten pacientes a los Centros de Atención Médica Integral Oportuna (CAMINO) según la necesidad de atención. La interacción entre las actividades de un PASO y las de un CAMINO depende del contenido de la guía o protocolo de manejo del paciente. Las EPS del régimen subsidiado deben autorizar la remisión del paciente a otro nivel de atención de la red pero el paciente debe regresar a los programas de los PASO.

Los PASO no realizan acciones intersectoriales ni de participación comunitaria de forma directa sino a través de los caminantes de la salud. Complementan sus actividades con 3 equipos de apoyo extramurales constituidos cada uno por enfermera, médico, higienista, trabajadora social, nutricionista y caminantes vacunadores (que son certificados).

Figura No. 3. Paso Rebolo – Barranquilla, Colombia 2014

Fuente: Presentación visita Secretaría Distrital de Salud el 19 de febrero de 2014

Los PASO se distribuyen en la ciudad de modo que procuren la mejor accesibilidad geográfica posible a la población de menores ingresos. Cada PASO tiene un área de influencia con población variable según el tamaño de ésta, que oscila entre 10.000 a 15.000 personas por PASO. La adscripción de las personas que tienen derecho a la atención del PASO es por estar éstas residiendo en el área donde se ubica el PASO. La Influencia de los caminantes de la salud y de los PASO se concentra en 3 áreas de la ciudad: Sur Occidente, Sur Oriente y área Metropolitana. Hay 32 pasos y la distancia entre ellos es de aproximadamente 1 Km. Los PASO tipo C están a menos de 2.5 km uno de otro.

Al parecer trabajan en equipos multidisciplinarios aunque esto no quedó claro en la visita de observación de los mismos. Desarrollan varios programas, entre ellos, primera infancia, atención de gestantes, adolescentes etc. No tienen enfoque familiar ni comunitario en su trabajo. Para atraer usuarios se apoyan en las actividades de inducción de la demanda de los caminantes de la salud. En sus instalaciones los coordinadores de los caminantes son los que planifican las acciones que se desprenden de los riesgos caracterizados o identificados por los caminantes de la salud. El papel de los demás perfiles profesionales del equipo que forma parte del PASO es atender la demanda de atención que se desprende de la planificación referida.

El horario de atención de los PASO es de 7am a 4pm, de lunes a viernes, de 7am a 1pm los sábados. Los PASO de 24 horas trabajan sábados y domingos. Hay una línea telefónica de salud que presta soporte de atención. El caminante sólo trabaja de 7am a 4pm. La oportunidad de atención en los pasos es de 3 días.

Los PASO son financiados solamente con los recursos de la UPC de las intervenciones de primer nivel de complejidad que usan las siete EPS del régimen subsidiado que forman parte del modelo de atención. Estas EPS generalmente asignan el 60% de la UPC del primer nivel, cubriendo la fracción de la Unidad de Pago per Cápita que asignan para la contratación de estas actividades con el prestador las 4 especialidades básicas en algunos PASO. En los PASO se puede atender vacunación y realizar actividad extramural que paga el Plan de intervenciones Colectivas (PIC) a través de los caminantes de la salud y de otros equipos extramurales. El régimen contributivo del SGSSS no financia los PASO, excepto en demandas de pacientes por atención inicial de urgencias.

Generalmente del 10 al 15% de los afiliados de las EPS del régimen subsidiado no forman parte del modelo porque la prestación de sus servicios es contratada por estas entidades con otras instituciones privadas o con sus propios proveedores de servicios de salud.

No hay copagos para las actividades de promoción y prevención ni para la atención de patologías crónicas. Puede haber excepciones de pago para otras actividades según la situación de pobreza de los usuarios con derechos por afiliación.

La contratación del recurso humano de los PASO se hace por parte del Operador privado (la IPS Universitaria) entre organizaciones de intermediarios (en algunos casos llamados sindicatos) y se les paga un monto de recursos en correspondencia a la cantidad de procesos que produzcan. Al parecer hay poca rotación del personal, sin embargo esto no pudo ser constatado. No hay régimen laboral especial para los trabajadores de la APS que les permita estabilidad, promoción en el cargo o incentivos por los resultados de su trabajo. No perciben déficit de personal.

La capacitación de las personas contratadas la hace la organización intermediaria (forma de tercerización de la relación laboral) para que haga los procesos (actividades) contratados con el operador del modelo de atención.

La Atención primaria de recuperación de la salud está conformada por los Centros de Atención Médica Integral Oportuna (CAMINO). Los CAMINO son

unidades con servicios de atención de urgencias, hospitalización y cirugía que se clasifican según el grado de especialización profesional y la complejidad tecnológica que tengan en cuatro tipos de instituciones: I, II, III y IV. Hay 3 CAMINO tipo I, 4 tipo II, 3 tipo III, y 1 tipo IV.

Los CAMINO tipo I son de baja complejidad y prestan servicios de urgencia, observación y hospitalización de corta estancia. Hacen interconsulta de especialidades básicas y ejecutan procedimientos menores, partos de bajo riesgo y cirugía ambulatoria programada de niveles I y II, más transporte de pacientes por llamado.

Figura No 4. Camino Simón Bolívar – Barranquilla, Colombia 2014

Fuente: Presentación visita Secretaría Distrital de Salud el 19 de febrero de 2014

Los CAMINO tipo II son de complejidad similar al CAMINO tipo I, pero prestan servicios adicionales de atención de parto de riesgo medio y cirugía ambulatoria programada de niveles I, II y III, así como de nivel II con internación y transporte de pacientes por llamado.

Los CAMINO tipo III son de mediana complejidad y prestan servicios de urgencias, observación, procedimientos menores y mayores, hospitalización de especialidades básicas e interconsulta de subespecialidades, parto de alto riesgo que no requiere unidad de cuidados intensivos, cirugía ambulatoria y con estancia programada de niveles I, II y III, atención de urgencias de especialidades quirúrgicas básicas, atención ambulatoria de subespecialidades de III nivel, laboratorio clínico de baja complejidad y transporte de pacientes de baja complejidad.

El CAMINO tipo IV, o de alta complejidad, atiende las referencias de urgencias, hospitalización de mediana y alta complejidad de especialidades primarias y subespecialidades, parto de riesgo alto, cirugía de urgencias de mediana y alta complejidad y programada de niveles III y IV, servicios de cuidados intensivos y de cuidados intermedios para adultos, obstétricos, neonatal y pediátricos, unidad

de quemados y alta complejidades diagnóstica, diagnóstico y tratamiento de subespecialidades como neumología, neurología, gastroenterología, urología, otorrinolaringología, además de transporte de pacientes de alta complejidad.

El Modelo de Gestión

La Secretaría Distrital de Salud es el articulador de la política y el rector local del sistema de salud de la ciudad, pero la gestión de la red pública y del modelo de atención basado en APS está en manos del Operador IPS Universitaria, que es una fundación de naturaleza privada sin ánimo de lucro.

Luego de liquidada la ESE de Barranquilla (ver sección inicial de este documento), y superada la gestión de CAPRECOM, esta IPS fue contratada por la Secretaría Distrital de Salud mediante contrato de arrendamiento de la red pública. El 1 de enero de 2012 la IPS Universitaria entra a operar 43 centros de atención, 12 de urgencias, 9 CAMINOS y 33 PASO, de distintos niveles de complejidad. En los centros de atención parte de la dotación es privada (tercerizada) y otra es del Distrito.

Contratan con las EPS y la Secretaría Distrital de Salud las actividades individuales y colectivas, respectivamente. Esta IPS, a su vez, contrata la fuerza de trabajo que requiere la red de prestadores con los intermediarios antes mencionados mediante la modalidad de contratación de procesos a necesidad.

El modelo de gestión es calificado por uno de los entrevistados como eficiente y formador, transparente, productivo y articulador de convenios docente asistenciales. El gerente de la IPS en Barranquilla considera que han avanzado en crear una cultura de servicios, manejo transparente de recursos, pago oportuno a la fuerza de trabajo. La productividad del recurso humano depende del intermediario pero la IPS Universitaria audita los procesos contratados y puede colocar glosas a los mismos.

Los resultados de la gestión que han hecho los miden en grado de recuperación del patrimonio hospitalario en cuanto a mantenimiento de las instalaciones y del equipamiento, la gestión de los servicios y la entrega oportuna de suministros. Ahora dicen ser más productivos con los mismos recursos que en el pasado; también dicen tener mejor oportunidad en la atención y mayor satisfacción de los usuarios porque al parecer han disminuido el número de tutelas y hay más confianza entre las instituciones involucradas y los usuarios de las mismas.

Entre los indicadores de seguimiento destacan tener 3 a 5 días de espera en medicina general. El incumplimiento promedio en citas es del 18% y en medicina general 40%. Las prioridades en resultados en salud los miden en promoción y prevención, reducción del gasto en salud e inducción de la demanda, en lo cual los caminantes se han vuelto al parecer actores claves. Sin embargo, un análisis de situación de salud devela serios problemas de salud pública, de falta de infraestructura y recurso humano para atención, problemas de mantenimiento del algunos PASOS y CAMINOS, falta de oportunidad en la asignación de

citas, retraso en los procesos de referencia y contrarreferencia, de entrega de medicamentos y persistencia de barreras de acceso, entre otros (SDSP, 2012)

Aunque no hay ningún estudio que permita medir el impacto atribuible a la implementación de la APS, los indicadores de resultados en salud de la Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla muestran que entre 2007 a 2012 la razón de mortalidad materna pasó de 55,21 a 41,5 por 100.000 nacidos vivos (resultado parcial); la tasa de mortalidad perinatal de 9,73 a 6,13 por 1000 nacidos vivos; la tasa de mortalidad infantil entre 2008 y 2012 pasó de 15,73 a 10,20 por 1000 nacidos vivos (resultado parcial); la mortalidad en menores de cinco años de 17,25 por 10000 nacidos vivos en el 2008 a 11,46 en el año 2012 (resultado parcial); la mortalidad por cáncer de cérvix se ha reducido de 12,1 en el 2005 a 6,3 por 100.000 mujeres en el 2.012. También sostienen haber reducido la letalidad por dengue y mantenido coberturas útiles de vacunación para distintos biológicos del Plan Integrado de Inmunización.

Creen caminar hacia un enfoque integral de APS especialmente en el proyecto piloto en FLORESER (que promueve acciones intersectoriales) diseñado por el distrito y liderado por la IPS Universitaria.

Sostenibilidad financiera del modelo de atención

La sostenibilidad del modelo en cuanto a prestación de servicios de salud se sustenta en la contratación de éstos a las EPS del régimen subsidiado que en Barranquilla reciben del Fosyga (Fondo de Solidaridad y Garantías) una Unidad de Pago per Cápita preferencial cuyo valor es de US$ 275,5 ($531.388 pesos colombianos) por afiliado bajo su administración, y de recursos de salud pública del Plan de Intervenciones Colectivas, entre otros. El gasto total estimado por atenciones individuales a los afiliados del régimen subsidiado asciende a US$ 85.581 ($165.000 millones de pesos colombianos); por oferta de prestación servicios a US$ 181.535 ($35.000 millones de pesos colombianos; por servicios de salud pública y otros a US$ 51.867 ($10.000 millones de pesos colombianos); para un total de gasto público de US$ 108.921 ($210.000 millones de pesos colombianos). Además, la red de prestadores debe pagar el crédito FAD (Fondo de Ayuda al Desarrollo) al gobierno español mediante los recursos que les ingresan por concepto de su arrendamiento al Operador privado. El Operador le entrega anualmente a la Secretaría Distrital de Salud (al Distrito) US$ 4.668 ($9 mil millones de pesos colombianos) por el arrendamiento de las instalaciones de la red pública.

Sin embargo, según el operador, la cartera se ha disparado por las deudas crecientes de las EPS del régimen subsidiado a la red pública, que alcanzan un monto de US$ 31.120 ($60 mil millones de pesos colombianos). Paradójicamente, mientras las deudas a los hospitales crecieron en 30 mil millones de pesos en el año 2013, las ganancias del operador ascendieron a US$ 933.610 ($1.800 millones de pesos colombianos). El problema que se les presenta es de flujo de caja de las instituciones de la red. Aunque ninguna

ha dejado de prestar servicios hasta ahora, hay riesgo alto de insostenibilidad financiera como consecuencia del retraso de los pagos. Las EPS no pagan porque no quieren, dice el entrevistado. CAPRECOM es la de peor situación y tienen 55 mil usuarios. La EPS con mayor cantidad de usuarios es Mutual Ser (161 mil). Si en abril no se pagan las deudas se revocará el funcionamiento de las EPS que no paguen, ha anunciado la alcaldesa distrital. Ya que la red pública es la más grande de la ciudad no tendrían como prestar los servicios de salud a la población pobre sin capacidad de pago.

CASO DE BOGOTÁ

La ciudad de Bogotá es la capital de Colombia. Está ubicada en la región central de la cordillera oriental del país, con categoría de distrito especial, y cuenta con el mayor volumen poblacional del país, cerca de 7,5 millones de habitantes para el 2011. Corresponde al mayor centro de actividades económicas de servicios, industria y comercio del país y aporta cerca del 25% del Producto Interno Bruto nacional. Esta metrópoli se caracteriza por concentrar un alto volumen de población de nivel socioeconómico bajo, ya que el 85% se encuentra en los estratos 1, 2 y 3 (los más bajos de las 6 categorías de estratificación social) (Secretaría Distrital de Salud, 2013), población que ha sido objeto de la experiencia de APS que aquí se describe.

Los antecedentes

Como fue descrito por Vega Romero et al (2012:393) "La propuesta de retomar la estrategia de APS en Bogotá surgió con la nueva política de salud iniciada en el año 2004, la cual se orientó a garantizar el derecho a la salud con equidad, impactar los determinantes sociales y ambientales de la salud, mejorar el acceso a los servicios y reorientar el modelo de gestión y atención en salud. La estrategia de APSI (Atención Primaria en Salud Integral) se inició con el programa Salud a Su Hogar (SASH) a finales del año 2004 al que, con el cambio de gobierno a partir del año 2008, se le denominó Salud a Su Casa (SASC). Desde su diseño inicial, y en el proceso posterior de implementación, el programa ha reivindicado un enfoque familiar y comunitario de acuerdo a lo formulado por la OMS (1978), los atributos de la APS descritos por Starfield (2001) y los valores, principios y elementos de la APS renovada (PAHO/WHO,2007)".

Figura No. 5. Agente de Salud a Su Hogar en actividad domiciliaria, Bogotá, Colombia, 2004

SASH inició a mediados del 2004. En el 2007 fue apoyada por un equipo ampliado y adoptó el nombre Saluda Su Casa (SASC)

Actualmente se desarrolla un programa reestructurado: Territorios Saludables

Fuente: Fotos tomadas por integrantes de equipos básicos de salud, 2004

El programa SAHS/SASC se comenzó a implementar en los estratos 1 y 2 de la población[11] con la esperanza de extenderlo progresivamente a los demás estratos sociales. Se trabajó con un equipo básico de salud que adscribía 1200 familias por microterritorio, y con un equipo ampliado de apoyo por localidad. El equipo básico estaba conformado por una enfermera, un médico, dos promotores y un técnico ambiental, y el equipo ampliado por psicólogos, terapeutas físicas, nutricionista, odontólogo, higienistas orales y técnicos y profesionales de entornos saludables. El financiamiento de ambos equipos procedía de los recursos del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y sus operadores eran los hospitales públicos de primer nivel de atención – Empresas Sociales del Estado (ESE).

Dado el anterior financiamiento, las actividades de los equipos descansaban fundamentalmente en las intervenciones incluidas en el PIC, con exclusión de las prestaciones de salud del POS, a no ser que los hospitales de primer nivel de atención tuviesen contratos de prestación de servicios con las EPS del régimen subsidiado. Por esta razón, y dado que los hospitales de primer nivel continuaban con el modelo asistencial tradicional, el modelo implementado resultó ser un híbrido entre enfoques distintos de APS (mezcla entre atención primaria básica, selectiva e integral), predominando en los equipos un enfoque fundamentado en actividades colectivas de promoción y prevención en diferentes ámbitos (escuela, trabajo, comunidad, familia e instituciones de protección), y en los centros tradicionales de atención de primer nivel una mezcla entre asistencia médica y promoción y prevención individual. Además, el modelo tenía un carácter segmentado dado que reproducía la segmentación propia del sistema de salud.

Desde esta primera fase, la implementación de la APS con base en los equipos básicos de salud había sido principalmente un programa de promotores de salud cuyo papel principal, además de contribuir a las acciones de salud colectiva, era la inducción de la demanda (canalización) individual de los afiliados a distintas EPS encontrados en el microterritorio a los servicios contratados por éstas, o a los de los regímenes exceptuados (maestros, trabajadores de la Empresa Colombiana de Petróleos, etc.), ya que los equipos básicos no podían prestar a estos individuos ni a las familias servicios integrales de salud, así los necesitaran, porque su oferta era limitada cuando las EPS contrataban esos servicios de salud con proveedores distintos a las ESE donde los equipos estaban vinculados.

Esta situación debilitaba el carácter integral, con orientación familiar y comunitaria, que pregonaba el modelo de APS en desarrollo puesto que, además de ser poco resolutivo en términos de tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y sus secuelas a través de la asistencia médica, no era suficientemente eficaz para reducir su incidencia a través de la prevención y de la promoción de la salud, comprometiendo la acción de las familias, las comunidades y de otros sectores del Estado y de la sociedad para afectar los riesgos individuales y colectivos generados por los determinantes económicos, sociales y culturales de la salud. Ello debido,

11 En Bogotá la población se clasifica en estratos socioeconómicos 1 a 6, siendo el uno el más pobre y el 6 el más rico.

en lo que al sector se refiere, a la segmentación y fragmentación del modelo de aseguramiento en que se fundamentaba el SGSSS.

Figura No. 6. Una médica del equipo básico de salud en consulta en el domicilio, Bogotá – Colombia, 2014

Fuente: Foto tomada de Vega Romero et al., (2009), p. 49

Sin embargo, Mosquera et al (2013) plantean que la experiencia acumulada de una estrategia de APS basada en equipos de salud había servido para estimular al gobierno nacional y a los de otras regiones y municipios de Colombia a incluir la APS en su políticas, planes de acción y programas de salud; a proponerse establecer redes integradas de servicios de salud basadas en la APS; y a promover la participación comunitaria y la acción intersectorial por la salud.

Igualmente, Mosquera et al (2013) recomendaban que debían hacerse esfuerzos significativos en términos de una política de recurso humano orientada a su formación, capacitación y contratación teniendo en cuenta los atributos de la APS y, particularmente, voluntad política para integrar las fuentes de financiamiento (controladas por diferentes actores por dentro y por fuera del SGSSS) de modo que la ampliación de la cobertura y la eficacia resolutiva de los equipos de salud integrales redundara en resultados efectivos en salud y en equidad en salud.

Al actual modelo de APS

Puede afirmarse que el enfoque de APS que se desarrolla actualmente en Bogotá corresponde al proceso que comenzó a ser implementado en el año 2004 al 2007 con el nombre de *Salud a Su Hogar,* el cual ha tomado nombres diferentes según cada período del gobierno distrital elegido. Así, entre 2008 a 2011 tomó el nombre de *Salud a Su Casa*, y en el período de 2012 a 2015 el de *Territorios Saludables* en el marco del actual Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital 2012-2016 (SDS, 2013). Este enfoque, como los anteriores,

cabalga sobre el modelo de atención básica que se desarrolla desde los centros de salud tradicionales a los cuales nos referiremos más adelante.

El actual enfoque de la APS en Bogotá se inspira en la *APS Renovada*, con énfasis en los derechos humanos, la integralidad de la atención, la promoción de la calidad de vida y el territorio (físico, ambiental y sociocultural) y la población. Promueve la participación social, la acción intersectorial por la salud, un nuevo modelo de atención y la organización de redes integrales de servicios de salud por territorios (SDS, 2013). Busca ayudar a integrar las acciones individuales de atención con las de salud pública, las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, y actuar sobre los determinantes sociales de la salud.

La SDS asume que la APS debe ser pública, universal, gratuita y orientadora de la acción de los servicios de salud, bajo una perspectiva que debe estar en todas las políticas del Plan de Desarrollo de la ciudad - no segregar, no depredar y fortalecer lo público. Clarifica que la APS no es sólo equipos que recorren las calles de Bogotá pero son conscientes de las limitaciones que coloca el SGSSS y de las dificultades de la gobernabilidad en la ciudad. Sin embargo, la estrategia de APS busca contribuir a garantizar acceso a los servicios de salud y sociales sin barreras y sin interferencia del mercado.

Figura No. 7. Integrantes del equipo básico del Programa Territorios Saludables – Bogotá, Colombia, 2014

Fuente: Tomado de SDS (2013), p. 155

Conducción de la APS

La APS es una estrategia directamente conducida por la autoridad territorial de salud a través de la red de hospitales públicos de primer nivel de atención adscritos a la Secretaría Distrital de Salud. Igualmente es parte del Plan de Desarrollo de la ciudad a través del Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital 2012-2016.

Se busca que los diferentes actores del SGSSS comprometidos con el Plan Territorial de Salud 2012-2016 coadyuven a la realización de la estrategia de APS y del modelo de atención, especialmente en cuanto a la articulación entre las Entidades Promotoras de Salud - responsables de administrar el Plan Obligatorio de Salud -, y SDS - responsable del ejecutar el Plan de Intervenciones Colectivas. Desde la Secretaría Distrital de Salud se expresa la voluntad política de dar cumplimiento a la Ley 1438 de 2011 en cuanto a la implementación de la APS, de los equipos básicos de salud que esta determina y de construir las redes territoriales de servicios de salud.

Financiamiento

La base del financiamiento de la APS en Bogotá es la concurrencia de recursos, de acuerdo con lo definido por la Ley 1438 en los artículos 42, 43 y 46 descritos en otra sección de este documento. Los equipos básicos de salud son financiados con porcentaje de los recursos del Sistema General de Participación SGP asignados al Plan de Intervenciones Colectivas o de salud pública (PIC) y con recursos ordinarios adicionales procedentes de los entes territoriales y del esfuerzo propio.

Además, los recursos procedentes de la UPC del régimen contributivo y subsidiado para las actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, siempre y cuando las contraten con los hospitales de los cuales dependen los equipos básicos de salud y las unidades asistenciales respectivas. Lo mismo podría suceder con los recursos procedentes de las Agencias de Riesgos Laborales (ARL). En general, no existe un acuerdo entre estos diversos actores para coordinar el uso de los recursos respectivos en función de la APS desarrolla desde la instituciones públicas de salud. Lo que ha venido sucediendo en la práctica es que cada cual usa discrecionalmente los recursos definidos para APS en la Ley 1438.

Ha sido la voluntad política del alcalde mayor de la ciudad lo que ha permitido aumentar los recursos del programa de US$ 82.987 ($160.000 millones de pesos colombianos) a US$ 186.722 ($ 360.000 millones de pesos colombianos) entre el año 2011 y el 2013. El esfuerzo de financiamiento se ha hecho básicamente con recursos ordinarios de la ciudad pues a pesar de que la Ley 1438 de 2011 prevé otras fuentes éstas no han podido ser utilizadas porque aún no se ha reglamentado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social el uso de las mismas por los entes territoriales, y las Secretarías municipales de salud no tienen competencias para disponer de ellas.

Características de la prestación de la APS en la ciudad

Los servicios y prestaciones de la APS son aquellas que resultan de las posibilidades de articular en los micro-territorios y en los territorios el financiamiento de la actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación contenidas en el Plan Obligatorio de Salud, las del Plan de Intervenciones Colectivas y las actividades individuales para la población pobre y no afiliada que están por fuera del POS. La articulación de las prestaciones del POS con las del PIC no ha podido lograrse porque las del POS dependen de los contratos que puedan darse entre EPS del régimen subsidiado y los hospitales públicos, ya que las EPS del régimen contributivo contratan con instituciones privadas prestadoras de servicios o tienen sus propias instituciones. Las EPS del régimen subsidiado, sin embargo, sólo están obligadas a contratar con los hospitales públicos hasta un 60% de las prestaciones del POS. Entre este porcentaje pueden incluirse las prestaciones asistenciales de bajo nivel de complejidad (consultas, apoyos diagnósticos de baja complejidad, medicamentos y terapias) y las actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención individuales contenidas en la Resolución 412 del año 2000, como ya se indicó en la sección sobre experiencias de EPS en APS.

El Programa de los Territorios Saludables, cuyo financiamiento básicamente depende del PIC, y del cual forman parte los equipos básicos de salud denominados Equipos de Respuesta Inicial (ERI) y los Equipos de Respuesta Complementaria (ERC) - antiguos equipos ampliados o de apoyo-, se encarga de tres tipos de procesos: 1) Caracterización y notificación de eventos de salud pública; 2) Resolución de problemas de salud a través de acciones promocionales y preventivas, atención inicial y canalización (referencia e inducción de la demanda) sectorial; y 3) Gestión transectorial.

La caracterización y notificación de eventos de salud pública se refiere a la adscripción de población en un territorio (micro-territorio) al ERI; la caracterización de población e identificación de procesos de determinación social; y a la identificación del riesgo en salud individual, familiar y social. La resolución de problemas de salud a través de acciones promocionales y preventivas, la atención inicial y la canalización sectorial se refiere a la ejecución de actividades de promoción y prevención; atención inicial o de prestación de servicios de bajo nivel de complejidad, resaltando su liderazgo y contacto con la población; la canalización sectorial o inducción de la demanda para la utilización de servicios de atención sectoriales, lo que requiere de una organización en red de la respuesta sectorial a las necesidades de la población; y, por último, la referencia y contra-referencia. La gestión transectorial hace referencia a la participación social que deben liderar los equipos de salud; el trabajo intersectorial y transectorial; y el seguimiento y monitoreo de los resultados.

Estos procesos se desarrollan en cada uno de los ámbitos de vida cotidiana: el familiar, el espacio de trabajo, las escuelas y jardines de infancia, la comunidad y el espacio público y las instituciones.

Así, por ejemplo, de acuerdo con la Guía Operativa del Ámbito Familiar del Programa Territorios Saludables de la Secretaría Distrital de Salud (SDS, 2013a),

las intervenciones que deben desarrollar los Equipos ERI y ERC en el ámbito familiar son abiertos en incluyen los siguientes procesos:

Identificar las condiciones, necesidades de salud y vulnerabilidad de los individuos y las familias; actuar resolutivamente mediante acciones de promoción, prevención y tratamiento, o referencia de casos según las posibilidades de los equipos de salud; y hacer gestión intersectorial por la salud. Los anteriores procesos de los equipos se acompañan con actividades de equipos de otros sectores que actúan en el territorio como las de uso del tiempo libre, actividad física, saneamiento básico, interacción con otras instituciones, atención social y nutrición, entre otras.

A partir del cumplimiento de los diferentes momentos de este proceso se planifica y prioriza la respuesta a partir de la identificación de las necesidades de salud de los individuos, la familia y la comunidad en los distintos ámbitos de vida cotidiana, se define plan de acción y se programan las actividades teniendo en cuenta las necesidades y riesgos y determinantes sociales detectados por territorio, población, ciclo vital, género y diversidad. Por ejemplo, en el caso del ámbito familiar se establecen tres tipos de prioridad (bajo, medio alto) a partir de la caracterización y medición de vulnerabilidad y de la actualización de novedades de las familias, según condiciones y situaciones; luego de ello se elabora un Plan Familiar y se programan las intervenciones asignando responsabilidades y actividades a cada miembro de los quipos básicos de salud según su perfil profesional o técnico.

Lo que se hace en Bogotá desde el Programa *Territorios Saludables* revela un enfoque basado en procesos de identificación de necesidades para la planificación de la respuesta y de las actividades de intervención, en parte distinto a un enfoque de demanda con base en prestaciones predefinidas en paquetes costo-efectivos y gestión de riesgos individuales, como sucede en el caso de la APS que se desarrolla desde los centros de salud tradicionales de atención básica que contratan con las EPS del régimen subsidiado y desde las unidades primarias de atención que contratan con las EPS del régimen contributivo.

Además de las actividades que realizan los equipos ERI y ERC en los micro territorios y en los territorios, en los territorios se realizan las actividades a demanda de los centros de salud tradicional, y en las localidades las actividades de atención primaria, y otras relacionadas, de los hospitales, que pueden ser de primero y segundo nivel de complejidad. En los centros de salud se prestan los servicios de consulta externa de medicina general, consulta externa especializada orientada a determinación de riesgo Hospitalización general de baja complejidad, atención de parto de baja complejidad, actividades de protección y detección precoz de enfermedades, odontología general, urgencia de baja complejidad, laboratorio básico/toma de muestras y/ rehabilitación familiar y comunitaria. En los hospitales se prestan servicios especializados en consulta externa, cirugía, urgencias, obstetricia y hospitalización; servicios de alta demanda como ortopedia y salud mental; servicios sub-especializados a nivel consulta externa; urgencia de baja y medina complejidad; y laboratorio de mediana y alta complejidad/toma de muestras, imagenología básica y rehabilitación general.

Características de la organización de la APS

Hay dos formas en que se organiza la APS desde la red pública de prestadores en la ciudad de Bogotá: primero, la forma tradicional de atención básica o de primer nivel de atención y, segundo, el programa de APS creado en el 2004 que ahora toma el nombre de Territorios Saludables.

La atención básica tradicional opera en los territorios y tiene como plataforma organizativa los clásicos centros de atención de salud de primer nivel de atención, o sedes asistenciales, que toman los siguientes nombres: Unidad Básica de Atención (UBA), Unidad Primaria de Atención (UPA) y Centro de Atención Médica Inmediata (CAMI). Estas unidades son el primer contacto resolutivo y de promoción y prevención individual para la población cuya prestación de servicios está contratada por una EPS del régimen subsidiado o, en el caso de la población pobre no afiliada, por la Secretaría Distrital de Salud. Desde la implementación de la Ley 100 de 1993 los hospitales públicos adscritos a la Secretaría de Salud fueron denominados Empresas Sociales del Estado (ESE), que son instituciones administrativa y financieramente autónomas que compiten entre sí y con el sector privado por la prestación de servicios de salud.

Una UPA es un punto de atención para usuarios en un área territorial de una localidad (comuna) aunque no claramente delimitada y sin adscripción de población, y que depende de un hospital de primero o segundo nivel. Se diferencia de otros puntos de atención por los servicios que presta, que son generalmente los siguientes: Consulta externa de medicina general, enfermería y odontología general; promoción y prevención en vacunación, atención preventiva en salud oral e higiene oral, planificación familiar, promoción en salud, detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo, de las alteraciones del joven y de las alteraciones del adulto, detección temprana de las alteraciones del embarazo y del cáncer de seno, detección de cáncer de cuello uterino, detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual; y apoyo diagnóstico en toma de muestras de laboratorio clínico, toma de muestras citologías cérvico-uterinas y toma e interpretación de rayos X odontológicos. Este punto de atención no presta servicio de urgencias.

La UBA es un punto de atención similar a una UPA aunque más pequeña, puede ser móvil y tampoco presta servicios de urgencias. Un CAMI es un punto de atención con más servicios que una UPA, especialmente servicios diagnósticos adicionales, consulta externa de especialidades básicas, atención de urgencia las 24 horas, servicio de transporte de pacientes y hospitalización general de adultos, general pediátrica y obstétrica, así como sala de partos y sala de procedimientos menores.

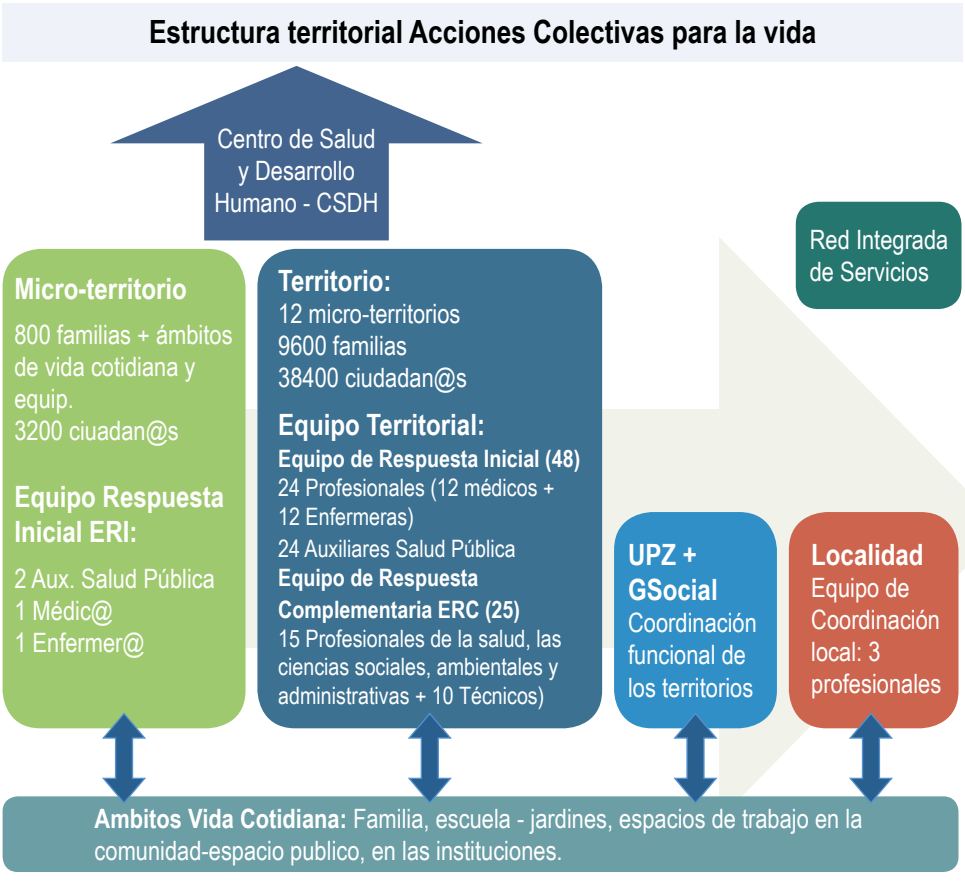
Las UBA, UPA y CAMI son parte integrante de la red de 12 hospitales de primer nivel de atención y 5 de segundo nivel de atención. Además, la red pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud tiene 5 hospitales de tercer nivel de atención pero sin red de primer nivel. Esta red cubre todas las 20 localidades (comunas) de la ciudad.

A diferencia de los centros de salud tradicionales el Programa de Territorios Saludables es una especie de programa complementario que funciona con una lógica distinta a la de las UBA, UPA y CAMI, pero que refuerza las actividades de estos. Como se venía haciendo desde el año 2007, bajo este programa la APS se desarrolla

desde los ámbitos de vida cotidiana - familia, escuela/jardines de infancia, espacios de trabajo, comunidad/espacio público e instituciones -, con base en una estructura de organización territorial para ejecutar las acciones colectivas e individuales de salud que incluye los siguientes componentes (Ver Figura No. 8):

1. El microterritorio: que es la unidad territorial mínima en la cual opera un Equipo de Respuesta Inicial (ERI).
2. El territorio: que es una unidad territorial más extensa conformada por doce microterritorios en donde operan 12 equipos ERI y un Equipo de Respuesta Complementaria (ERC).
3. Una coordinación funcional de cada territorio, con apoyos en gestión operativa e intersectorial.
4. Un equipo de coordinación por localidad - una unidad administrativa más amplia que un territorio, con alcalde menor nombrado por el Alcalde Mayor de la Ciudad, de las cuales hay 20 en Bogotá - integrado por tres profesionales.
5. En esta estructura territorial también opera un dispositivo para el análisis de información y seguimiento del trabajo de los equipos, integrado por técnicos en sistemas de información y en digitación de información.

Figura No. 8. Componentes de la estructura territorial de las acciones de salud – Bogotá, Colombia 2014



Fuente: Tomado de Urrego (2014)

El horario de atención de los equipos ERI y ERC es generalmente de lunes a viernes de 8:00am a 4:00pm y los sábados de 7:00 a 1:00pm. En una UPA el horario de atención puede por lo regular ser de lunes a viernes de 6:00 am a 7:00 pm y los sábados de 7:00 am 1:00 pm. En un CAMI la atención de urgencias se hace las 24 horas los 7 días de la semana. Hay una política de ampliación de horarios de atención de consulta externa entre semana y los fines de semana con compromisos disímiles en los puntos de atención.

Fuerza de trabajo

La mayor parte del recurso humano es contratado por prestación de servicios. Esta modalidad de contratación, junto con los bajos salarios, genera una alta rotación del personal que ha dificultado la continuidad de los procesos y ha amenazado el cumplimiento de los atributos de la estrategia, especialmente en lo que se refiere a la longitudinalidad de la atención, que es uno de los atributos expresamente definidos en esta. La contratación del recurso humano bajo la modalidad de prestación de servicios no permite el pago de prestaciones, además su duración puede ser variable (desde días hasta un año); esta forma de contratación depende del presupuesto disponible del hospital, lo cual coadyuva a la generación de inestabilidad y, como consecuencia, una alta rotación del personal.

Igualmente, los bajos incentivos económicos y valorativos a los funcionarios es visto como un obstáculo para la labor desarrollada y presiona la alta rotación. De otra parte, persiste el problema de que sólo la fuerza de trabajo con contrato formal de planta puede ser incluida en programas de educación continua y profesional, en la medida en que hacerlo con el personal contratado por prestación de servicios haría a quien tome dicha decisión incurrir en el delito de peculado. A pesar de que se han puesto en práctica proyectos de desarrollo de capacidades en distintos momentos y dimensiones de la APS esta capacitación sólo cubre a un número pequeño de la fuerza de trabajo.

Los hospitales y la Secretaría Distrital de Salud invirtieron al inicio del proceso de implementación de la APS, con el programa Salud a Su Hogar, un importante volumen de recursos financieros en la capacitación del personal que labora en APS. Esta capacitación se orientó inicialmente hacia el recurso humano de los equipos de salud y hacia funcionarios de nivel directivo y de gestión intermedia a través de cursos y diplomados ofrecidos por diferentes universidades nacionales y extranjeras. Pero debido a la alta rotación de la fuerza de trabajo en los hospitales un buen número de las personas capacitadas en los procesos mencionados ya no hacen parte de los equipos de salud, ni de los niveles de dirección y coordinación del programa. Para mejorar el perfil de los promotores se optó por contratar personas con formación de auxiliar en salud pública, de igual manera durante algún tiempo se solicitó a las ESE contratar auxiliares de enfermería.

Frente a esas dificultades en los anteriores gobiernos los hospitales desarrollaron programas de inducción para las personas que se vinculan a los equipos de salud y brindan capacitación continua a los miembros de los diferentes

equipos de los ámbitos durante las reuniones de cada uno de éstos según temas de su competencia, aunque esto no sugiere un mecanismo explícito y formal de capacitación; de igual manera se mencionan actualizaciones y cursos de diferentes temas entre los cuales se incluye APS para todos los funcionarios -no solo en salud pública.

En algunas experiencias puntuales de hospitales se han realizado cursos virtuales para todo el talento humano del PIC sobre competencias en salud pública. Los profesionales consideran que el proceso de capacitación se hace exclusivamente al inicio de su vinculación (con la inducción al puesto) y que no siempre se cuenta con el tiempo suficiente para la realización del mismo de manera formal.

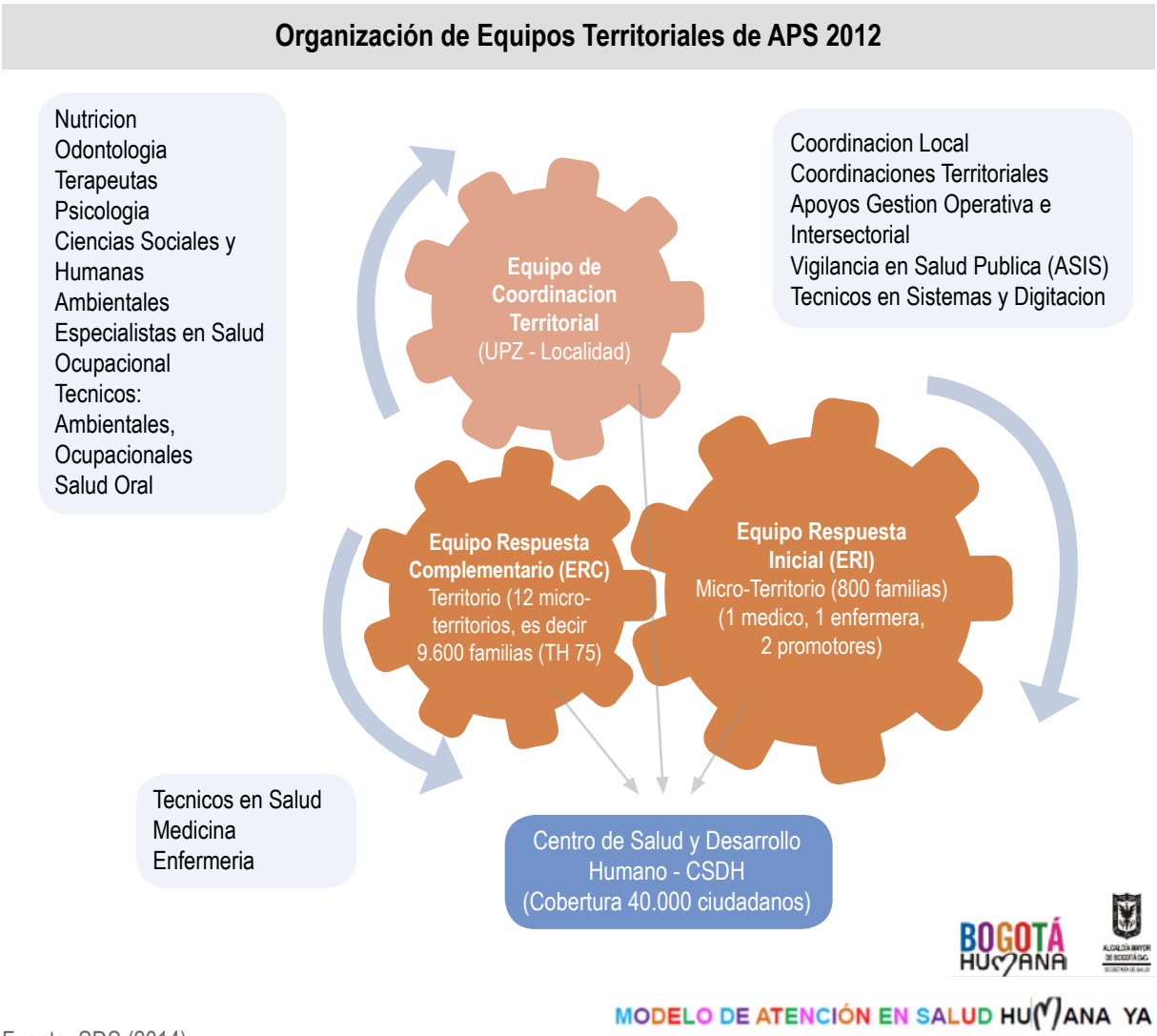
No existían programas de reentrenamiento o programas de capacitación continua y los grupos en APS tampoco recibían capacitación específica, por su alta rotación. Algunos promotores que han sido capacitados por el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) sienten que en algunas cohortes primó la formación clínica a la formación orientada a la intervención en comunidad con enfoque familiar. Esta deficiencia en la formación profesional en APS es también así percibida por los profesionales.

Ante esta situación el actual gobierno tiene como política mejorar las condiciones de empleo y de trabajo con un enfoque de trabajo digno que obligue a los hospitales en materia de cargas de trabajo, niveles salariales para el personal de planta y de contrato por prestación de servicios, inclusión progresiva a la planta del personal a contrato que labora en áreas misionales, desaparecer la intermediación laboral, participación y seguimiento. Además, progresivamente mejorar las condiciones de trabajo y los derechos del personal que se mantenga en contrato, entre ellas, el derecho a la capacitación, salud ocupacional, bienestar en el trabajo y pago de salarios a tiempo.

Los equipos de salud

Hay dos tipos de equipos de salud. Los Equipos de Respuesta Inicial (ERI) y los Equipos de Respuesta Complementaria (ERC). Un ERI está teóricamente conformado por dos auxiliares de salud pública (promotores de salud), un(a) médico(a) y un(a) enfermero(a). A cada ERI se adscriben 800 familias - en promedio 3200 personas - del ámbito familiar, más las personas asignadas de los demás ámbitos de vida cotidiana del micro-territorio. Un ERC puede estar integrado por 15 profesionales de distintas disciplinas de la salud y de las ciencias sociales, ambientales y administrativas, y hasta 10 Técnicos. Entre las profesiones que se incluyen están nutrición, odontología, terapia física/ocupacional, psicología, ciencias sociales y humanas, ciencias ambientales y salud ocupacional y, además, técnicos ambientales, ocupacionales y de salud oral. Cada ERC, junto con los 12 ERI de un territorio, se encarga de la atención de 9.600 familias del ámbito familiar – en promedio 38.400 personas -, más las personas asignadas de los otros ámbitos de vida cotidiana del respectivo territorio (Ver Figuras No. 8 y No. 9).

Figura No. 9. Organización de los Equipos ERI y ERC de APS por Territorios – Bogotá, Colombia 2014



Fuente: SDS (2014)

Los equipos ERI y ERC son el primer contacto y la puerta de entrada de los individuos, las familias y la población a los servicios de salud (SDS, 2014).

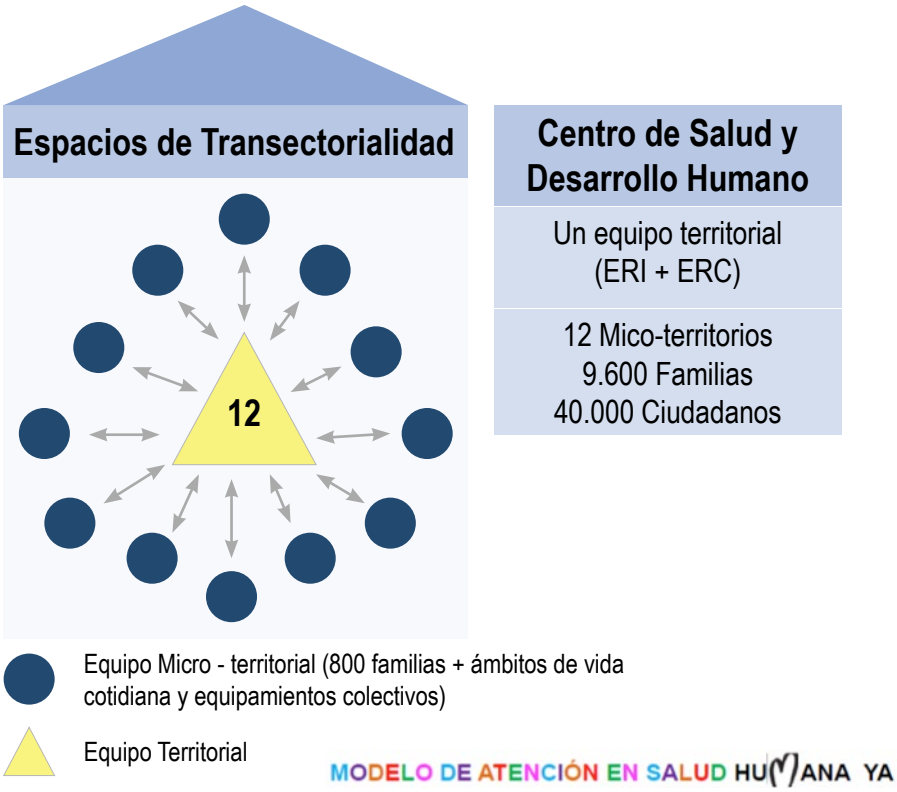
Desde salud pública los equipos ERI y ERC se encargan de 800.000 familias protectoras de la vida, 359 colegios (aproximadamente 1.300.000 personas), 330 jardines infantiles (263.000 personas), 989 hogares comunitarios de bienestar, 150 personas mayores, 50.00 Unidades de trabajo Informal, 85 iniciativas de espacios públicos, 85 territorios ambientalmente saludables, 477 iniciativas de servicios de salud colectiva (por ciclo vital, mujer, diversidad e inclusión). Desde el enfoque de la atención resolutiva se hacen tres actividades principales: 1) Caracterización y notificación de eventos de salud pública; 2) Resolución a través de: a) acciones promocionales y preventivas; b) atención inicial; c) canalización (referencia) sectorial); y 3) Gestión transectorial (Acción intersectorial por la salud). En salud el centro de las acciones es el sujeto social individual y colectivo (enfoque por generación), el territorio saludable, la salud y las diversidades desde la salud colectiva.

Coordinación de los cuidados e integración de la APS en la red de servicios

La anterior configuración de equipos de salud por microterritorios y territorios constituye la base Modelo Humano de Atención en Salud que busca integrar la prestación de los servicios individuales de atención en salud con las acciones colectivas en salud por cada territorio a través de lo que se denomina *Centros de Salud y Desarrollo Humano.* En cada territorio el Centro de Salud y Desarrollo Humano está constituido por 12 ERI y un ERC los cuales tienen a su cargo aproximadamente 38.400 personas asignadas (Ver Figuras No. 9 y No. 10). Este Centro es también la puerta de entrada al sistema de salud y constituye la base de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Desde él se realizan acciones de referencia y canalización (inducción de la demanda) a otros niveles e complejidad de la red de atención y a otros servicios sociales.

Figura No. 10. Centro de Salud y Desarrollo Humano – Bogotá, Colombia 2014

Estructura de un territorio y sus microterritorios en total 83 centros de salud y desarrollo humano



Fuente: SDS, 2014.

Estos centros buscan romper las barreras de acceso a los servicios de salud y coadyuvar a la organización de redes integradas de servicios de salud. Deben desarrollar tres estrategias principales:

1) Articular las acciones individuales y las colectivas;
2) Hacer gestión territorial integral; y
3) Fortalecer la participación y la movilización de ciudadanos

Por eso deben entonces coordinar las respuestas sectoriales, intersectoriales/ transectoriales y comunitarias a las necesidades de salud, con un enfoque de derecho humano fundamental a la salud, de determinantes sociales, poblacional y territorial.

La integración y resolutividad de las acciones de salud depende de la coordinación de los esfuerzos de los ERI y ERC en las escuelas y jardines, instituciones protectoras de la vida (niños y niñas personas mayores), trabajo informal, espacio público, etc., con los esfuerzos de los centros de salud tradicionales y las unidades asistenciales hospitalarias de baja, mediana y alta complejidad que contratan atención de usuarios capitados con las EPS del régimen subsidiado y con la Secretaría Distrital de Salud, en el caso de la población pobre no afiliada.

Las acciones ambulatorias extramurales e intramurales son la base de la organización de las redes integradas de atención con los demás niveles de atención del sistema de salud y con otros servicios sociales. Así, más allá de identificar riesgos individuales y colectivos se identifican necesidades y planifican acciones que permiten ejecutar, por ejemplo, actividades de control prenatal, valoración de los estudiantes, entre otras, y se canaliza o referencia a otro nivel de complejidad del servicio de salud según la necesidad. Con la gestión transectorial se procura identificar necesidades personales, familiares o colectivas y también se procede a planificar respuestas *in situ* o a canalizar a otros sectores (para subsidios, atención coordinada, etc.).

Los puntos de atención de los hospitales públicos adscritos a la Secretaría Distrital de Salud, en sus distintos niveles de complejidad, son la base de la organización de la red integrada de servicios para la población pobre pero a las redes también se vinculan las instituciones privadas prestadoras de servicios de salud que juegan un papel complementario de atención de la red pública, especialmente en los más altos niveles de complejidad. La Secretaría establece que el objetivo de la organización de la red es garantizar la asistencia sanitaria que requiera la población según necesidad en todos sus niveles de complejidad y formas de atención a través de mecanismo de referencia y contrarreferencia, buscando superar las barreras de acceso que aparezcan en el proceso de garantizar continuidad de la atención (SDS, 2014).

El componente asistencial de la red pública se despliega organizacionalmente por áreas territoriales de centros de salud, localidades (comunas) y áreas territoriales más amplias que una localidad. Así, en las áreas asistenciales de centros de salud se realizan actividades de promoción, prevención, consulta externa de medicina general, consulta externa especializada básica, hospitalización de baja complejidad y atención de parto de baja complejidad. A nivel de las localidades se realizan actividades generalistas y con base en especialistas y subespecialistas, pero en coordinación con los hospitales de alta complejidad. En un nivel territorial más amplio, por ejemplo, interlocalidades, la atención la asumen instituciones de alta complejidad con servicios subespecializados y alta tecnología en tratamiento y apoyo diagnóstico. (SDS, 2014).

Acción Intersectorial/Transectorial y Participación Comunitaria

Las actividades de acción intersectorial/transectorial por la salud y los procesos de participación social están a cargo y son liderados por los equipos de salud. La participación arrastra del pasado su instrumentalización al servicio de las instituciones, las dificultades de empoderamiento y cualificación política que la haga efectiva y vinculante en las decisiones (Restrepo Vélez y Mosquera Méndez 2009). Sin embargo, se ha venido haciendo esfuerzos por promover dispositivos y estrategias que ayuden a la participación de las comunidades, ejemplo de lo cual han sido los procesos de Gestión Social Integral por localidades y territorios. El desarrollo de la acción intersectorial y transectorial y la participación tienen dificultades de diversa índole, destacables desde hace varios años las siguientes: la excesiva conceptualización y reglamentación de los mismos desde los lineamientos operativos de la estrategia; la falta de vinculación y liderazgo de instituciones del nivel distrital; la falta de espacios orgánicos eficientes de coordinación intersectorial y participación por localidades y territorios; la alta rotación del personal vinculado a los procesos participativos; y el hecho de que los procesos institucionales de planeación institucional aún funcionen con una lógica vertical (de arriba hacia abajo) y sean muy rígidos al momento de definir necesidades, respuestas, ofertas y metas específicas, dejando poca cabida a la participación social decisoria y a la formulación de las respuestas integrales de tipo intersectorial/transectorial (PUJ/UIS, 2011).

Modelo de Gestión

Este modelo es operado y gestionado por los hospitales públicos adscritos a la Secretaría Distrital de Salud. La Secretaría contrata con los hospitales de primero y segundo nivel las acciones del PIC que deben ejecutar los equipos de salud. Las EPS del régimen subsidiado contratan con estos mismos hospitales las prestaciones del POS, asistenciales y de promoción y prevención, siguiendo lo establecido en las normas ya referidas en el caso de los modelos de APS de las EPS y en las proporciones que estas entidades así lo decidan de acuerdo con lo establecido en la Ley. La Secretaría también contrata con los hospitales de nivel de complejidad media y alta las demás acciones resolutivas para la población pobre no afiliada al SGSSS, y aquellas intervenciones no POS que necesiten para toda la población pobre, afiliada y no afiliada, que no se encuentren en el POS del régimen subsidiado hasta el tope del POS del régimen contributivo. La gestión de los hospitales es descentralizada. Aunque se ha buscado un manejo más fuerte por parte de la Secretaría, especialmente para la organización de la APS, la Ley 100 de 1993 no le da a ésta las competencias y capacidades para hacerlo.

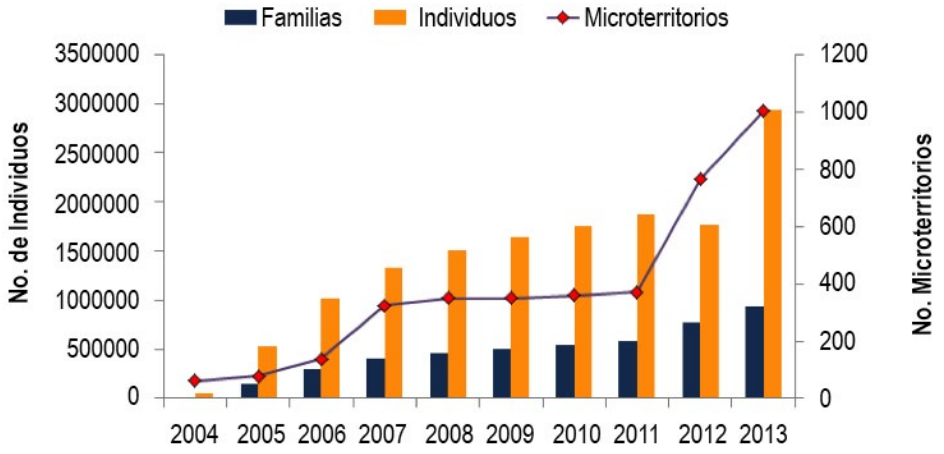
A nivel territorial se busca desarrollar tres procesos de gestión con base en la población y los determinantes sociales de la salud: 1) macrogestión política y técnica sectorial ante el Ministerio de Salud y Protección Social y otros actores del sistema de seguridad social; también macrogestión transectorial para la formulación e implementación de políticas públicas saludables. 2) Mesogestión del

territorio desde los ámbitos de vida cotidiana que incluye procesos institucionales y sociales por localidades para promover la planificación y participación de acuerdo con las necesidades y sus determinantes sociales. 3) Por último, la microgestión, que se refiere a la gestión del riesgo individual, familiar y poblacional desde los microterritorios donde operan los equipos ERI y ERC.

Cobertura del programa Territorios Saludables

La cobertura de la estrategia de APS alcanzó en el 2013 alrededor de 1000 equipos ERI, para una cobertura de casi 3 millones de personas y más de 700.000 familias, como se observa en la Figura No. 11.

Figura No. 11. Cobertura por familias, individuos y micro-territorios – Bogotá, Colombia 2013



Fuente: SDS - APS en línea. 31 de diciembre de 2013

Tomado de Urrego (2014)

El programa puede estar cubriendo aproximadamente el 70% de las familias de los estratos 0, 1 y 2, los grupos de población en mayor desventaja social y económica, para un total estimado del 40.6% del total de la población de la ciudad.

Resultados en salud

El comportamiento de algunos indicadores en Bogotá ha sido de franca mejoría. Así, la mortalidad materna ha pasado de una tasa de 48,6 por 100.000 nacidos vivos en 2007 a 23,5 en el 2013; la mortalidad perinatal ha pasado de 23,7 por 1.000 nacidos vivos en el 2007 a 14,5 en el 2013; la mortalidad infantil ha descendido de una razón de 13,8 por 1.000 nacidos vivos en el 2007 a 9,6 en el 2013; la mortalidad en menores de cinco años ha descendido también de 31,4 por 10.000 nacidos vivos en el 2007 a 19,0 en el 2013; la mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años ha descendido de una razón de 3,1 por 100.000 a 0,3 por 100.000 menores de cinco años; y la mortalidad por neumonía en menores

de cinco años ha descendido de una razón de 17,6 por 100.000 nacidos vivos en el 2007 a 7,2 en el 2013. La mejora en algunos de estos indicadores podría atribuirse a la expansión de la cobertura de los equipos de APS y al mejoramiento del acceso al SGSSS puesto que investigaciones previas sobre el impacto de la APS en la mejora del desempeño de la red pública de servicios de salud, en resultados y en equidad en salud en la ciudad de Bogotá, así lo sugieren (Mosquera Méndez et al., 2013a; Mosquera Vélez et al., 2012; Mosquera Vélez et al., 2012a).

CASO DE MEDELLIN

El municipio de Medellín es una de las grandes metrópolis de Colombia, con una población cercana a los 2,3 millones para el 2010, ubicada en el centro-occidente del país, que corresponde a la segunda ciudad en importancia económica de Colombia, y es representativa de un área de predominio urbano (98,6% de la población).

La implementación actual de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en la ciudad de Medellín tiene la viabilidad política del Plan de Desarrollo Municipal "Medellín un Hogar para la Vida" y del Plan de Salud Municipal del periodo 2012-2015. En este explícitamente se establece que bajo los fundamentados conceptuales de municipios y entornos saludables se adopta el enfoque de APS renovada como una estrategia marco general articuladora de la acción en salud en los ámbitos familiar, comunitario, escolar e institucional, la cual se operacionaliza en programas estratégicos a cargo de la Secretaría de Salud de Medellín (SSM, 2012). Dentro de los dos primeros ámbitos se destacan el programa denominado "Salud en el Hogar", mientras que en el siguiente ámbito está el programa "Estrategia de Escuelas y Colegios Saludables" (EECS). Estos programas son desarrollados mediante un convenio de la SSM con la empresa social del estado (ESE) Metrosalud, la cual es una institución que agrupa una red de proveedores de servicios de salud que incluye 11 unidades hospitalarias y 41 centros de salud.

El programa Estrategia de Escuelas y Colegios Saludables (EECS) tiene el enfoque de educación para la salud en entornos educativos con metodologías vivenciales. Ello con el propósito de generar una cultura de la salud y favorecer el desarrollo de habilidades para una vida saludable, dirigidas a docentes, estudiantes y sus familiares. Para los lineamientos y gestión del programa se tiene un equipo técnico multidisciplinario (profesionales en medicina, enfermería, psicología, pedagogía, nutricionista, administradora en salud, gestión sanitaria y ambiental) y para la implementación equipos operativos conformados por 41 gestores en salud (profesionales del área de la educación o de salud) y 74 profesionales de psicología; estos están encargados de concertar temáticas e incorporarlas en los planes educativos institucionales, realizar intervención clínica psicológica y canalizar a instituciones de salud u otros programas sociales cuando se requiera, mediante rutas de atención predefinidas (Bedoya et al., 2014).

"Salud en el Hogar" se desarrolla con una cobertura progresiva iniciando con los territorios priorizados por características de pobreza y vulnerabilidad, con una meta para el cuatrienio de 75 mil familias. Tiene como propósito orientar la población y articular acciones intra e intersectoriales, acercando los servicios de salud a los hogares mediante equipos básicos de atención en salud (EBAS) conformados por profesionales de diferentes disciplinas: medicina, enfermería, nutrición, psicología, trabajo social y técnicos ambientales y los denominados agentes primarios en salud. Estos últimos son personas de la comunidad que recibieron una capacitación mediante un diplomado de 160 horas con la universidad pública local, la Universidad de Antioquia; inicialmente realizaron actividades de caracterización de las familias

y desde este 2014 tienen a cargo la gestión territorial en salud, con orientación a la población a los servicios sociales disponibles con un enfoque de derechos. Estos agentes durante el diplomado también recibieron capacitación en informática y nuevas Tecnología de Información y Comunicación (TIC), y se les entrega para sus labores un computador portátil para la sistematización de datos, e igualmente reciben ese equipo los profesionales y técnicos de los EBAS.

Se ha desarrollado un sistema de información con un software disponible en la web para el apoyo de la sistematización de la ficha familiar, empleando una máscara de captura de datos que puede ser usada fuera de línea, e incluye campos para el registro de las intervenciones, el agendamiento de citas y semaforización de riesgos.

Atención primaria comunitaria y de mantenimiento de la salud

Los EBAS se constituyen en la puerta de entrada al sistema de salud de la población, desarrollando acciones en dos líneas de intervención: (i) Promoción y Prevención (PyP), y (ii) Cuidado Primario. Esta estandarizado un esquema de mínimo tres visitas a cada familia y un promedio de 9 visitas en un periodo de un año, siendo la primera aquella de caracterización e identificación de riesgos en salud; la segunda está dirigida a acciones predefinidas acorde con las condiciones identificadas; y la tercera y subsiguientes destinadas al seguimiento de la familias acorde al plan de intervención, destacándose la concertación conjunta de metas que una vez cumplidas permiten categorizar a las familias como “graduadas”. Las acciones se agrupan a su vez en ejes denominados: Cuidado de la Salud, Salud Alimentaria y Nutricional, Salud Mental, Salud Ambiental, Tejido Social en Salud y el Enlace Comunitario.

Se destaca como relevante, por su trascendencia y reconocimiento social, la línea de “Cuidado Primario”, la cual está dirigida a la población con movilidad reducida y consiste en cuidados básicos y educación a la familia cuidadora, mediante una dupla de profesionales de salud del área de la medicina y la enfermería que desarrollan sus acciones extramuralmente en las viviendas de esa población.

Como apoyo a los programas descritos se cuenta con cinco Unidades Móviles, con las cuales se desarrollan acciones de Información, Comunicación y Educación para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con el propósito de fomentar una cultura de la salud y el autocuidado dentro de la población. Las unidades ofrecen los siguientes servicios: un vehículo se destina a la esterilización de caninos y felinos, otro atiende casos de salud mental, salud sexual y reproductiva, otro es multitemático (salud oral, nutrición y enfermedades crónicas), y los otros dos se destinan a vacunación. Se considera las unidades móviles como una estrategia innovadora ya que involucra nuevas Tecnología de Información y Comunicación (TIC) como pantallas interactivas que permiten emplear videos e incorporar estrategias lúdicas como juegos para el uso de la comunidad; también se tienen como canales de comunicación y apoyo adicionales para ampliar la información a la población un sitio web, un

número de contacto telefónico (línea amiga), un correo electrónico y cuenta en redes sociales como twitter.

Atención Primaria de recuperación de la salud

La red de servicios de recuperación de la salud incluye hospitales públicos de II y III nivel de complejidad como el Hospital General de Medellín y un Hospital Infantil, los cuales están articulados con el proyecto de cluster en salud que busca mejorar la calidad de la atención y la acreditación institucional. Paralelamente la Secretaria de Salud de Medellín (SSM) ha incorporado recientemente nueve ambulancias para la atención prehospitalaria, con la cual se ha alcanzado un tiempo de respuesta para la atención de 11 minutos.

Un aspecto que se resalta para la coordinación de la atención en salud en el modelo colombiano actual con aseguradoras, es la conformación y participación de la SSM en una Empresa Promotora de Salud (EPS) mixta denominada Savia Salud, la cual es una entidad tripartita en la que también participa con recursos el Departamento de Antioquia y la caja de compensación familiar Comfama. Esta decisión se toma ante las dificultades generadas por la entrada y salida de EPS del régimen subsidiado que generaron discontinuidad e inseguridad en la contratación de servicios para la atención de salud de la población.

El modelo de gestión

En el primer año de operación de los EBAS se tiene como logro una cobertura de 8 de las 16 comunas del área urbana del municipio y 3 de los cinco corregimientos del área rural, con un total de familias ingresadas al programa “Salud en el Hogar” hasta finales del 2013 de cerca de 30.000, con una inversión cercana a los US$ 72 mil dólares (13,7 mil millones de pesos colombianos) (SSM, 2014). Se destaca en la viabilidad y sostenibilidad de los programas de APS la destinación de recursos propios de la alcaldía municipal, ya que en el financiamiento los recursos del presupuesto nacional son escasos y solo cubren 22,8% del presupuesto programado para el desarrollo de la estrategia de APS. Un aspecto destacable es la inversión adicional en la incorporación de TICs para las intervenciones, como se mencionó previamente.

Los EBAS son conformados en promedio por cinco integrantes para una cobertura de 780 familias; se contratan por orden de prestación de servicios, con horarios flexibles, no predefinidos; el pago es por productos o actividades que consisten en la visita familiar que se estima tiene una duración entre una hora o una hora y media y por lo tanto se esperan 6 visitas diarias en área urbana y 4 visitas en área rural.

Existen tres cabildos indígenas en el municipio de Medellín con los cuales se está estructurando un modelo de atención multicultural, el cual está en la fase inicial de diagnóstico participativo de necesidades sentidas, con la intervención de antropólogos y sociólogos. Se destaca que entre los 29 agentes primarios que hacen

parte de los EBAS están dos miembros de las comunidades indígenas Emberá, que residen actualmente en Medellín. En el encuentro con los agentes primarios en notable un alto nivel de compromiso y sentido de pertenencia a sus comunidades, con evidencia de actividades arduas e intervenciones en zonas marginales.

Se mencionan diversos factores de éxito y algunas dificultades para la implementación de la APS en el municipio, destacándose entre los primeros el contexto político del apoyo del alcalde, quien fuera anteriormente gobernador del Departamento e impulsor de la APS; también una amplia trayectoria de experiencias previas en la adopción de esa estrategia en el contexto departamental y municipal; y además la reestructuración de la administración pública, ya que desde el 2012 se crean Vicealcaldías que agrupan múltiples sectores, y para el caso particular de la SSM, está adscrita a la Vicealcaldía de salud, inclusión y familia, junto con las secretarías de cada uno de los otros sectores.

Esta nueva estructura potencializa una gestión territorial con articulación de proyectos a partir de la identificación y gestión del riesgo que realizan los EBAS, los cuales orientan a la población a los servicios sociales disponibles acorde con los proyectos en marcha por los otros sectores. No obstante, se considera que los planes estratégicos de los sectores requieren una mayor articulación y otro reto es enfrentar el crecimiento desordenado de la ciudad con poblamiento de zonas de laderas de montañas con dificultades para ofrecer un adecuado acceso a servicios públicos básicos.

Existen alianzas con diversas universidades locales y sus grupos de investigación, con los cuales se desarrollan mediante cofinanciación proyectos de investigación en líneas predefinidas, destacándose recientemente en la línea de salud metal la sistematización del programa de adolescentes por la vida, el cual incluye indicadores de monitoreo de logros e impactos; sin embargo la limitantes son un equipo de personal pequeño en la SSM y escasos recursos disponibles.

Dentro de otras dificultades se menciona que en la SSM existen en general limitaciones en los equipos técnicos que actualmente tienen asignaciones de tiempo escasos para el diseño de las políticas de salud y su evaluación, debido a la carga que cotidianamente representan las actividades operativas de la ejecución y seguimiento de los proyectos en marcha. Otras dificultades se enmarcan al ámbito nacional y se mencionan la baja remuneración del talento humano o falta de incentivos para trabajar en zonas marginales; además la ausencia de directrices específicas para la implementación de la APS en Colombia, acorde a las realidades del país, incluyendo la definición del rol de las aseguradoras o EPS, y establecer un sistema de información que respete los desarrollos locales.

Desde la perspectiva del operador de la estrategia de APS, Metrosalud, una limitante es el sistema de habilitación de servicios en el país, que para Promoción y Prevención se establece solo para instituciones de salud; sin embargo existen intervenciones que se pueden realizar en espacios como las escuelas y centros comunitarios. También se considera como limitante el financiamiento de la SSM por contratos inestables y fragmentados por vigencias presupuestales, con pago por productos, sujeto a glosas, lo cual tiene como repercusiones la inestabilidad

para el personal, con una alta rotación (26% del personal) que genera pérdida de aprendizajes. Además como otros limitantes se menciona la formación de pregrado en los profesionales de la salud con enfoque biomédico y énfasis en la atención intrahospitalaria.

Respecto a la Estrategia de Escuelas y Colegios Saludables, en las instituciones educativas los directivos expresan el interés en la estrategia por los logros y la relevancia de las temáticas que se abordan, pero existe preocupación por el acompañamiento discontinuo y la irregularidad en la contratación de los gestores, y lo relaciona con la falta de una política nacional que facilite la estabilidad de las intervenciones. Entre algunos docentes encuentra que la motivación no es la óptima y se aduce que se debe a la carga laboral y que algunos no tienen interés primario y formación en docencia, aunque se han incorporado a instituciones educativas por las normas legales flexibles actuales sobre talento humano para el sector. Se menciona como un reto el enfrentar las características de áreas marginales con condiciones sociales como familias con mujeres cabeza de familia que aducen dificultad para la asistencia a las actividades del programa por desarrollar trabajos informales con ingresos o pagos diarios que dependen de la cantidad de horas que laboren; y que también disponen de tiempos limitados para compartir y ejerce control sobre los hijos.

CASO DE PALMIRA

El municipio de Palmira es una ciudad de tamaño intermedio, la cual tiene una población estimada para el 2012 de 298.677 habitantes, de los cuales el 20% se encuentran en el área rural; está ubicado en la región sur-occidental del país y se caracteriza por ser un municipio descentralizado y certificado para el manejo autónomo de recursos nacionales y locales para la salud.

El actual modelo de Atención Primaria en Salud (APS) que se implementa en el municipio de Palmira inicia su desarrollo en el 2012, con la viabilidad política y las directrices del Plan de Desarrollo del Gobierno Municipal actual, el cual incluye explícitamente la estrategia de APS (Acuerdo 10, 2012) y esta también se incluye en el Plan Territorial de Salud de la Secretaría Municipal de Salud (SMS, 2012) como estrategia para el eje de prestación y desarrollo de servicios en salud. Esta experiencia municipal tiene, además, como antecedente el marco de implementación de la APS en el ámbito departamental que se desarrolla desde el 2005, y la cual lideró el actual Secretario Municipal cuando hacía parte de la Secretaría de Salud Departamental (SSD/Fundaps, 2011).

En cuanto a las atribuciones y competencias, la formulación de los lineamientos conceptuales y técnicos de la estrategia de APS está a cargo de la Secretaría Municipal de Salud (SMS) y para la implementación se ha contratado la ejecución con el único hospital público local, el cual tiene a cargo la conformación y seguimiento de equipos básicos de salud extramurales.

Este Hospital, el Raúl Orejuela Bueno (HROB), vincula al personal que integra los Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud (EBAPS) bajo la modalidad de Contratos de Planta Temporal por periodos de un año y actualmente en prórroga de 6 meses. La remuneración son salarios de acuerdo con las tablas de la administración pública municipal y se establecen metas de actividades que inciden en la renovación o prórroga del contrato. Las actividades y perfiles para los diversos integrantes de los EBAPS se han predefinido en un documento técnico de la SMS (2012) sobre la estrategia de APS para el municipio. En ese documento también se definen intervenciones prioritarias para cada programa de atención de salud pública y los aspectos para la gestión administrativa, en estos últimos se destaca la definición posterior de un cuadro de mando con indicadores trazadores clave para el seguimiento de la implementación de la estrategia con énfasis en el componente de intervenciones y resultados de salud, y del seguimiento del desarrollo de estrategias de participación social.

Los EBAPS están conformados por cinco profesionales y tres auxiliares: médico general, odontólogo, enfermera profesional, fisioterapeuta, y un profesional de las ciencias sociales o psicología; este último se considera fundamental para el apoyo en los diagnósticos para la gestión social y la participación comunitaria. Los auxiliares son técnicos de higiene oral, técnicos de saneamiento y auxiliares de enfermería denominados “Forjadores”. Como equipo de apoyo se cuenta para el municipio con 4 fonoaudiólogas, 2 optómetras, 1 nutricionista, y un médico especialista en medicina familiar.

Los EBAPS inician actividades en el primer semestre del 2013 con 268 funcionarios y actualmente tienen 14 equipos distribuidos en igual número de zonas en las 15 comunas del municipio (de las cuales son 7 urbanas y 8 rurales). Los Forjadores se adscriben a áreas delimitadas denominadas “microzonas”, definidas como áreas de máximo 1000 metros a la redonda de su lugar de residencia (ya que un prerrequisito para el forjador es que habite en su microzona asignada), lo cual generalmente corresponde a una población promedio de 1.600 personas para la zona urbana y 800 personas para la zona rural. La población de esa área se subdivide en población a cargo para la provisión directa de servicios de salud que corresponde a aquella del régimen subsidiado y vinculada, y se denomina población de supervisión y gestión social aquella que está afiliada al régimen contributivo mediante una Empresas Promotoras de Salud (EPS), o a uno de los regímenes especiales. El resto de los profesionales y técnicos de los EBAPS tienen como ámbito de acción toda una comuna, y se desplazan para las intervenciones específicas acorde a las necesidades poblacionales.

Atención primaria comunitaria y de mantenimiento de la salud

La puerta de entrada y las actividades básicas iniciales las realiza el Forjador y son la caracterización de familias e identificación de riesgos, posteriormente se realizan actividades de información sobre los programas disponibles y educación en salud y en conjunto con el coordinador de APS de la zona realiza la programación de la atención por los diversos integrantes del EBAPS acorde con las necesidades particulares. El número de visitas a las familias en el año es mínimo de 4 en la población a cargo (priorizando y aumentando este número en población identificada de alto riesgo), y para la población bajo su supervisión se establece al menos una visita de reconocimiento y una visita de supervisión de las actividades por parte EPS. Los Forjadores y EBAPS extramurales tienen horarios flexibles adaptados a la comunidad o grupo a intervenir. Se cuenta con un sistema de información para el registro de las familias y actividades que se denomina SAPS.

Los EBAPS deben contar con equipos tecnológicos acorde con cada funcionario, denominadas “mochilas”, según los lineamientos del modelo de la estrategia definidos por la SMS para el operador que es el Hospital Raúl Orejuela Bueno. Así, por ejemplo para el Forjador se establece: pesa, tallímetro, tensiómetro, estetoscopio, glucómetro, metro, mientras que los profesionales de la salud cuentan con la mochila de telemedicina que incluye un equipo para la toma y envío para lectura en línea de electrocardiograma. A su vez, el técnico de saneamiento cuenta con insumos para potablilización y el manejo de criaderos de mosquitos o vectores transmisores de enfermedades como el dengue. Los medicamentos esenciales que suministran los EBAPS corresponden a aquellos reglamentados por la resolución 412 sobre programas de promoción y prevención, como son los antiparasitarios y algunos multivitamínicos.

Como estrategias de educación continua para los EBAPS se tienen talleres en los diversos programas de salud pública en coordinación con el hospital y la SMS. En el área de investigación el HROB cuenta con Alianzas con las universidades

locales (Universidad Santiago de Cali, Universidad Nacional y la Universidad Pontificia Bolivariana) con las cuales se han abordado temáticas como el embarazo adolescente, la aplicación de la política pública de Salud Sexual y Reproductiva, cáncer seno, lactancia materna.

Atención Primaria de recuperación de la salud

Para la atención intramural de las familias se cuenta con las instituciones de salud de primer nivel de complejidad adscritas al HROB, la cual es una Empresa Social de Estado que además provee algunos servicios de segundo nivel, ante la reciente liquidación del otro hospital local. Los puestos de salud adscritos al HROB prestan servicios entre semana de lunes a viernes en el horario de 7am a 5 pm, mientras que los centros de salud con atención prioritaria tienen atención 24 horas los 7 días de la semana. Para la atención especializada se requiere la consulta médica general inicial y existen formatos de remisión, y además para esa atención se requiere un trámite administrativo que consiste en la autorización previa de la Empresa Promotora de Salud, o aseguradora a la que este afiliado el usuario. La historia clínica institucional está sistematizada en la mayoría de zonas urbanas, aunque no se cuenta con esa característica en el área rural, debido a las deficiencias en el número de computadores; aunque la ficha familiar si debe estar sistematizada en el SAPS, y para esa función se ha establecido la asignación de una hora diaria para los integrantes de los EBAPS.

El modelo de gestión

Una característica particular de la APS en Palmira es el modelo de financiamiento, en el cual se involucran diversas fuentes de recursos de la SMS, mediante los denominados “convenios multipropósito” que se contratan con el HROB para la ejecución de intervenciones en salud con el enfoque de la estrategia de APS. Así, se emplean recursos de Salud Pública que corresponden al Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), recursos de oferta (asociados a la atención de poblaciones vinculadas o no aseguradas y fortalecimiento de redes), recursos de regalías y recursos propios.

Los EBAPS se articulan para las acciones intersectoriales con la Secretaría de Integración Social mediante el Plan Especial para la Inclusión Social (PEIS), el cual cuenta con 40 gestores comunitarios; desarrollando en conjunto intervenciones en áreas vulnerables con programas en diversas áreas como: cultura ciudadana, recreación, formación para el trabajo y generación de ingresos, mejoramiento de infraestructura y equipamientos urbanos. También se tienen otros espacios intersectoriales como son la mesa técnica de las secretarías del despacho municipal y las mesas técnicas por programas de salud pública, en las que participan la personería, las IPS, veedores; destacándose como una de las mesas más activa la de infancia y adolescencia.

Como otros actores influyentes en la política de APS, y teniendo en cuenta que

en nuestro sistema las aseguradoras tienen un rol crítico para la coordinación de servicios, se ha implementado un comité de aseguramiento en el que participan las Empresas Promotoras de Salud (EPS) tanto del régimen contributivo como subsidiado. Inicialmente se lograron acuerdos para apoyar la contratación de personal de los equipos de salud pero finalmente esa iniciativa no prosperó, y se menciona como una limitante la falta de claridad en el tema del rol y manejo de recursos de las EPS desde la normatividad nacional.

En la gestión de la estrategia de APS en Palmira otro aspecto destacable es el desarrollo de un Sistema de información de APS (SAPS), el cual permite el registro en línea de actividades y el seguimiento de los indicadores del cuadro de Mando definido para la estrategia de APS. Este sistema además integra información secundaria de las familias, con lo cual la visita inicial y posteriores se hace más eficiente. También es notorio el uso de TICs; así, para el mapeo de familias, riesgos e infraestructura local se utiliza la herramienta de software libre Google Maps; además se cuenta con la estructuración de un formularios para la planificación microzonal en la herramienta google drive.

No obstante, se expresan limitaciones en el área rural en la utilización del SAPS y las TICs. En cuanto al levantamiento de infraestructura tecnológica disponible de hardware y software (equipos de cómputo, acceso a internet) en los centros y puestos de salud del operador de la estrategia de APS, se considera que esa es una función del Hospital ROB.

En la visita técnica al Centro de Salud de Rozo (área rural del municipio de Palmira), se destaca el compromiso con la estrategia de APS de la coordinación general y local, y del personal de los EBAPS quienes residen en la zona y reciben el reconocimiento de su labor por la población. Se encuentra y mencionan como limitantes para los EBAPS la carga que implica la sistematización de la multiplicidad de actividades que realizan por el escaso número de computadores institucionales, y además la limitada disponibilidad en algunos equipos para el examen físico (ej. otoscopio).

En los encuentros con líderes comunitarios se expresa una gran aceptabilidad de la estrategia, y el reconocimiento de los beneficios al acercar los servicios de salud y hacer seguimiento a las condiciones de salud de la población. Se mencionan la preocupación por los limitados recursos para afrontar las necesidades locales que se identifican y la percepción de no continuidad de la estrategia por los periodos en que no tienen actividades en su zona.

Como logros se han identificado y se mencionan como los más relevantes el alcanzar mejores coberturas de vacunación, las cuales fueron deficientes en años precedentes; y también el aumento de la captación de embarazadas antes de la semana 14. Los factores de éxito mencionados son el modelo de gestión con la estructuración del sistema de información (SAPS) y la incorporación de herramientas de telemedicina con base en experiencias previas (Yunda et al, 2013); la definición de perfiles y funciones específicas de los EBAPS que tienen seguimiento con el SAPS; además del apoyo político y decisión de la alcaldía reflejados en la destinación de recursos propios para la estrategia de

APS, y para el desarrollo de acciones intersectoriales en población vulnerable mediante el Plan Especial para la Inclusión Social, lo cual permite la alineación de objetivos comunes; también se mencionan los procesos participativos intrasectoriales e intersectoriales y comunitarios que permiten acciones específicas, tangibles y continuadas.

Los retos son enfrentar la concepción persistente en la población de la atención en salud centrada en el médico y la atención de la enfermedad; y además estructurar procesos de investigación para la evaluación de la implementación del modelo de implementación de la estrategia de APS en el municipio y que sustenten su continuidad y sostenibilidad. Como limitantes para la implementación y desarrollo de la estrategia de APS se menciona que se requieren acciones del ámbito nacional en aspectos críticos como: un derrotero o lineamientos generales sobre el sistema de información unificado; mecanismos financieros para la compensación y apoyo a las acciones en áreas de difícil acceso; establecer mecanismos y definir claramente la obligatoriedad del financiamiento de las aseguradoras (EPS); unificar el financiamiento actualmente fragmentado por tipo de servicios y fuentes.

En cuanto a los aspectos de Interculturalidad en el ámbito departamental la Secretaría de Salud desde el 2005 ha desarrollado diversos proyectos que incluyen la caracterización de afrocolombianos e indígenas en municipios seleccionados y un modelo intercultural para el abordaje de estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC), y para la prestación de servicios de salud con EBAPS con enfoque etnodiferencial (SSD/UES, 2011; SSD et al), en los cuales Palmira no fue incluido como municipio prioritario por sus características específicas. Se menciona que se obtienen resultados con importantes logros, que incluyen la disminución de barreras de acceso, fortalecimiento de capacidades con agentes de salud locales y adecuación sociocultural en las intervenciones con traducción de documentos a idiomas locales para enfrentar las barreras lingüísticas; aunque también se expresan limitaciones catalogadas como dificultades estructurales de la gestión pública, ya que se presenta discontinuidad en los apoyos entre los diferentes periodos temporales, lo cual es particularmente crítico y cobra implicaciones mayores en esos grupos étnicos, debido a que los procesos de construcción de relaciones de confianza se distorsionan y hace muy difíciles los procesos de acercamientos y el trabajo continuado con comunidades incluidas como la Embera-Chami, el pueblo Nasa, Wounaan y Eperara Siapidara.

CASO DE SANTANDER

Santander es un departamento ubicado en la región nor-oriente de Colombia, con una población estimada de cerca de 2 millones para el año 2012, distribuido en 87 municipios, de los cuales 52 son descentralizados y los restantes 47 dependen del departamento para la gestión de sus recursos de salud. Se caracteriza por un alto número de municipios con gran volumen de población rural y ser uno de los departamentos receptores de población en situación de desplazamiento forzado por el conflicto armado y narco-político del país (Observatorio de Salud Pública de Santander, 2012).

Contexto histórico

El Departamento de Santander tiene una larga trayectoria en la implementación de la estrategia de APS en el que se identifican tres hitos históricos, siendo el primero aquellos desarrollos de la década de los 80 en el marco de de la política de salud denominada "Erradicación de la pobreza absoluta". Esa etapa se caracterizó por la incorporación de promotores de salud voluntarios y fortalecimiento de la participación comunitaria mediante diagnósticos y planeación participativa en salud; sin embargo, el enfoque de operación de la Atención Primaria en Salud (APS) fue de carácter selectivo y con unas limitadas zonas en su ámbito de aplicación, centrándose en acciones dirigidas a ciertos eventos de salud y poblaciones prioritarias, tales como el binomio madre hijo, con énfasis en programas de vacunación, crecimiento y desarrollo, control prenatal y de planificación familiar, y atención de morbilidades como la EDA mediante sales de rehidratación oral (Silva et al, 1987). Los logros de ese periodo y la continuidad de la aplicación de la estrategia de APS presentan posteriormente una ruptura con la reforma del sistema de salud de 1993.

El segundo hito corresponde al 2002, fecha que marca el inicio de esfuerzos organizados por retomar la APS en Santander. Así, en el marco de la normatividad que establece el requerimiento de establecer estrategias de demanda inducida y fortalecer la gestión territorial de la salud pública a través del Plan de Atención Básica-PAB, la Secretaría de Salud de Santander (SSS) crea un equipo técnico gestor y se introducen auxiliares de enfermería en algunos municipios, caracterizando la población para generar información actualizada de la situación de salud y generar un plan de acción orientando los servicios hacia acciones de promoción y servicios de prevención acorde a las necesidades poblacionales. Ante los avances logrados con la ejecución de esas intervenciones, la Organización Panamericana de la Salud (OPS el at, 2005) recomendó y apoyó el fortalecimiento de esta experiencia para el desarrollo de una propuesta más integral, que tuviera en cuenta todos los actores del actual sistema y basada en la estrategia de APS. En ese contexto la SSS, con el respaldo político del Plan de Desarrollo "Santander en Serio", entre el 2004 y 2007 desarrolla experiencias pilotos en municipios seleccionados por su voluntad política, disponibilidad de talento humano y la asignación del recurso financiero para la implementación de la APS (León et al, 2007).

El tercer hito corresponde al último quinquenio cuando se reconocen las limitaciones de los enfoques de APS selectivos, los cuales se centran en unos pocos programas y servicios, con tendencia a desarrollar acciones desligadas de otros sectores sociales; y surge el marco de renovación de la APS que acoge el departamento de Santander. Actualmente la APS en Santander se concibe y desarrolla como un modelo de gestión para la política pública de salud para las diferentes provincias del departamento, la cual propende por involucrar a los diversos actores del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), otros actores y sectores sociales y productivos en el logro del mayor bienestar y la calidad de vida de la población.

Conducción de la APS

Así, la Secretaría de Salud de Santander (SSS) adopta la definición de APS planteada en la declaración de Alma Ata y como pilar fundamental acoge los valores y elementos de la renovación de la APS definidas por la OMS/OPS (2007). El modelo filosófico conceptual incorpora los atributos de la APS propuestos por Starfield, reconociendo seis atributos explícitos como elementos críticos: el primer contacto, la territorialización, la integralidad, la coordinación, la intersectorialidad y la participación comunitaria, los cuales se consideran como los ejes centrales articuladores para la operación de la estrategia (SSS et al, 2012).

Fuerza de trabajo

En la organización de la implementación específica del Modelo de Atención Integral basado en APS en Santander (MAIBAPS) se conforman equipos técnicos interdisciplinarios en el orden departamental y provincial encargados de los lineamientos y seguimiento de la acciones; se estructuran los integrantes de los equipos de salud municipales y se introducen auxiliares de salud extramurales para la acción local, considerándose estas últimas como la puerta de entrada preferencial de la población al sistema de salud.

Los ocho equipos provinciales, que actúan en cada uno de los núcleos de desarrollo provincial, están integrados por un profesional de enlace (de cualquier área de la salud que actúa como líder o coordinador), y un grupo de 6 profesionales y dos técnicos. Entre los primeros están profesionales de medicina, enfermería, nutrición, odontología, trabajo social o psicología, salud ambiental; mientras que los técnicos son del área de salud ambiental y enfermedades de transmisión vectorial. Los equipos provinciales, adscritos contractualmente a la SSS, están encargados de brindar asistencia técnica y administrativa a autoridades municipales, institucionales, políticas y comunitarias para la implementación de las políticas y acciones de salud a nivel municipal; y además realizar seguimiento, vigilancia y control de las mismas.

En el municipio tienen un rol fundamental las auxiliares de enfermería, a cargo de la aplicación de una ficha familiar de caracterización dirigida a identificar el

estado de salud de la familia, los estilos de vida, el sistema de aseguramiento y los factores de riesgo; realizando además acciones de promoción de la salud y canalizando a la población hacia los servicios de prevención y de salud de la institución de salud de la zona. Paralelamente se define el levantamiento del mapa de riesgos, el ecomapa y el familiograma (SSS et al, 2010).

Los equipos municipales de salud, según los lineamientos de la Secretaria Departamental de Salud de Santander, estarían integrados por los profesionales de salud del hospital local (enfermera, médico) y encabezado por las autoridades del gobierno local como el Alcalde o el Secretario de Salud como su delegado; quienes en conjunto estarían a cargo del análisis de situación de salud que integre el diagnóstico comunitario, epidemiológico y financiero; incluyendo este último la disponibilidad presupuestal para la intervención en salud en el municipio con recursos tanto sectoriales como los generados de las alianzas con otros sectores y actores sociales y productivos. Así, a partir de las necesidades poblacionales identificadas se realiza el proceso de planeación en dos ámbitos: (i) Plan de Intervención Individual y Familiar, con acciones basadas en las prioridades y competencias del Plan de Salud Pública y del paquete de beneficios a cargo de las entidades gubernamentales territoriales denominado Plan de Intervenciones Colecticas (PIC) y en las normas técnicas de Promoción y Prevención (PyP); y (ii) el Plan de Intervención Social y Comunitario, para lo cual se requieren mesas intersectoriales para la definición de agendas sociales concertadas y conjuntas.

Se destaca como una característica distintiva de la organización de la APS en Santander el esfuerzo por conformar y mantener los equipos provinciales y la contratación e incorporación de auxiliares de salud denominadas de "complementariedad" para apoyar los esfuerzos de municipios considerados prioritarios. Se establece el perfil de auxiliares de enfermería, para sustituir a las promotoras de salud de los esquemas de APS anteriores, mejorando la capacidad técnica de este recurso humano y ajustándose a la normatividad vigente sobre talento humano y aquella que enfatiza en las competencias laborales y perfiles básicos para el sector salud (Ley 1164, 2007).

En las evaluaciones del MAIBAPS se encuentra que la implementación municipal tiene diversos niveles de desarrollo con predominio de enfoques selectivos sobre modelos más integrales; identificando como logros en los municipios con mayores desarrollos de la estrategia unos mejores índices de salud y adecuado desempeño de los atributos de APS (como puerta de entrada, portafolio de servicios, formación profesional); no obstante, el desempeño fue calificado por los usuarios como bajo para el enfoque familiar, orientación a la comunidad y acceso (Rodríguez et al, 2013). Por otro lado, ese y otros estudios también han identificado retos y limitaciones (Ruiz et al, 2011; UIS/SSS, 2010); así, a pesar del esfuerzo de la SSS por incorporar auxiliares de salud en algunos municipios, los contratos son discontinuos y la coordinación intra e intersectorial local es limitada; siendo compartido también ese aspecto de la contratación para la mayoría de profesionales de los equipos provinciales, en los cuales se presenta una alta rotación y una acción centrada en el seguimiento del cumplimiento de acciones del Plan de Intervenciones Colectivas, debido a los productos asociados

a esos contratos. Existen rezagos además en la sistematización, actualización y análisis consolidado de las fichas familiares, por lo cual recientemente están en desarrollo proyectos con estrategias como introducir TIC para la recolección de la información y estandarizar un conjunto de indicadores para fortalecer los procesos de planeación y evaluación.

EXPERIENCIAS DE APS EN POBLACIONES ORIGINARIAS

En la presente sección describiremos dos casos reales de APS en poblaciones indígenas de Colombia para ilustrar la forma como la APS ha venido encontrando caminos entre estas poblaciones en el marco del SGSSS. Estas son experiencias históricas y autónomas construidas por las comunidades indígenas en un esfuerzo por hacer valer sus tradiciones culturales.

Mientras tanto, el Ministerio de Salud y Protección Social viene haciendo en el Departamento del Guainía su propio Proyecto Piloto para Atención de poblaciones en zonas dispersas que bien vale la pena reseñar antes de mostrar lo que las comunidades indígenas han logrado en la práctica.

El Ministerio está diseñando y quiere implementar un modelo de atención que garantice acceso efectivo a la salud integral de toda la población del departamento del Guainía - 40.000 habitantes de los cuales el 85% es población indígena - en un territorio que es un resguardo indígena y que tiene un índice de dispersión poblacional de 0.5 habitantes por Kilómetro cuadrado, según el asesor del Ministerio entrevistado la mayor dispersión del país. El diseño inició con recursos de cooperación del BID (US $ 500.000 dólares).

El proyecto lo desarrolla un equipo técnico del Ministerio de Salud y otro equipo (colombiano) del BID. Son médicos, antropólogos, sociólogos y economistas que, en la primera fase, no han involucrado a los indígenas en la dirección del proyecto. Se apoyan en la Universidad de los Andes, Escuela de Alto Gobierno, a través de un equipo de antropólogos, médicos y sociólogos de la Universidad. Con este equipo se contrató el diseño técnico del modelo de prestación de servicios. El equipo visitó la región y tuvo contacto con las comunidades, los indígenas y autoridades territoriales durante tres semanas.

Proponen conformar equipos de salud por microterritorios para una población asignada de 100 a 200 familias por equipo. Cada equipo de salud por microterritorio estaría integrado por un gestor comunitario indígena y un auxiliar de salud pública para actividades individuales y colectivas. El equipo se financiaría con recursos del departamento a través del hospital Departamental. Realizarán actividades de prevención y promoción de la salud. El auxiliar de salud pública le haría seguimiento a los problemas priorizados en el análisis de situación de salud que haría el departamento en la población general y en cada microterritorio en particular. El gestor comunitario indígena sería el articulador entre los usos y prácticas de la medicina occidental y los de las comunidades indígenas. Pueden tener competencias adicionales a las que establece el SGSSS, como por ejemplo, administrar medicamentos y tomar muestras de laboratorio (aun no definidas).

Se crearían centros de salud en áreas con mayor concentración poblacional (de 400 a 500 familias, estimando de cinco a siete personas por familias). Los centros de salud tendrán mayor capacidad de respuesta que los equipos básicos de salud puesto que incluirían médicos, enfermeras, odontólogos y trabajadora social permanentes. El Centro de Salud tendría ayudas de laboratorio e imagenología básica.

Habría un equipo extramural móvil de apoyo, distinto al de los centros de salud, conformado por enfermeras, médicos, odontólogos y trabajadora social. Cada uno de estos equipos de apoyo tendría a su cargo tres microterritorios donde complementarían la actividad del equipo básico permanente de cada microterritorio.

En la capital del departamento se tendrá un hospital de nivel 2 de complejidad con las especialidades básicas, que será el centro para referencia desde los centros de salud y los microterritorios. El modelo se acompañará de la tutoría de un hospital de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá que servirá como centro de referencia de las patologías de mayor complejidad. Este Hospital apoyará también en atenciones de subespecialidades mediante brigadas de salud en el territorio, en salud familiar y en el desarrollo de la APS. Se establecerán convenios con el Ministerio de las TIC para implementar un sistema de información y comunicación.

Se contrató la Escuela de Alto Gobierno de la Universidad de los Andes para diseñar un modelo particular de aseguramiento porque el existente (el actual del SGSSS) no genera competencia entre las entidades aseguradoras dada la dispersión poblacional. Dada la ausencia de competencia se justificaría la creación de una EPS mixta o público/privada entre el Departamento del Guainía y una EPS privada. Esta entidad debe comprometerse a garantizar la implementación del modelo de atención diseñado en todo el territorio.

El asegurador privado sería seleccionado mediante convocatoria pública. Sin embargo, dadas las reglas actuales de la Ley 100, que favorecen la competencia entre aseguradores distintos, los 40.000 usuarios del Departamento serán incentivados a afiliarse al asegurador preseleccionado. Actualmente opera el régimen subsidiado con las EPS Caprecom y Mayamas, y el régimen contributivo con la Nueva EPS y la EPS Saludcoop. El asegurador único seleccionado para asociarse con el Departamento del Guainía puede ser del régimen contributivo o del subsidiado. El asegurador único permitiría unificar las fuentes de financiamiento de las actividades de APS y de prestación de servicios en general, superando la fragmentación y segmentación actualmente existente.

La selección de un asegurador único para toda la población del Departamento del Guainía también permitiría limitar la libertad que tienen las EPS y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de establecer su propio modelo de atención particular (MPS, 2007a). Eso podría llevar a conformar un paquete único de prestaciones individuales y colectivas.

En cuanto a la contratación y desempeño de la fuerza de trabajo piensan incluir incentivos para que genere resultados en salud. El proceso se acompañaría de un plan especial de formación de recurso humano, es decir, de los gestores, auxiliares de salud pública, médicos, enfermeras, etc., en todos los componentes de APS.

El Piloto iniciaría una vez se haga la consulta previa reglamentaria con las comunidades indígenas y se dicte el respectivo decreto aprobatorio. Los aspectos actualmente en definición son la estrategia de implementación, la selección del asegurador, el recurso humano, el sistema de información y comunicación, la inversión en infraestructura y tecnología biomédica. Con esos componentes se aspira garantizar acceso efectivo, interculturalidad y resolutividad. El Piloto se evaluará al año de implementado.

CASO DE LOS PUEBLOS ORIGINARIOS DE LA SIERRA NEVADA DE SANTA MARTA - ORGANIZACIÓN GONAWINDUA TAYRONA

"GONAWINDUA: Go significa nacer o construir, Gonawin, son los movimientos del niño en una mujer embarazada, du significa la vida de muchos miles, millones. Dua es la primera semilla material. Allí, en GONAWINDUA, Serankua y Seinadlula estudiaron la Sierra Nevada, y miraron muchos animales, mucha vida en esa semilla".

Concepción de salud

De acuerdo con la OGT/GEE (2009), las 56 comunidades de las etnias Kággaba (Koguis), Wiwa (Arsarios) y Wintukua (Arhuacos) de la parte noroccidental de la Sierra Nevada de Santa Marta de Colombia conciben la salud y la enfermedad desde adentro, es decir, desde la medicina tradicional de cada etnia, y desde afuera, es decir, desde la medicina occidental.

Desde el conocimiento y desde las prácticas de la medicina tradicional indígena, la salud y la enfermedad es parte integral de la vida, del contexto cultural y de la estructura organizativa y de gobierno de la salud de cada pueblo. El pensamiento indígena maneja dos tipos de mundos: el material y el espiritual (que no es religión); y tres diferentes niveles: el territorial, el colectivo y el personal. La salud está contenida en el entrecruzamiento de esos mundos y niveles, siendo más importante el mundo espiritual que el material para tratar las alteraciones de los niveles territoriales, colectivos y personales. Por eso, para ellos, la medicina tradicional indígena, que es más espiritual, es al tiempo más integral y fuerte en educación, promoción y prevención que la medicina occidental para mantener el orden y el equilibrio entre los niveles, los mundos y sus interrelaciones.

El nivel territorial es esencial para prevenir integralmente las enfermedades ya que conciben una estrecha interrelación entre el orden tradicional del territorio, la Sierra nevada que va desde el mar hasta los picos nevados, y el del cuerpo humano. Si el orden de la Sierra Nevada se altera también se altera el del cuerpo humano. La medicina tradicional también enseña que es un deber y responsabilidad de cada familia y de cada pueblo preservar el orden social o colectivo para prevenir los conflictos, las epidemias y las catástrofes naturales que alteran la salud y producen enfermedad. Igualmente, es una obligación personal el autocontrol, aprendido en prácticas con la autoridad superior, para no hacer daño a sí mismos, ni a los demás ni al territorio (Arbeláez, 2003).

Cada pueblo tiene su propia estructura organizativa tradicional sobre la salud. Hay un ordenamiento territorial, de gobierno y cultural propio de cada pueblo. Por eso, es propio de los conocimientos y prácticas de cada pueblo indígena hacer su forma particular de saneamiento de la naturaleza, de lo colectivo y de lo personal para prevenir la enfermedad y restituir la salud restaurando el equilibrio en los distintos niveles y entre ellos. Aunque también hay afinidad entre Koguis, Arhuacos,

Wiwas y Kankuamos, a pesar de que ha habido pérdida de los conocimientos de algunas comunidades. Pero a diferencia de la medicina occidental, la medicina tradicional es más diversa y al tiempo más pública o colectiva que individual.

El mundo de afuera, o el de la cultura, el de las instituciones políticas, económicas, educativas, sociales y de salud, el de los conocimientos y prácticas médicas occidentales, es para ellos más limitado que su mundo de adentro y choca con éste y, aunque no lo rechazan, buscan usarlo, transformándolo, según sus propias necesidades y formas culturales de entender, pero valorando más su propio mundo. Los servicios de salud occidentales, organizados por el Estado, las organizaciones no gubernamentales o por las iglesias, se concentraban en pocas comunidades y zonas de su territorio y operaban con profesionales que trabajaban en hospitales municipales mediante brigadas médicas ocasionales o en pequeños centros de salud, y con algunos promotores indígenas de salud con poca capacitación. Estos servicios, sus profesionales y autoridades, poca aceptación e interacción tenían con la cultura, conocimientos y prácticas de salud de los pueblos indígenas, y conocían muy poco de su estado y condiciones de salud (Arbeláez, 2003; OGT/GEE, 2009).

Figura No. 12. Población originaria en la Sierra Nevada de Santa Marta, Colombia 2014

Fuente: Tomado de una presentación de la IPSI Gonanwuindúa Ette Ennak

Por ello las comunidades indígenas y sus autoridades y representantes, a través de la Organización Gonawindúa Tayrona, comenzaron a formular el Proyecto de Salud Gonanwindúa para cuidar la salud de sus pueblos desde sus propias concepciones y en contra de la invasión del sistema de salud occidental, que portaba el signo pesos como su guía de acción. Los de afuera

creían que lo que hacían los pueblos indígenas era brujería y hechicería, no valoraban sus tradiciones. Ello había sucedido así desde la colonia, la independencia, la república y ahora también con la invasión de los territorios por los actores de la guerra interna. Todos entraban introduciendo su propia concepción conveniente, pero los pueblos indígenas han resistido a muchas de esas invasiones y han buscado mostrar qué es la salud de los indígenas, cómo se estructura y qué se hace al tiempo que se busca dimensionar lo de afuera. Todo ello pensando siempre que la concepción de salud indígena es lo principal y lo de afuera lo complementario[12].

La ley 100, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, al ser implementada en los territorios indígenas a partir de 1996 dispersó a la población a través de la afiliación individual de la misma a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y de la obligación de su atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) occidentales, que tienen un enfoque individual, biomédico y unicultural de la salud.

Al implementarse el SGSSS se suponía que los indígenas aceptarían el control de la lógica del Estado y de los intereses económicos de las EPS e IPS occidentales a través de una cantidad de programas individuales y colectivos, la administración de los recursos públicos, la afiliación de indígenas y no indígenas, y del uso de sus propias competencias culturales.

Ante la imposibilidad de cambiar el modelo de salud occidental introducido decidieron crear, como un primer paso, y previa una consulta interna con los Mamas y Autoridades de las distintas comunidades, una EPS y una IPS Indígenas (EPSI e IPSI, respectivamente) que, aunque no se acondicionaran del todo a la concepción cultural indígena, a la defensa de su territorio y a la autonomía y formas de gobierno de sus autoridades ancestrales, podrían servir para comenzar a resistir la invasión occidental en la salud y para asignar y ejecutar por ellos mismos los recursos públicos de la salud que les pertenecen.

Hace 16 años se creó Dusakawi, la EPSI, que surge con una IPSI paralela. Fue clave no incluir la medicina tradicional en una especie de Plan Obligatorio de Salud Indígena (POSI), como el POS del SGSSS, porque habría sido controlada fácilmente por la medicina occidental en términos de medición, costos, etc. Si se le hubiera dado valor a las actividades tradicionales éstas se habrían comercializado. Luego se crearon tres IPSI más. Cuando tenían las cuatro IPSI decidieron que no debía haber una proliferación de EPS ni de IPS bajo control occidental en sus territorios sino un solo grupo de instituciones de salud indígenas controladas por las propias organizaciones indígenas.

El modelo de salud intercultural fue construido por ellos mismos en los territorios indígenas superando la creencia de que el Estado y los expertos lo podrían hacer en su nombre. Las tres etnias, a través de la Organización Gonawindúa Tayrona,

12 Entrevistas a Alfonso torres Villafaña (duanawuin@hotmail.com), Benerexa Márquez (zarkuati@yahoo.com) y Luis Guillermo Izquierdo en Bogotá D.C., el 24 de febrero del 2014

construyeron un modelo único a partir de las generalidades que los unen y de las particularidades que distinguen a cada pueblo. El modelo deja claro la necesidad del respeto, por parte del Estado, de los derechos, culturas y autoridades tradicionales de los pueblos indígenas, y de la aceptación por parte de éstos de sólo aquellos servicios de salud occidentales acomodables a sus condiciones y tradiciones culturales y complementarios en la satisfacción de sus necesidades, de modo que la medicina occidental, de ser hegemónica, se convertiría en una especie de "bastón de apoyo de la medicina tradicional" (OGT/GEE, 2009).

Así nace Gonawindúa Ette Ennaka en el año 2000, una Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena (IPSI) de primer nivel de atención paralela a las IPS de la medicina occidental, la cual ahora tiene 14 años y es de naturaleza pública con régimen especial.

Para crearla hicieron una consulta previa a la población indígena y concertaron, posteriormente a su creación como ONG, sus decisiones con las autoridades públicas municipales y nacionales.

A partir de su creación debieron iniciar un proceso de aclaración y comprensión de su estructura organizativa, dirección y administración, la organización de la red regional de servicios de salud, sus programas y actividades, la forma de vinculación y capacitación intercultural del personal de auxiliares, agentes comunitarios y profesionales, así como definir claramente qué es la salud propia y qué es la salud de afuera, porque se habían dado cuenta que hay programas de la medicina occidental que atentan contra la integralidad cultural de sus pueblos y que ni siquiera adecuándolos sirven.

De acuerdo con la información disponible en el año 2008 (OGT/GEE, 2009), la IPSI cubría una población indígena de aproximadamente 19.850 personas, de los cuales el 60% eran de la etnia Kogui, el 10% de la Wiwa y el 29% de la Arhuaco. De esta población no hacía parte la etnia Kankuamo (también componente de las 4 etnias originarias de la Sierra Nevada de Santa Marta).

Una de las primeras acciones de envergadura que acometió la IPSI Gonawindúa Ette Ennaka fue organizar un Plan quinquenal (2009-2014) de salud pública en la parte norte y occidental de la Sierra Nevada de Santa Marta. Este plan debieron organizarlo con apoyo de los programas de salud pública occidentales porque tenían graves problemas de salud que deberían enfrentar.

Así por ejemplo, siendo el 51% de la población femenina y el resto masculina, la tasa de crecimiento poblacional promedio era de 4.5% anual, la tasa de natalidad de 29.6 por mil y la expectativa de vida de apenas 59.6 años. En el 2007 la tasa de mortalidad infantil fue de 26.7 por 1000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad materna de 3.5 por 100.000 y la tasa de TBC de 21.3 por 100.000. Las enfermedades principales eran la infección respiratoria aguda, la enfermedad diarreica aguda, las caries, el poliparasitismo intestinal y la desnutrición. Las principales causas de mortalidad eran la enfermedad diarreica aguda, la desnutrición, la infección respiratoria aguda, los accidentes y la tuberculosis. No tenían coberturas útiles de vacunación, excepto para BCG. Hasta 2007 las atenciones en salud descansaban principalmente en las acciones que realizaban

los agentes de salud indígenas, las médicas y las atenciones odontológicas no sostenidas en el tiempo (OGT/GEE, 2009).

De acuerdo con OGT/GEE (2009), el objetivo general del Plan fue fortalecer social y culturalmente las comunidades indígenas, su red de atención y mejorar su estado y condiciones de salud con los programas de salud pública interculturales acordados. Los objetivos debían lograse a través de la promoción, prevención y educación intercultural, el fortalecimiento del PAI, y el apoyo al plan de contingencia para control de la TBC, al programa de alimentación, nutrición, crecimiento y desarrollo, y a la vigilancia epidemiológica comunitaria. Los componentes de cada uno de los programas son:

1. En promoción, prevención y educación: capacitación en culturas tradicionales de la salud; capacitación occidental a agentes de salud indígena en actividades de embarazo, parto, puerperio, IRA, EDA y TBC; capacitación en medicina tradicional china.
2. En el PAI: fortalecer en red de frío y en capacitación a agentes de salud indígenas
3. En el plan de contingencia para control de la TBC: apoyar que se realicen barridos comunitarios y concertación con mamas y autoridades tradicionales para hacerlos
4. En el programa de alimentación, nutrición, crecimiento y desarrollo: focalizar poblaciones en alto riesgo, suministrar equipos y garantizar seguridad alimentaria
5. En vigilancia epidemiológica comunitaria: apoyar en capacitación, actualización y automatización del sistema de información.

Las estrategias acordadas incluyeron el desarrollo de jornadas comunitarias concertadas con las autoridades tradicionales y la creación de una red de agentes de salud indígenas en todas las comunidades. Entre las metas se propusieron reducir la mortalidad infantil a 15 por mil, la mortalidad materna a 0.5 por 100.000 y la mortalidad por TBC a 5 por 100.000; además, desarrollar proyectos de seguridad alimentaria en todas las cuencas de la Sierra Nevada e implementar 2 jornadas anuales de capacitación a los agentes de salud indígenas. La inversión total del plan fue de US$ 674.262 ($1.299. 977.260 millones de pesos colombianos). No hay aún una evaluación de los resultados del mismo.

Además del Plan de Salud Pública se han propuesto desarrollar la salud tradicional porque eso implica desarrollar la cultura propia. Entre los pueblos indígenas de la parte alta y baja de la Sierra Nevada de Santa Marta se maneja una visión de salud integral, universal y equitativa, con énfasis en la educación, la promoción y la prevención, que se desprende de su concepción de que la salud y la enfermedad no se pueden entender sino en el marco de las relaciones entre territorio, el orden de lo colectivo y el comportamiento personal. Hay reglas particulares según cada etnia así como también hay generalidades, pero tienen como raíz común la cultura Tayrona, que es la de la Sierra Nevada de

Santa Marta[13]. En el documento *Leyuman Gonawindua*, que contiene la Ley Indígena para la salud de la Sierra Nevada (Ley Se), la salud tradicional debe tener estructura y funcionamiento propio.

Por ello se concertó con el Estado el enfoque intercultural del modelo de atención. Este debía partir del reconocimiento, por parte de los servicios de salud indígena, del valor del pensamiento y prácticas indígenas sobre salud y orden territorial, salud y orden colectivo, salud y orden personal, que se desarrolla a través de la medicina tradicional indígena (Arbeláez, 2003). Además de la medicina tradicional indígena, en los servicios de salud indígenas se incluyen siete programas occidentales de los cuales vale la pena destacar los siguientes: el Programa de Prevención, Promoción y Educación en Salud; el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); el Programa de Atención a Enfermos; el Programa de Salud Oral; el Programa de control de la tuberculosis; el Programa de Nutrición, Crecimiento y Desarrollo; y el Programa de Información y Vigilancia Epidemiológica.

Cuando los programas occidentales son incluidos, al mismo tiempo son adecuados por la cultura propia. Por ejemplo, el PAI cambia al ponerse en práctica entre las comunidades indígenas de la Sierra Nevada en el sentido de su administración, sus usos, tiempos y estrategia de manejo de los biológicos, que se ajustan a la dinámica propia. La noción de tiempo cambia, por lo cual el cumplimiento de las metas también. Se busca articular lo occidental con lo de tradicional, siendo lo principal lo tradicional. Se busca controlar como complementario lo que viene de afuera, así como el acceso a otros niveles de atención de la red occidental de prestación de servicios (OGT/GEE, 2009).

Los programas de afuera (occidentales) tienen como esencia de su racionalidad administrativa el signo peso en tanto que la racionalidad de lo de adentro (la medicina tradicional) es cultural. Dado que no manejan la moneda para el intercambio sino el trueque, es decir el intercambio de las cosas según su valor de uso, al estructurar el nuevo modelo de atención buscaron garantizar acceso igualitario para todos los individuos de las comunidades indígenas de sus territorios sin diferencias de rango, género, etnia, sexo, edad o condición socioeconómica. Por eso ahora dicen que se les acusa de haber endeudado la EPSI y las IPSI, porque asumieron la atención de la salud de todos los miembros de la comunidad sin importar si estaban o no con carnet de afiliación a la EPSI[14].

13 Entrevistas a Alfonso torres Villafaña (duanawuin@hotmail.com), Benerexa Márquez (zarkuati@yahoo.com) y Luis Guillermo Izquierdo (3174252965) en Bogotá D.C., el 24 de febrero del 2014

14 Entrevistas a Alfonso torres Villafaña (duanawuin@hotmail.com), Benerexa Márquez (zarkuati@yahoo.com) y Luis Guillermo Izquierdo en Bogotá D.C., el 24 de febrero del 2014

Figura No. 13. Centro de salud indígena, Sierra nevada de Santa Marta, Colombia 2014

Fuente: Tomado de presentación de la IPSI Gonanwuindúa Ette Ennaka

Sin embargo, saben que no se puede desarrollar sólo la salud propia (tradicional), porque como pueblos son parte inevitable de un mundo no indígena (occidental) con el cual tienen que interactuar desde una perspectiva intercultural. Había que construir convivencia entre unos y otros, manteniendo y fortaleciendo lo propio. Por ello había que montar también la red occidental de IPS pero controlada por los pueblos indígenas y sensibilizando a los profesionales de la medicina occidental en el respeto a su cultura, a sus conocimientos y prácticas médicas tradicionales.

Los agentes comunitarios de salud indígena

Lo más importante era fortalecer a los agentes de salud indígena. Como parte de su proyecto propio, los agentes de salud indígena deben responder a las necesidades de sus comunidades, territorios y autoridades ancestrales, y no depender ni laboral ni técnicamente de las autoridades y profesionales occidentales. Por ello su capacitación debe ser fundamentalmente tarea de los propios indígenas a través de sus Mamas para, primero que todo, prepararlos espiritual y materialmente con base en su modelo de salud propio. Pero debían conocer también lo de afuera (los conocimientos y prácticas occidentales) para que pudieran hacer mejor su trabajo, combinando interculturalmente las reglas de la medicina tradicional y de la occidental.

Sin embargo, con el paso del tiempo se han encontrado con la necesidad de formar ellos mismos a sus agentes comunitarios indígenas en las técnicas

occidentales que ellos mismos como profesionales han venido aprendiendo, pero el gobierno no les autoriza a ellos esta formación. Igualmente buscan que las enfermedades que surgen por eventos como los cambios climáticos tengan programas adecuados al contexto real y deben prepararse los agentes de acuerdo a ello[15].

Entre las funciones de los agentes de salud indígenas destacan la actualización de los listados censales, la aplicación de las fichas familiares de recolección de información, dar alerta temprana en caso de enfermedades epidémicas, catástrofes naturales o situaciones de emergencia, y según su grado de capacitación en el modelo occidental pueden tomar bacilos-copias y programar las actividades de vacunación que sean pertinentes según las etnias (OGT/GEE, 2009).

En cuanto a la red propia de servicios, la administración pública había querido siempre imponer su poder, su particular visión y sus reglas, pero con el tiempo los indígenas han creado su propia infraestructura, a pesar de los requisitos de habilitación de calidad occidentales que son extraños a su cultura. Por ejemplo, en cuanto a los materiales de construcción de las instalaciones de salud, los occidentales van en detrimento del medio ambiente propio. El cauce de los ríos ha disminuido por ello. Por eso el cuidado debe ser integral y las infraestructuras deben ser de acuerdo al pensamiento propio. También han logrado organizar una administración propia acorde a la visión y lineamientos de las comunidades indígenas.

Particularidades del modelo según la etnia Arhuaco

De acuerdo con Benerexa Márquez[16], un ejemplo de lo que hace la etnia de los Arhuacos es lo que ellos desarrollan en el Departamento del Cesar. En esta parte del territorio de la Sierra Nevada habitan varios miles de Arhuacos. La IPSI que cuida de la salud de su pueblo tiene alrededor de 85 promotores y auxiliares de salud indígenas, quienes se han ido formando poco a poco en el tiempo. También tienen fuerza de trabajo no indígena, los profesionales en medicina occidental, pero son pocos. La mayor parte del servicio que prestan es extramural aunque tienen algunos centros de salud donde realizan actividades intramurales.

Los equipos de salud recorren cada uno de los poblados indígenas. Cada equipo está constituido por auxiliares de salud, bacteriólogo, odontólogo, médico, enfermera y un traductor bilingüe, que siempre debe estar presente porque no todos los indígenas hablan el idioma castellano. Actualmente tienen 5 equipos fijos y dos extramurales que se desplazan según se requiera. Al establecerse o llegar un equipo a un lugar siempre hay que hacer un ejercicio cultural previo con el Mamo (autoridad superior indígena) para que luego se pueda prestar el servicio occidental de salud.

---

15 Entrevistas a Alfonso torres Villafaña (duanawuin@hotmail.com), Benerexa Márquez (zarkuati@yahoo.com) y Luis Guillermo Izquierdo en Bogotá D.C., el 24 de febrero del 2014

16 Entrevistas a Benerexa Márquez (zarkuati@yahoo.com) en Bogotá D.C., el 24 de febrero del 2014

Respecto de la continuidad de la atención, el paciente primero va donde el Mamo, quien hace el tratamiento propio con base en las prácticas tradicionales en promoción y prevención. Es el Mamo quien puede definir si el paciente necesita tratamiento en salud occidental[17].

En su territorio la formación de los agentes de salud indígenas (promotores, auxiliares, higienista orales, auxiliares de laboratorio y animadores de la producción para la vida) en el conocimiento y métodos de lo propio se hace con base en la cultura indígena para que sus prácticas de salud se desarrollen en correspondencia con las necesidades del territorio, lo colectivo y lo personal.

En el modelo occidental "Médicos y enfermeras esperan que los promotores aclaren a la comunidad los mecanismos de transmisión de las enfermedades parasitarias e infecciosas y la mejor manera para prevenirlas lavándose las manos, hirviendo el agua, usando calzado, etcétera. Por su parte, los promotores indígenas consideran que a la comunidad hay que enseñarle a comportarse según la Ley Se para que así pueda mantenerse sana, lo cual en muchos casos puede no guardar relación directa con las medidas de higiene que se pretende que transmitan y que se supone que la comunidad debe realizar" (Arbeláez, 2003). Estos agentes son pagados por la IPS indígena.

En cuanto al componente occidental de la formación para su trabajo, la organización es por programas pero en lo propio es por costumbre (implícito en la cultura). La formación que se le hace al agente desde la IPSI es más en lo de afuera porque la formación en lo de adentro la obtienen en la comunidad.

Desafíos del modelo

Además de los problemas de las dificultades que el conflicto armado genera a las comunidades indígenas en sus territorios, y los inconvenientes ambientales del modelo depredador de desarrollo económico, específicamente uno de los desafíos que enfrenta el modelo intercultural de salud que desarrollan estas comunidades es la incertidumbre sobre su sobrevivencia en el nuevo contexto de reforma del SGSSS. Ante las posibilidades de cambios en el actual modelo del sistema general de seguridad social en salud, las autoridades indígenas piensan que, en cualquier caso, debe continuar lo que se ha venido construyendo porque lo que se construye es un órgano indígena de gobierno en salud.

Según Torres Villafañe[18], procuran avanzar fortaleciendo el modelo que tienen formando profesionales indígenas para que desarrollen los programas occidentales y los propios, y así poder rescatar mejor las prácticas tradicionales perdidas.

---

17 Entrevistas a Alfonso Torres Villafaña (duanawuin@hotmail.com), Benerexa Márquez (zarkuati@yahoo.com) y Luis Guillermo Izquierdo (3174252965) en Bogotá D.C., el 24 de febrero del 2014

18 Entrevistas a Alfonso Torres Villafaña (duanawuin@hotmail.com) en Bogotá D.C., el 24 de febrero del 2014

Procuran que los profesionales no indígenas en sus actividades vayan sólo hasta el límite en el que no transgredan la cultura propia. Pero este es un desafío permanente que les empuja a formar su propia fuerza de trabajo indígena. Lo mismo sucede con los agentes de salud indígenas con quienes el modelo propio está en desarrollo en programas específicos. Así por ejemplo, actualmente los capacitan en los 7 programas occidentales y en lo de adentro (lo tradicional). Dado que conocían un poco de cada cosa ahora buscan darles un título que sea reconocido por el Ministerio de Educación y por el Ministerio de Salud y de la Protección Social a través de crear una facultad que forme tecnólogos en salud intercultural con malla curricular aprobable por el Ministerio de Educación. Dado que muchos indígenas no saben leer ni escribir, la formación debe ser más práctica que teórica. La dirección de la Facultad debe ser compartida por ambas partes, propia y externa. Piensan en una forma de educación que responda al contexto real de las comunidades y que les permita resolver los problemas con los recursos de que disponen. Con ello también buscan validar ante la institución la contratación de los agentes de salud indígenas. Sin embargo, aún no han tenido el consentimiento de las autoridades nacionales de educación ni de las de salud.

CASO DE LOS PUEBLOS ORIGINARIOS DEL CAUCA

Para los indígenas del Departamento del Cauca salud “es el estado de equilibrio armónico de las relaciones de la persona consigo misma, con su familia, la comunidad y el territorio. Se expresa en la relación con el territorio y su cuidado, con el ambiente y las relaciones sociales, la autoridad, el respeto, la colectividad, la producción y alimentación, las relaciones con otros pueblos, culturas y con el estado” (Realpe, 2014).

Antecedentes

El contenido y posibilidades de materialización de la APS entre los pueblos indígenas del Departamento del Cauca ha sido el resultado de sus procesos de lucha por los derechos y el reconocimiento de sus diversas comunidades en los distintos espacios económicos, sociales, políticos y culturales. Los pueblos indígenas del Cauca incluyen las etnias Nasa, Kokonukos, Yanaconas, Misak (Guámbianos), Totoroes, Eperaras Siapidara, Ambalueños, Polindaras, Quizgueños e Ingas, las cuales se asientan en 29 municipios del departamento, con una población de aproximadamente 248.532 personas, un 22.2% de la población del departamento, según el censo indígena de las propias comunidades (CRIC, 2010).

Para garantizar la unidad de los pueblos y la efectividad de sus luchas, en 1971 crearon el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC), realizaron un primer congreso de autoridades tradicionales y de comunidades, y definieron los lineamientos políticos y organizativos que orientan sus acciones.

Asumieron guiarse por los principios de Unidad, Tierra, Cultura y Autonomía, y construyeron una Plataforma de Lucha que incluye entre sus elementos constitutivos los siguientes: recuperar las tierras y ampliar los resguardos; fortalecer los cabildos Indígenas; no pagar terraje; hacer conocer las leyes sobre indígenas y exigir su aplicación; defender la historia, la lengua y las costumbres indígenas; formar profesores indígenas; fortalecer las empresas económicas y comunitarias; defender los recursos naturales y ambientales de los territorios indígenas; y, por último, fortalecer la familia indígena.

Esta plataforma incluye varios programas integrales e interculturales, entre ellos el *Programa de Salud Indígena* (CRIC, 2010).

Figura No. 14. Escudo del Consejo Regional Indígena del Cauca, Colombia, 2014

Fuente: Presentación del CRIC en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) de febrero 28 de 2014 en Popayán

El Programa de Salud Indígena

De acuerdo con el CRIC (2010), el *Programa de Salud Indígena* (PSI) tiene como centro de su acción la medicina ancestral, la autonomía alimentaria, la interculturalidad del cuidado de la salud, la capacitación en salud de los trabajadores del sector y de las comunidades, y el fortalecimiento organizativo y administrativo del programa en sus áreas de influencia. Contiene lineamientos de política y programáticos que buscan defender sus derechos fundamentales, promover la autonomía alimentaria, fortalecer la medicina tradicional y la interculturalidad, adecuar las políticas de salud del Estado y la medicina occidental a sus necesidades y particularidades culturales, acabar con la discriminación en los servicios de salud occidentales, promover educación e investigación en salud intercultural y fortalecer la organización de las comunidades.

Organización del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI

El PSI incluye la creación de un *Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural* (SISPI) para fortalecer sus sistemas médicos propios y esclarecer su relación con el sistema de salud occidental en términos del derecho a la salud, la interculturalidad, la gratuidad e integralidad del cuidado.

El SISPI se fundamenta en la cosmovisión indígena que supone armonía y equilibrio entre hombre, naturaleza y territorio. Esta relación está reflejada en sus

normas y prácticas culturales, las cuales coadyuvan a producir bienestar individual y colectivo en todos los ámbitos de la vida. Se guían por los principios y valores definidos por el CRIC (2010).

Además de su enfoque orientado al territorio, la comunidad, la familia y la persona, el SISPI incluye cuatro componentes: 1) el político organizativo; 2) el cuidado de la salud propia e intercultural; 3) la formación, capacitación e investigación en salud; y, 4) la administración y gestión. Los cuatro componentes, que describimos a continuación, deben ayudar a lograr el *buen vivir*.

Figura No. 15. Representación de la mujer dadora de vida en la cultura Nasa, Colombia 2014

Fuente: Presentación del CRIC en el COVE de febrero 28 de 2014 en Popayán

El **componente político organizativo** se refiere a la gobernabilidad en salud mediante la consulta permanente a las comunidades y el acompañamiento de estas durante el proceso de fortalecimiento de los programas de salud. La autoridad central son los congresos del CRIC, cuyas decisiones deben ser obedecidas por las autoridades de salud.

El **cuidado de la salud propia intercultural** es orientado por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas (IPSI). Las IPSI incluyen la medicina tradicional y la sabiduría ancestral, y la articulación de éstas con los otros conocimientos y prácticas de la medicina occidental.

El componente de **formación, capacitación e investigación en salud** debe tener contenidos interculturales. Reivindica que el Estado reconozca los enfoques pedagógicos y los contenidos educativos de las propias comunidades

así como sus instituciones, al tiempo que exige el derecho de las comunidades a la formación en los contenidos educativos occidentales. Han puesto en funcionamiento la *Universidad Autónoma Indígena UAIN*, que desarrolla programas educativos interculturales.

El último componente, de **administración y gestión**, prioriza la organización de sistemas propios de información antes que la administración de los recursos. Bajo este componente han puesto en funcionamiento un *Sistema Único de Información para los pueblos Indígena*s (SUIIN) y han organizado un sistema de vigilancia y monitoreo comunitario en salud que registra información sobre las características sociodemográficas de la población y de las desarmonías[19] propias y occidentales (CRIC, 2014).

El proceso de implementación del PSI les ha permitido tomar la decisión estratégica de crear, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud occidental (SGSSS), una ***Entidad Promotora de Salud Indígena*** **(EPSI)** que se rige por las normas del régimen subsidiado y diversas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas (IPSI). Como entidad aseguradora del régimen subsidiado, la EPSI les permite afiliar la población indígena al SGSSS, captar y administrar los recursos de financiamiento del SGSSS que les corresponde como pueblos indígenas y contratar la prestación de los servicios de salud con las IPSI y las IPS occidentales.

De acuerdo con el CRIC (2010) las IPSI son instituciones públicas administradas y operadas "por las propias comunidades indígenas en concordancia y complementariedad entre las normas del Estado colombiano y "la normatividad y procedimiento propio de cada comunidad indígena", sus "estructuras organizativas, particularidades y condiciones socioculturales". Las IPSI son once (11) y atienden a más de 13.342 personas afiliadas en los 31 municipios del departamento del Cauca donde se asientan las comunidades indígenas.

Además de constituir la EPSI y las IPSI, el PSI les ha permitido avanzar en dos procesos adicionales: por un lado, formar y capacitar a "más de 400 agentes comunitarios, promotores y auxiliares de salud entre las comunidades indígenas para trabajar en ellas y en las IPS y EPS indígenas"; Investigar y sistematizar los saberes y conocimientos propios y occidentales y generar "materiales educativos en salud con el apoyo de los agentes comunitarios en salud y los sabedores ancestrales". Por el otro, promover "procesos de movilización social y concertación de políticas de salud a nivel departamental, regional y nacional con lo cual han

19 Desarmonía "es la ruptura (del) ese equilibrio generado por el negativo relacionamiento del hombre con su entorno, las leyes ancestrales, que lo llevan a la desarmonía y el malestar físico y espiritual. No solo al ser humano como persona, sino a su entorno, la familia, la comunidad, la asamblea, el cabildo y las autoridades propias en general" (CRIC, 2014). Se entiende por desarmonías a las enfermedades, muertes y sus causas, que se registran, analizan y atienden tanto desde el sistema de atención propio (por ejemplo, caspi, inchapisco, celos, o en el caso de la diarrea que puede ser causada por susto, sereno, descuajo, empacho, frio, arco) como desde el occidental (caries, desnutrición, etc.). Incluye condiciones de vida y morbilidad como disposición de agua potable, saneamiento básico, energía, vivienda digna, etc. (CRIC, 2014)

podido crear la Mesa Nacional de Concertación de Políticas y la Mesa Coordinadora Nacional de Salud"; así mismo, crear "la Asociación de cabildos indígenas del Cauca AIC (CRIC, 2010).

Enfoque de la APS entre los pueblos indígenas

El pensamiento de la medicina occidental y el de la medicina tradicional han encontrado un punto de convergencia histórico entre los pueblos indígenas del Cauca alrededor del cuidado de la salud mediante el uso de la APS.

Al decir de los dirigentes indígenas de salud en el Cauca, mientras la implementación de la Ley 100 de 1993 desmanteló la APS en otras áreas del Cauca y del país, las comunidades indígenas la preservaron en sus territorios y, con ella lo que más valoran, el *agente comunitario de salud*, que actualmente juega un papel estratégico en tres de las 4 líneas de intervención del cuidado primario[20].

Para ellos, hacer APS no es llevar el médico, la enfermera o el odontólogo a las familias, que sigue siendo el procedimiento del modelo asistencialista occidental, sino promover que el agente comunitario de salud coadyuve al manejo de los procesos de desarmonía en sus distintos espacios (persona, familia, comunidad y territorio) e interactúe con el otro conocimiento (el occidental) desde el conocimiento tradicional.

El enfoque del modelo de cuidado de la salud basado en APS se caracteriza por ser "integral e intercultural, por ciclo vital (familia, ser humano, comunidad territorio), familiar y comunitario" y por fortalecer la medina propia. Así, el **objetivo** del modelo de atención integral e intercultural es "Cuidar la salud de la población indígena, garantizando la atención integral desde la medicina indígena a partir de la cosmovisión y prácticas culturales para el buen vivir de cada Pueblo, articulando las acciones de otros modelos médicos aceptados por la comunidad y aplicando la estrategia de atención primaria integral e intercultural" (Realpe, 2014).

Financiamiento

El financiamiento del componente occidental de la APS se hace a través de los recursos del régimen subsidiado del SGSSS a través de la EPSI. El financiamiento de las actividades y del personal de las IPS indígenas se hace desde las reglas de contratación entre la EPSI y las IPSI, siguiendo las asignaciones de la UPC del régimen subsidiado del SGSSS.

El financiamiento del componente tradicional se hace con los recursos de las propias comunidades siguiendo las formas ancestrales de las comunidades.

---

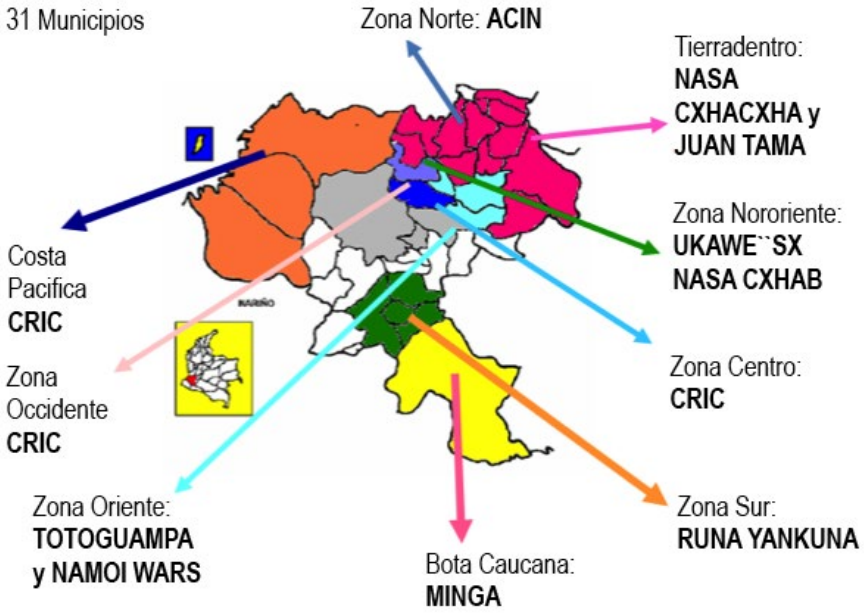
20 Las cuatro **líneas de intervención** del nivel primario de cuidado de la salud incluyen: el "fomento de salud en el marco de los Planes de Vida de los pueblos, la recuperación de la armonía, la protección de la salud, y la vigilancia epidemiológica comunitaria" (Realpe 2014)

Organización de la red de atención

Los espacios físicos de atención en salud son geo-referenciados, permiten la ubicación de los sabedores ancestrales en el territorio y la zonificación del mismo para la atención en salud. Los espacios de atención se organizan en **redes de atención en salud** por dentro de los territorios indígenas y por fuera de ellos, como veremos más adelante, en el caso particular de la etnia NASA. Como **sistema de información** propio usan el SUIIN y una ficha familiar para recoger la información de las mismas.

La c**obertura** de las IPSI alcanza a las distintas zonas del Departamento del Cauca donde se asientan las etnias de la población indígena (Ver Figura No. 16).

Figura No. 16. Cobertura de las IPSI en el Departamento del Cauca – Colombia, 2014



Fuente: presentación del CRIC, Liliana Realpe, en el COVE del 28 de febrero del 2014 en Popayán

Fuerza de trabajo y Equipos de salud

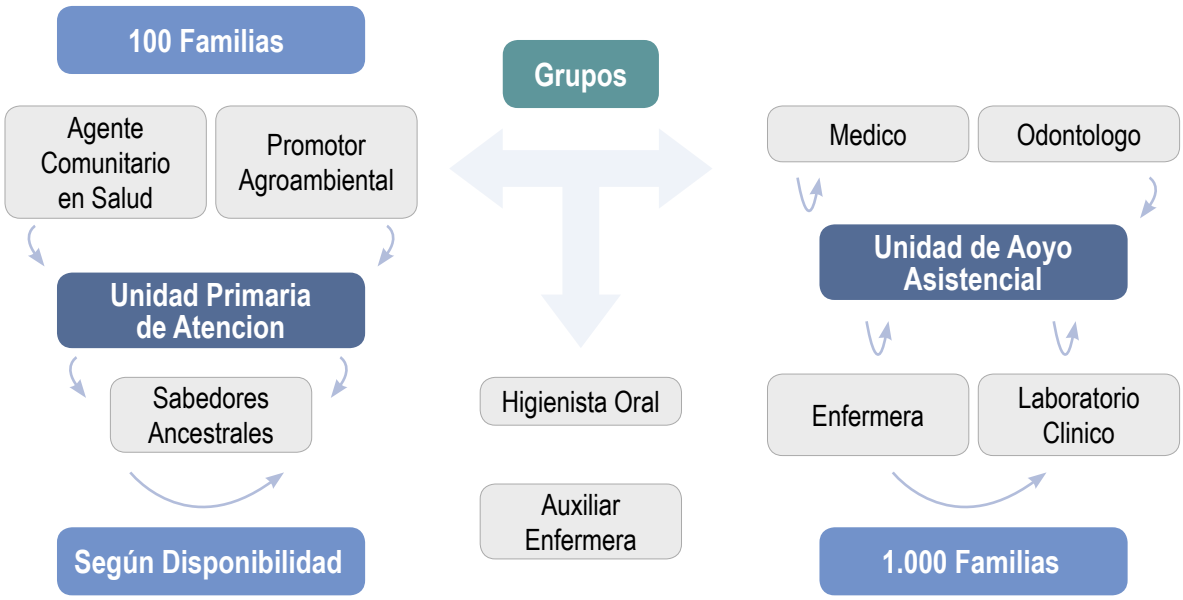
El modelo de atención basado en la APS incluye **dos tipos de equipos o de unidades básicas para la atención integral:** los de base comunitaria y los de apoyo.

Los equipos de base comunitaria, o unidades primarias de atención, están conformados por el The Wala, la partera, los promotores de salud comunitarios, el pulseador, el curandero de ojo, el animador agroambiental, el sobandero y la higienista oral, que son coordinados por un enfermero.

Los equipos de apoyo, o unidades asistenciales de apoyo, están conformados por profesionales, tecnólogos y técnicos de los diferentes saberes médicos occidentales, según la necesidad identificada en cada comunidad. Entre ellos incluyen: profesionales de la salud como el médico general, el odontólogo y el bacteriólogo; además, el auxiliar de enfermería, el auxiliar de laboratorio, el

auxiliar de enfermería (vacunador), y el personal de otros saberes como la medicina alternativa y los sabedores ancestrales.

Figura No. 17. Conformación de los equipos operativos de APS, Cauca, Colombia 2014



Fuente: Presentación del CRIC en el COVE de febrero 28 de 2014 en Popayán

Variaciones culturales de la aplicación del modelo según comunidad: el caso de los Nasa

La aplicación del modelo puede tener particularidades según la etnia indígena de que se trate.

Así, por ejemplo, en el caso de los pueblos Nasa, el esquema general de atención incluye tres componentes: 1) el SISPI, que orienta el modelo de cuidado de la salud propio e intercultural; 2) los Caminos, que se refieren al acompañamiento desde las actividades de la medicina tradicional (rituales, y prácticas según la valoración del sabedor ancestral en cada uno de los momentos del camino de vida) y occidental en los cuatro momentos del ciclo de vida (embarazo, niño, joven y adulto) guiados por la luna (para la mujer) y el sol (para el hombre); y, 3) las líneas de intervención, que incluyen fomento y protección de la salud, recuperación de la armonía, y vigilancia y monitoreo en salud comunitaria.

Las actividades de las líneas de intervención para los Nasa con el Camino de la luna de la mujer madura (inicio de vida de pareja y, por lo tanto, mujer dadora de vida) y sobre el fomento y protección de la salud incluyen:

1. Pre-amaño: cateo con el The Wala y planeación de los hijos
2. Amaño: armonización de pareja o ritual de amaño
3. Preparación intercultural para la concepción del Nasa: cateo y armonización con el The Wala y preparación desde lo occidental
4. "Mujer dadora de vida": incluye detección, educación y seguimiento a la embarazada y a la familia, intercalando el cuidado del equipo básico con el equipo de apoyo

5. Rituales de armonización a la embarazada por el The Wala durante el período de gestación
6. Socialización de las prácticas culturales a embarazadas
7. Atención del parto intercultural sin riesgo en casa (por partera, médico tradicional, promotor de salud) o, con riesgo, en una institución occidental de salud
8. Y, por último, asesoría en planeación y espaciamiento de los hijos.

La línea de intervención de recuperación de la armonía incluye la atención de las enfermedades propias y la atención de las enfermedades occidentales. Entre los instrumentos curativos usados para lograrlo están la medicina occidental, la medicina alternativa y la red de sabedores ancestrales.

Las IPSI Nasa hacen vigilancia y monitoreo comunitario de las enfermedades propias y los eventos de interés en salud pública. Desarrollan planes de acción sobre eventos de interés en salud pública que conjugan las actividades de la medicina indígena con los de la salud púbica occidental, para lo cual realizan reuniones comunitarias y Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE) institucionales y comunitarios.

Así, combinando las líneas anteriores de intervención, en el caso de la atención de una mujer Nasa embarazada, según la necesidad puede actuar un equipo constituido por el The Wala, la partera, el promotor de salud, el técnico animador agroambiental, el personal de enfermería y de médicos occidentales generales y especializados, el psicólogo, las autoridades ancestrales, entre otras.

La **red de atención en salud** por la que progresa la atención de los Nasa puede estar constituida por espacios al interior y al exterior del territorio donde habitan las comunidades indígenas.

Al interior del territorio operan la casa de cada familia, los centros interculturales de atención en salud (Puestos de salud), y los centros de encuentros de la sabiduría ancestral (sitios de producción, procesamiento de plantas medicinales). Por fuera del territorio operan las redes de la medicina occidental, clínicas y hospitales, entre otros.

Los Nasa reconocen como sujetos cuidadores de la red de salud a la familia, los sabedores ancestrales (por ejemplo el The Wala, la partera y la curandera de ojo, que constituyen una red de atención por resguardo y por municipio), el personal de salud comunitario, los equipos multidisciplinarios de salud formados desde la medicina occidental, los profesionales de la medicina alternativa, los que trabajan en programas de salud, las autoridades en salud y los de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicos.

Desafíos del modelo indígena

Entre los desafíos del sistema indígena de salud y de la APS en el Departamento del Cauca puede anotarse que los médicos occidentales renuncian frecuentemente

a su trabajo por situaciones de orden público y por las dificultades geográficas de acceso a las comunidades objeto de su trabajo. Al igual que las comunidades indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta, la estrategia que estudian para enfrentar el problema es formar y capacitar su propia fuerza de trabajo profesional y técnico en lo occidental. La dificultad que tienen es que el Ministerio de Educación no reconoce algunos de los perfiles profesionales interculturales que desean formar, en violación de los propios principios de la Constitución Política de 1991 que establece el derecho a la diversidad y al reconocimiento de la misma por parte del Estado y la sociedad.

Tienen preocupación en el caso de los The Wala porque éstos ya han alcanzado edades avanzadas, con lo que se inician procesos de búsqueda de talentos y de su formación entre niños o jóvenes de algunas comunidades, pero el llegar a ser un The Wala es visto como un don que debe ser descubierto y desarrollado con la experiencia. Hay alguna escuela de formación en medicina tradicional en una comunidad pero no en todas. Igual pasa con las parteras, que requieren mejor capacitación.

Otro de los desafíos hace referencia a la remuneración y reconocimiento de la formación y del trabajo de los agentes comunitarios de salud. Aunque los promotores de salud indígenas existen en el departamento del Cauca desde antes de la Ley 100 de 1993, y éstos eran remunerados por el antiguo Sistema Nacional de Salud, la ley 100 los desapareció. Ahora no son remunerados, se pueden capacitar pero es difícil su seguimiento y acompañamiento por falta de reconocimiento institucional y en la comunidad. Las IPSI consideran que una de las causas del no reconocimiento institucional de los agentes comunitarios de salud es la no reglamentación de Ley 1438 del 2011 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, lo cual lleva a que no se reconozcan las competencias laborales como promotores de salud indígenas sino la de técnicos o auxiliares en salud pública y enfermería.

El otro problema es de las normas habilitación en calidad de los prestadores que chocan con lo que se hace en las experiencias comunitarias. Las inversiones que hace el SGSSS son fundamentalmente en grandes instituciones hospitalarias y no en la atención primaria en salud.

Perciben la formación universitaria occidental como elitista. La construcción de la malla curricular debería hacerse en concertación con las comunidades indígenas. Así, se termina en una situación en la que los agentes comunitarios de salud sólo los valoran las IPSI, dado que la normatividad los ha sacado por falta de las competencias que exigen las instituciones desde el saber occidental. Para ellos, más que la tecnificación del promotor de salud lo que se requiere es formar en liderazgo en la comunidad. El CRIC impulsa la tarea de resaltar el papel de los agentes comunitarios a través de la EPSI, formándolos interculturalmente, lo que están haciendo con recursos propios. Observan que no parece haber interés entre los funcionarios del Estado sobre lo que pasa en las comunidades.

Otro de los problemas fundamentales y contextuales que padecen las comunidades indígenas es la falta de tierras y el conflicto armado, el narcotráfico, los asentamientos militares, el monocultivo y las concesiones mineras que enferman el territorio, a las familias y las personas por la violencia, el desplazamiento, el envenenamiento de las aguas, el daño a la biodiversidad y el calentamiento global.

El modelo neoliberal de desarrollo privatiza e impone lo económico sobre lo social, lo político y lo cultural. Se desarrollan leyes que legitiman el despojo en educación, salud y en el ambiente. El TLC acaba con la autonomía alimentaria y todo lo convierte en negocio.

Hace falta recuperar el equilibrio y la armonía, superar la violencia simbólica, física y estructural, entregar tierras y garantizar inversión del Estado en saneamiento, vivienda y en la garantía de otros derechos sociales porque el SISPI sólo no puede hacerlo. Se requieren recursos adicionales para implementar soluciones duraderas.

CONCLUSIONES

Colombia tiene una Ley sobre APS, y aunque adecuada al modelo de aseguramiento, no tiene aún una reglamentación de la misma. Las experiencias que se desarrollan son en gran parte fruto de la iniciativa discrecional de las EPS, entes territoriales gubernamentales y comunidades indígenas. Para reglamentar la ley de APS el gobierno nacional tiene como estrategia desarrollar experiencias piloto que permitan probar el costo-efectividad de las intervenciones. Mientras ello ocurre las experiencias que se desarrollan comparten características según el régimen del sistema de salud en el que anidan, la disponibilidad de recursos, las iniciativas de las autoridades locales y la lógica del sistema de aseguramiento en salud.

Este mapeo constata que bajo el SGSSS la APS ha tenido tres posibilidades prácticas:

1. Primera, la de las EPS del régimen contributivo, que sigue un enfoque asistencial de prestaciones individuales con base en el contenido del Plan Obligatorio de Salud, el financiamiento contributivo y las estrategias de regulación técnico-organizacional, competencia y posicionamiento en el mercado propias de estas entidades.
2. Segunda, las modalidades de APS del régimen subsidiado y de los entes territoriales gubernamentales (secretarías de salud departamentales, distritales y municipales) que, a su vez, tienen dos posibilidades:
    - 2.1 una, que desarrollan las entidades territoriales (secretarías de salud) con base en las intervenciones de promoción y prevención del plan de salud pública, financiada con los recursos fiscales de transferencia de la nación y con las rentas locales según la voluntad política y capacidad de asignación de recursos del ente territorial respectivo, principalmente soportadas en el trabajo de agentes comunitarios de salud;
    - 2.2 y, otra, también desarrollada por las secretarías de salud pero que adiciona a las acciones colectivas de salud pública las prestaciones individuales del plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, ampliando el recurso humano más allá de los agentes comunitarios de salud. Esta última posibilidad es generalmente un híbrido entre la APS integral y la APS selectiva que resulta cuando pueden concurrir en la prestación de los servicios de atención primaria las fuentes de financiamiento de salud pública y del régimen subsidiado en dependencia de los acuerdos que se logren entre las secretarías de salud y las EPS.
3. Tercera, las experiencias interculturales de los pueblos originarios, también financiadas con recursos del régimen subsidiado de salud y de salud pública pero que, a diferencia de la anterior, reflejan la búsqueda de cohabitación entre la medicina tradicional indígena y la medicina occidental.

Los modelos están influenciados por la racionalidad de mercado del sistema de aseguramiento en salud, aunque algunos entes territoriales, particularmente Bogotá, han buscado imprimir a sus experiencias sus distintas concepciones de gobierno en salud. En el caso de Bogotá es perceptible un enfoque de planificación estatal y participativa de las acciones de APS del plan de salud pública con base en criterios de necesidad, población y territorios, siendo este modelo más horizontal y abierto que los que influye el aseguramiento bajo los planes obligatorios de salud, que han sido más verticales y fundados en criterios cerrados de costo-efectividad y prestaciones predefinidas. La experiencia de Bogotá ha sido posible por la voluntad política de los últimos gobiernos de la ciudad de asignar recursos locales adicionales a los que asigna el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el fin de reducir las iniquidades sociales en salud que han prevalecido entre los bogotanos(as).

Hay que resaltar el esfuerzo de las comunidades indígenas por lograr modelos interculturales que hagan visible los sistemas propios de salud. Aunque enfrentan dificultades para el reconocimiento de sus enfoques tradicionales de medicina no sólo por parte del gobierno sino también de las EPS y de los profesionales de la medicina occidental, estas comunidades han constituido sus propias EPS e IPS indígenas de primer nivel de complejidad y han podido avanzar hasta lograr darle forma y legitimación al Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

En los modelos de APS de los entes territoriales, régimen subsidiado y entes territoriales combinados, y en los de las comunidades indígenas, se percibe el uso amplio de agentes comunitarios de salud o de auxiliares de enfermería que hacen el papel de promotores de salud. En los dos primeros casos ello ha sido el resultado obligado del uso de los recursos de financiamiento de salud pública que, por un lado, permiten que se contraten los agentes comunitarios de salud para adelantar actividades de promoción y prevención desde los equipos básicos de salud y, por otro, que con estos mismos recursos, que no son suficientes para vincular personal profesional médico a cada equipo básico de salud por cada microterritorio, se adopte la estrategia de vincular otros profesionales (psicólogos, nutricionistas, tecnólogos ambientales, etc.) a equipos de apoyo o equipos complementarios de los equipos básicos de salud en áreas territoriales que incluyen varios microterritorios. En el caso de las comunidades originarias los agentes de salud indígenas o promotores comunitarios de salud son el resultado de una elección estratégica de estas comunidades puesto que ellos deben encarnar la doble tarea de desplegar la cosmovisión y práctica de la medicina tradicional indígena y servir de interlocutores con la fuerza de trabajo de la medicina occidental.

En general las nuevas experiencias de APS en Colombia sufren de dispersión de orientación y conducción en su diseño e implementación, de la segmentación y fragmentación que genera el sistema de salud, de las dificultades de financiamiento y concurrencia de los recursos disponibles, de falta de integralidad y adecuada organización de los equipos básicos de salud y de la red de servicios, de insuficiencia e inapropiada distribución y capacitación

del recurso humano, así como de grandes debilidades en participación comunitaria y acción intersectorial por la salud. Además, en el trasfondo de las experiencias basadas en equipos de salud subyace la atención primaria básica de centros o consultorios tradicionales de salud de primer nivel de complejidad.

Hace falta que se profundice en un proceso de transformaciones estructurales en el sistema de salud para garantizar los siguientes procesos que favorezcan el despliegue nacional y territorial de la APS: a) unificar en manos del estado y de la sociedad la orientación y conducción del proceso de diseño e implementación de la APS con enfoque familiar y comunitario; b) unificar en un solo fondo público común los recursos que financian las acciones colectivas e individuales en salud, incluidas las del sistema de riesgos laborales; c) integrar las prestaciones individuales y colectivas en planes de salud que respondan a las necesidades integrales de la persona, la familia y la comunidad, como ellas las perciben; d) unificar directrices de planificación y gestión pública de todos los programas e intervenciones individuales y colectivos; e) fortalecer y extender los equipos básicos de salud para que respondan adecuadamente a las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades pasando de hacer énfasis en visitas domiciliarias para identificar riesgos y canalizar enfermos al desarrollo de intervenciones integrales de salud; f) organizar la adscripción de personas y familias a los equipos básicos de salud por territorios y microterritorios y fortalecer su trabajo en equipo interdisciplinar y transdisciplinar para que planifiquen, realicen y promuevan las acciones que se requieran para satisfacer las necesidades de las personas, las familias y las comunidades; g) fortalecer la resolutividad, integralidad y cobertura del primer nivel de complejidad construyendo nueva infraestructura y reestructurando la existente física, organizativa, humana, cultural y tecnológicamente; h) constituir las redes integradas de servicios sobre la base del nuevo modelo de atención centrado en la APS; i) aumentar la oferta del recurso humano de APS, su capacidades y habilidades, y re-orientar su distribución según las necesidades de la población y de los territorios; j) integrar las acciones de la estrategia de APS con las de los planes de desarrollo económico y social en los territorios y a escala nacional; k) garantizar la interculturalidad de la atención en salud a partir de la constitución y fortalecimiento del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural que promueven los pueblos originarios; l) fortalecer la participación ciudadana, comunitaria y social ampliando los espacios de participación y dándole a ésta carácter vinculante; y, m) crear y consolidar una nueva institucionalidad pública a nivel nacional, departamental, distrital y municipal que ayude fortalecer las capacidades y competencias de los equipos de salud, de las comunidades y de las instituciones públicas de salud para la conducción estratégica, la planificación, la gestión y operación de la atención primaria en salud en los distintos niveles.

ANEXO 1. INDICADORES SELECCIONADOS PARA COLOMBIA

Demográficos (2012)	Población Total (a)	46,581,823
	Proporción de población urbana: total país (a)	75.95%
	Proporción de población menor de 15 años de edad: total país (a)	27.74%
	Proporción de población de 60 años y más de edad (a)	10.29%
	Tasa general de fecundidad: total país (a)	71.5
	Tasa global de fecundidad: total país (nacidos vivos por mujer) (a)	2.35
	Esperanza de vida al nacer: total país (b)	75.22
	Tasa de alfabetización (población de 15 años y más de edad) (b)	94.1
Socioeconómicos (2012)	PIB per capita en dólares ppp. (c)	4365.1
	Índice de Desarrollo Humano para el país. (c)	0.72
	Índice de Gini del ingreso per cápita mensual (c)	0,548
	Gasto nacional público en salud como proporción del PBI (d)	2.1
	Proporción de la población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable: total país (b)	87.4
	Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados: total país. (b)	75.3
Mortalidad (2005, 2010; 2011)	Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos (ajustada por años) (e).	20.4 (2005); 18.4 (2010); 17.8 (2011)
	Tasa de mortalidad infantil neonatal por mil nacidos vivos (bruta por años) (e).	9.87 (2005); 7.75 (2010); 7.81 (2011)
	Tasa de mortalidad infantil pos neonatal por mil nacidos vivos (bruta por años) (e).	5.95 (2005); 4,93 (2010); 4.30 (2011)
	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (ajustada por año) (e).	25.5 (2005); 21.2 (2010); 20.5 (2011)
	Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos (e).	70.1 (2005); 71.6 (2010); 68.7 (2011)
	Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años (por 100.000) (e)	13.4 (2005); 5.26 (2010); 3.73 (2011)

Cobertura (2005, 2010; 2011)	Proporción de población menor de 1 año inmunizada con la tercera dosis de vacuna DPT (difteria, pertussis, tétanos) (f)	93.0 (2005); 88.0 (2010); 85.3 (2011); 91.8 (2012)
	Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales (f)	81.0 (2005) 85.5 (2010) 84.4 (2011)
	Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado (f)	96.6 (2005) 98.7 (2010) 98.9 (2011)
	Porcentaje de defunciones por síntomas, signos y afecciones mal definidas (e)	1.68 (2005); 2.07 (2010); 2.84 (2011)
	Razón de consultas médicas por habitante /año (f)	2.81 (2010) 6.26 (2011)
	Número de consultas médicas por año (f)	130,828,033 (2010); 291,526,304 (2011)
Fuerza de Trabajo en Salud (2011)	Razón de médicos por mil habitantes para el país (g)	1.46 (2005) 1.65 (2010) 1.68 (2011)
	Número de médicos generalistas (g)	77473
	Número de médicos con especialidad en medicina familiar (g)	122
	Razón de médicos generalistas/especialistas en medicina de familia y comunidad por mil habitantes (g)	0.002
	Razón de enfermeras(os) profesionales por mil habitantes para el país (g)	0.68 (2005) 0.88 (2010) 0.92 (2011)
	Razón de odontólogos(as) por mil habitantes para el país (g)	0.79 (2005) 0.85 (2010) 0.86 (2011)
Capacidad Instalada (2010)	Número total de instituciones de carácter público de prestadoras de servicios de salud públicas de primer nivel (unidades de atención primaria a salud: postas, centros de salud, unidades de salud familiar etc) (h)	834
	Razón por 10 mil habitantes de unidades públicas de atención primaria a salud (postas, centros de salud, unidades de salud familiar etc) (h)	0.61
	Número de instituciones prestadoras de servicios de salud públicas de segundo nivel (h)	126
	Número de instituciones prestadoras de servicios de salud públicas de tercer nivel (h)	29
	Número de instituciones prestadoras de servicios de salud privadas (h)	40,012

Capacidad Instalada (2010)	Número de instituciones prestadoras de servicios de salud profesionales independientes (h)	30,605
	Número de instituciones prestadoras de servicios de salud con ánimo de lucro (h)	7894
	Número de instituciones prestadoras de servicios de salud sin ánimo de lucro (h)	1492
	Número de instituciones prestadoras de servicios de salud mixtas (h)	21

Fuentes:
(a) DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística). Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones 2005-2020.
(b) DANE. Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2012.
(c) UNPD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). Informe sobre Desarrollo Humano. Colombia 2013.
(d) Contaduría General de la Nación. Boletín Situación Financiera y de Resultados del Nivel Nacional.
(e) Ministerio de Salud y Protección Social. Estadísticas Vitales. Cálculos Minsalud
(f) Ministerio de Salud y Protección Social. Estimaciones de fuentes como el Registro de atenciones (RIPS)
(g) Ministerio de salud. Información consolidada por la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud con diferentes fuentes en el marco de las necesidades del Sistema de Información del ReTHUS, y cotejada con la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA- Registro del régimen contributivo, del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
(h) Ministerio de salud y protección social. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

AGRADECIMIENTOS

Caso de la ciudad de Barranquilla: A los funcionarios de la Secretaría de Salud Distrital entre ellos:
Doctora Alma Solano Sánchez: Secretaria de Salud Distrital
María Quintero Pérez: Médica, jefe de oficina de atención prioritaria (CRUE, vigilancia epidemiológica), quien se encargó de organizar la información con los referentes.
Alina Goenaga: Jefe de la oficina de salud ambiental, a cargo de los programas de promoción y prevención, transmisibles y no transmisible y de la coordinación de APS.
Jorge Iván Rojo Restrepo: Director cede de Barranquilla de la IPS Universitaria ipsuniversitaria.com.co
Lissette Mancera Gutiérrez: Funcionaria de la IPS Universitaria, Operador de la red pública de servicios de salud de la ciudad)
Lamg21_21@hotmail.com
Celular No. 3128771484 3015565953
Zuleima Arteta, Funcionaria de la Secretaría de Salud Distrital, Zuleimaarteta@hotmail.com
A varios directores de los PASOS y de los CAMINOS, quienes amablemente mostraron que lo que hacen en sus instituciones
A varios de los caminantes de la salud quienes amablemente intercambiaron opiniones sobre su trabajo

Caso de la ciudad de Bogotá:
Jaime Urrego, Director de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá D.C.
José Fernando Martínez, Dirección de Desarrollo de Servicios y Atención Primaria, Ministerio de Salud y Protección Social
Elkin Osorio, Dirección de Desarrollo de Promoción y Prevención, Ministerio de Salud y Protección Social
John Francisco Ariza, Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social
Lina Camero, Ministerio de Salud y Protección Social
Luis Olarte, asesor del Despacho del Viceministro de Salud y Protección Social.
A los estudiantes de la Maestría en Administración de Salud de la Pontificia Universidad Javeriana, por su activa discusión e información sobre varios de los casos estudiados en el país

Caso de la Ciudad de Medellín: a los funcionarios de la Secretaría de Salud de Medellín (SSM), Metrosalud, la alcaldía, la Universidad de Antioquia, instituciones educativas y de salud por la información y documentos aportados.
Alba Avila. EBAS. Agente primario en salud.
Alirio Damico Carupio. EBAS. Agente primario en salud.
Alvaro Yepez. Líder de programa “Salud en el Hogar”. Metrosalud.
Andrea López. EBAS. Agente primario en salud.
Arlex Yesid Galeano. Coordinador docente. Institución educativa Fé y Alegría. “La cima”
Augusto Pasqualoto. Líder de programa. Salud Pública. SSM.
Beatriz Agudelo. Líder de proyecto, Escuelas y colegios saludables. SSM.

Carlos Alberto Arboleda Gestor de salud. EECS. Metrosalud.
Clara E. Tapias. Referente técnico de Salud en el hogar. SSM.
Clara Trujillo. Subsecretaría de Salud Pública. SSM.
Daniela Vélez. EBAS. Agente primario. Metrosalud.
David Tavera. Equipo asesor técnico EECS. Metrosalud.
Deysi Alejandra Orozco. EBAS. Técnico ambiental. Metrosalud.
Diana María Cataño. EBAS. Agente primario en salud, corregimiento de San Cristóbal.
Diego Galeano. Líder de proyecto. SSM.
Eddy Johana González. Equipo asesor técnico EECS. Metrosalud.
Edgar Restrepo. EBAS. Agente primario en salud.
Esther Julia Cuesta. EBAS. Agente primario en salud.
Horacio Botero. Líder de programa. Sistemas de información. SSM.
Jairo Corrales. EBAS. Coordinador zonal. Metrosalud.
Jessica Sánchez. Equipo técnico EECS
Juan Carlos Gómez. EBAS. Psicólogo. Metrosalud.
Laura Catalina Jiménez. Psicóloga clínica. Equipo EECS. Metrosalud.
Leidy Giovana Gallego. EBAS. Agente primario en salud.
Lina Gómez. Profesional asesor de la Alcaldía de Medellín.
Margarita Figueroa. Coordinadora, estrategia escuelas y colegios saludables. Metrosalud
María Elene Gómez. Puesto de salud La Cruz. Medica coordinadora Metrosalud.
María Norela Peña. EBAS. Agente primario en salud.
Martha Cecilia Rios. EBAS. Agente primario en salud.
Natalia Bolivar. EBAS. Agente primario en salud.
Ofelia Sanchez. Coordinadora del Diplomado. Universidad de Antioquia.
Olga Lucia Mejía. Líder de proyecto. SSM.
Rosa María Higuita. EBAS. Nutricionista. Metrosalud.
Sebastián Duque Ramírez. Equipo asesor técnico EECS. Metrosalud.
Verónica López. Dirección técnica de planeación. SSM.
Wilmar Gutierrez. EBAS. Agente primario en salud.
Yecenia Rivas. EBAS. Agente primario en salud.
Yorladys Miranda. Equipo EECS. Alcaldía de Medellín.

Caso del Municipio de Palmira: por las entrevistas y documentación entregada a los funcionarios del Municipio, y los líderes de las comunidades de la comuna 2 y el sector de Juanchito.
Alejandro Solo Nieto Calvache. Secretario de Salud, Municipio de Palmira.
Andrea Tenorio. Enfermera Jefe, Centro de Salud de Rozo.
Gilena Meléndez. Coordinadora de APS en el Municipio. SMS de Palmira.
José Dávila Córdoba. líder comunitario del sector de Juanchito.
Luis Adolfo Angola. Director técnico de Salud Pública. SMS de Palmira.
Mario Giraldo. Médico del equipo extramural de APS. Centro de Salud de Rozo.
Melba Alicia Castro. Auxiliar administrativa. SMS de Palmira.
Sandra Zafra. Coordinadora de APS en el Hospital Raúl Orejuela Bueno.

Caso del Departamento de Santander: a los funcionarios de la SSS.
Juan José Rey. Secretario de Salud Departamental.

Luis Eduardo Saavedra. Director de Salud Integral
Luz Marina Uribe. Líder de los equipos provinciales de APS.

Casos de las comunidades indígenas: a los Entrevistados
Alfonso torres Villafaña (duanawuin@hotmail.com) de la Organización Gonawindúa Tayrona/Gonawindúa Ette Ennaka, IPS Indígena.
Benerexa Márquez (zarkuati@yahoo.com) de la Organización Gonawindúa Tayrona/Gonawindúa Ette Ennaka, IPS Indígena.
Luis Guillermo Izquierdo (3174252965) de la Organización Gonawindúa Tayrona/ Gonawindúa Ette Ennaka, IPS Indígena.
Alcides(nasamusre@gmail.com), del CRIC
Milena Realpe (rumiremu16@hotmail.es), del equipo de salud del CRIC
Zuliet y Roberto, funcionarios de la Secretaría de Salud del Cauca y de las IPSI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acuerdo 010. Concejo Municipal de Palmira. Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo "Palmira con su Genete", para el periodo 2012 -2015.

Arbeláez C. Leyuman Gonawindua. La Ley Indígena para la salud de la Sierra Nevada. (Borrador entregado a este investigador de forma personal), noviembre de 2003

Bedoya Carvajal OA, Cadavid Mazo SY, Gallego Osorio GY, González Mejía EJ, Lopera Betancur AY, Sánchez Osorio J. Resumen Ejecutivo enfoque de Educación para la Salud. UNIRES – Estrategia Escuelas y Colegios Saludables. Medellín: ESE Metrosalud, 2014.

Congreso de la República. *Ley 1122 de enero 9 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones*. Art 33 de la Ley 1122 de 2007

CRIC - Consejo Regional Indígena del Cauca, 2010. *Documento Propuesta del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural – SISPI. Programa de Salud.* Pueblos Indígenas del Cauca, Agosto de 2010.

CRIC-Consejo Regional Indígena del Cauca. Presentación de autoridades de salud del CRIC en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE), Popayán, 28 de febrero de 2014

Facultad de Salud Pública. *Estudio de Oferta y Demanda.* Medellín: Universidad de Antioquia, 2000

Holzmann R and Jorgensen S. *Social Risk Management: A New Conceptual Framework for Social Protection and Beyond.* Social Protection Discussion Paper Series No. 0006. Social Protection Unit. Human Development Network. The World Bank. Washington: February 2000

Holzmann R, Sherburne-Benz L, and Tesliuc E. *Social Risk Management. The World Bank's Approach to Social Protection in a Globalizing World*. Social Protection Department. Human Development Network. The World Bank. Washington: May 2003

Jaramillo Salazar, A. *Informe del Ministerio de Salud al Congreso de la República*. Bogotá: MS, 1980.

León Franco MH, Ramírez Cano AN, Uribe Rivera LM. Modelo de Atención basado en Atención Primaria de Salud. Experiencia en Santander. Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander 2007; 3(1): 32-38.

Ley 1164 DE 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Congreso de Colombia, 2007.

Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. Otawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, 1974

MHCP-Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 2011. *Monitoreo, Seguimiento y Control al uso de los Recursos del Sistema General de Participaciones,* Vigencia 2011

Mosquera PA, Hernández J, Vega R, Martínez J, Labonte R, Sanders D y San Sebastián M. The impact of primary healthcare in reducing inequalities in child health outcomes, Bogota - Colombia: an ecological analysis. *International Journal for Equity in Health* 2012, 11:66, 13 November 2012

Mosquera PA, Hernández J, Vega R, Martínez J, Labonte R, Sanders D y San Sebastián M. Primary health care contribution to improve health outcomes in Bogota-Colombia: a longitudinal ecological analysis. *BMC Family Practice* 2012, 13:84, 16 Aug 2012a, doi:10.1186/1471-2296-13-84, ISSN 1471-2296

Mosquera PA, Hernández J, Vega R, Labonte R, Sanders D, Dahlblom K y San Sebastián M. *Challenges of implementing a primary health care strategy in a context of a market-oriented health care system: the experience of Bogota, Colombia*. Int J Health Plann Mgmt 2013 Nov 19. doi: 10.1002/hpm.2228

Mosquera PA, Hernández J, Vega R, Martínez J y San Sebastián M. Performance evaluation of the essential dimensions of the primary health care services in six localities of Bogota–Colombia: a cross-sectional study. BMC Health Services Research, August 2013a. http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/315

MPS-Ministerio de la Protección Social. *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud*. Bogotá DC., noviembre 2005 http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf

MPS-Ministerio de la Protección Social. *Decreto 3039. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*. Bogotá. 2007

MPS-Ministerio de la Protección Social. *Decreto No. 4747 de 2007*. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Diciembre de 2007a

MS-Ministerio de Salud. *Informe del Ministro de Salud, Alfonso Jaramillo Salazar, al Congreso de la República*, Bogotá: Ministerio de Salud; 1980.

MS-Ministerio de Salud. Informe al Honorable Congreso de la República. 2 Tomos. Bogotá: MS-Instituto Nacional de Salud; 1981.

MS-Ministerio de Salud. *Memoria al Congreso. 1982-1983*. Bogotá: Ministerio de Salud; 1983.

MS-Ministerio de Salud. *Plan Nacional para la Supervivencia de la Infancia y el Desarrollo Infantil*. Octubre: Bogotá: Ministerio de Salud; 1985 (Documento no publicado).

MS-Ministerio de Salud. *Descentralización y Municipios Saludables para un nuevo departamento*. Bogotá: Gráficas Macondo; 1992.

MSPS-Ministerio de Salud y Protección Social. *Documento Marco de Política de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en Colombia* (Borrador). Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios/Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. Documento de Trabajo Versión 1.0, Colombia: Octubre de 2012a

MSPS-Ministerio de Salud y Protección Social. *Documento orientador para la realización del Proyecto Piloto para implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en Colombia*. Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios/Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria; Colombia, 2012b

MSPS-Ministerio de Salud y Protección Social. *Programa Nacional de Salud Familiar y Comunitaria y Medicina Familiar*, Febrero de 2014

MSPS-Ministerio de Salud y Protección Social/OPS-Organización Panamericana de la Salud. *Iniciativa Nacional de Desarrollo del Talento Humano en Atención Primaria de Salud y Redes Integradas de Servicios*. Curso de inducción y sensibilización para la Incorporación de la Atención Primaria de Salud y Redes Integradas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS. Convenio 485 Ministerio de Salud y de Protección Social/Organización Panamericana de la Salud/Área de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, marzo 28 de 2012

Observatorio de Salud Pública de Santander/Secretaria Departamental de Salud. Diagnóstico de salud en Santander. Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander 2012; 7(1): 14-142.

Observatorio de Talento Humano en Salud/Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/observatorio-talento-salud-home_2.aspx

OGT/GEE-Organización Gonawindúa Tayrona/Gonawindúa Ette Ennaka, IPS Indígena. Ley de Se Seyn Zare Shenbuta. Salud indígena en la Sierra Nevada de Santa marta. Sirga Editor, Bogotá 2009.

OMS - Organización Mundial de la Salud. *Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.* Alma-Ata, URSS. Ginebra: Serie Salud para Todos No. 1; 1978.

OMS/CDSS. *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: Aprendizaje de las experiencias anteriores.* Un documento de antecedentes preparado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Marzo de 2005

OPS – Organización Panamericana de la Salud. *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud*. Documento CD 33/14, Res. XV – XXXIII del Comité Directivo, Washington, D. C.: OPS. 1988.

OPS-Organización Panamericana de la Salud. La Atención Primaria en Salud Renovada en el contexto mundial y regional: Un enfoque renovado para transformar la práctica en salud. 2007. Consultado en diciembre 2011 en: http://www.gestarsalud.com/cms/les/aps.pdf.

OPS/OMS/SSPMC – Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud / Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud en los Países de la Sub-región Andina*. Cali: OPS/OMS; 1990.

OPS, SSS/ Gobernación de Santander. Modelo de Atención Integral, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud (MAIBAPS) en Santander. Bucaramanga: Organización Panamericana de la Salud, Secretaría de Salud de Santander (SSS) / Gobernación de Santander, 2005.

OPS/OMS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud. Washington, D.C: OPS, 2007.

OPS-Organización Panamericana de la Salud. La Atención Primaria en Salud Renovada en el contexto mundial y regional: Un enfoque renovado para transformar la práctica en salud. 2007. Consultado en diciembre 2011 en: http://www.gestarsalud.com/cms/les/aps.pdf

PAHO/WHO - Pan American Health Organization/World Health Organization. *Renewing Primary Health Care in the Americas. A Position Paper of the Pan American Health Organization / World Health Organization*. Washington D.C.: PAHO; 2007.

PUJ-Pontificia Universidad Javeriana/UIS-Universidad Industrial de Santander. *Aprendiendo de la Experiencia de APS en Bogotá y Santander*. Informe comparativo de experiencias. Contrato 683 de 2009 COLCIENCIAS-Pontificia Universidad Javeriana, julio de 2011

Realpe L. Presentación hecha por Liliana Realpe en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE), Popayán, 28 de febrero del 2014

República de Colombia. Congreso de la República. *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones*. Diario oficial, jueves 23 de diciembre, Año CXXIX, No. 41.148: 1-37.

República de Colombia. Congreso de la República. *Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D. C., 19 de enero de 2011

Restrepo Vélez O, Mosquera Méndez PA. *Participación y empoderamiento comunitario: tareas pendientes de la Atención Primaria de Salud*. En: Vega Romero et al., 2009. Atención Primaria Integral

de Salud. Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad en salud. Alcaldía Mayor de Bogotá/Secretaría Distrital de Salud, Bogotá D.C., Colombia, 2009, p. 239-268

Rodríguez-Villamizar LA, Acosta-Ramírez N, Ruiz-Rodríguez M. Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria en Salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia. Rev salud pública 2013; 15(2): 183-195.

Ruiz F, Matallana MA, Amaya JL, Vásquez ME, Parada LA, Piña MR. *Recursos humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias y perspectivas* (Tercera Edición). Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional y departamental; Bogotá D.C.- Colombia, 2008

SSM-Secretaria de Salud de Medellín. Plan de Salud Municipal 2012-2015. Revista Salud Pública de Medellín 2012; 5(1): 6-123.

Ruiz-Rodríguez M, Acosta-Ramírez N, Rodríguez Villamizar LA, Uribe LM, León-Franco M. Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. Rev de Salud Pública 2011, 13(6), 885-896.

SDS - Secretaría Distrital de Salud, 2103. *Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital 2012-2016*. Bogotá D.C., texto aprobados 1 de junio de 212 e impresos en diciembre de 2013 http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Plan%20Territorial%20de%20Salud%202013.pdf

SDS-Secretaría Distrital de Salud. Guía Operativa del Ámbito Familiar "Familias Protectoras de la Salud y la Vida" del Programa Territorios Saludables de la Secretaría Distrital de Salud. Bogotá D.C., marzo 2013. http://saludpublicabogota.org/wiki/images/a/a6/Guia_Operativa_%C3%81mbito_Familiar.pdf

SDS-Secretaría Distrital de Salud. *Modelo Humano de Atención en Salud en Bogotá*. Bogotá D.C., 7 de marzo de 2014. http://saludpublicabogota.org/wiki/index.php?title=1._DOCUMENTO_MARCO_TERRITORIOS_SALUDABLES&oldid=4269-SISPRO-Sistema Integral de Información de la Protección Social. Afiliados a alud por tipo de régimen. Bogotá, 2014; http://www.sispro.gov.co/Pages/Aseguramiento/Reporte-Aseguramiento.aspx Consultado el 4 de abril de 2014 a las 008:00 horas

SDSP-Secretaría Distrital de Salud Pública. Plan de Salud Territorial Distrito de Barranquilla. Análisis de situación de salud – Capítulo II. Barranquilla, 2012

www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/analisis-de-Situacion-Salud-Barranquilla-2012-2015.pdf Consultado marzo 15 de 2014 05:22

SISPRO-Sistema Integral de Información de la Protección Social. *Número de afiliados a salud por tipo de régimen según administradora*. Bogotá, 2014a

http://www.sispro.gov.co/Pages/Aseguramiento/Reporte-Aseguramiento.aspx

Consultado el 4 de abril de 2014 a las 008:23 horas

Secretaria de Salud de Medellín (SSM). Plan de Salud Municipal 2012-2015. Revista Salud Pública de Medellín 2012; 5(1): 6-123.

Silva MT, Ruiz M, Hernández M, Burgos V, Vesga C, Mantilla BP, et al. Informe de actividades primer año de dirección por enfermeras de los centros de salud de la unidad de salud de Bucaramanga. Documento institucional del Servicio Seccional de Salud de Santander. Bucaramanga: Unidad de salud de Bucaramanga, 1987.

SSM. Informe de seguimiento al programa Salud en el Hogar. Medellín: Secretaría de Salud de Medellín, 2014.

SSM. Brief del Programa Medellín, ciudad saludable. Tema: Unidades Móviles. Medellín: Secretaría de Salud de Medellín, 2013.

SSM. Brief del Programa Medellín, ciudad saludable. Tema: Salud en el Hogar. Medellín: Secretaría de Salud de Medellín, 2013.

SMS. Atención Primaria en Salud, APS, Palmira-Valle del Cauca. Guía operativa. Palmira: Secretaría Municipal de Salud, 2012.

SMS. Plan Territorial de Salud 2012-2015. Palmira: Secretaría Municipal de Salud, 2012.

SSD/Fundaps. APS 2011-Valle del Cauca. La Estrategia de Atención Primaria en el Marco de la Política Pública de salud del Valle del Cauca. Documento para entrenamiento de los EBAPS. Santiago de Cali: Secretaría de Salud Departamental, Gobernación del Valle del Cauca, Fundación para la Asesoría a Programas de Salud y Desarrollo Social, 2011.

SSD/Gobernación del Valle del Cauca/ORIVAC/IDEBIC/Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle-ESE. Modelo intercultural para la educación en salud de los pueblos indígenas del Valle del Cauca. Cali: Secretaría de Salud Departamental.

SSD/UES Valle. Consideraciones Finales en la Implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud Intercultural en el Valle del Cauca 2011. Informe de resultados y análisis crítico de la experiencia. Santiago de Cali: Secretaria de Salud Departamental–Gobernación del Valle, Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca. 2011.

SSS/Gobernación de Santander, UIS. La Estrategia de Atención Primaria en Salud en Santander. Ficha Técnica de estructura general y operativización del modelo. Bucaramanga: Secretaría de Salud de Santander (SSS) / Gobernación de Santander, UIS. 2012.

SSS/Gobernación de Santander, UIS. Cartilla Atención Primaria en Salud. Bucaramanga: división de publicaciones de la UIS, 2010.

Starfield B. *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología* (Primera edición). Barcelona: MASSON; 2001.

UIS-SSS. Informe técnico final. Contrato interadministrativo 1629 de 2009 entre la Secretaría de Salud Departamental (SSS) y la Universidad Industrial de Santander (UIS). Bucaramanga, 2010.

Urrego J. *II Congreso Internacional Territorios Saludables que defienden lo público, no segregan ni depredan*. SDS/Dirección de Salud Pública de la SDS. Bogotá D.C., 12 de febrero 2014

Vega Romero RR. *Los orígenes y desarrollos de la APS en Colombia.* En: Vega Romero, R, Acosta Ramírez N, Mosquera Méndez A.P. y Restrepo Vélez O. *Atención Primaria de Salud. Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad en salud*. Bogotá D.C.: Unión Gráfica; 2009.

Vega Romero R, Hernández Torres J, Mosquera Méndez PA. *Una Explicación desde el contexto y contenido de las políticas de salud al modelo híbrido y segmentado de atención primaria en salud en Bogotá*. Saúde em Debate, 2012; v.36, n. 94, 392-401, jul/set.

Walsh JA, Warren KS. Selective Primary Health Care. An interim strategy for disease control in developing countries. The New England Journal of Medicine, 1979; Vol. 301, No. 18, Pp. 967-979

Yunda Perlaza LE, Rodríguez Guerrero S, Nieto Calvache AS, Gómez LF. Telesalud e Informática Médica. Cali: Unad, 2013.

UNASUR

iSAGS

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

UNASUR

Unión de Naciones Suramericanas