

## Análisis de la atención primaria en salud (APS) dentro de la políticas sanitarias en Colombia \*

### Analysis of primary in health care (phc) within the health policy in Colombia \*

Jorge Alberto Clavijo Padilla <sup>1</sup>  
Adriana Julieth Quesada Parra <sup>2</sup>

#### RESUMEN

Desde el año 1978, con la declaración de Alma Ata realizada desde la Organización Mundial de la Salud, la Atención Primaria en Salud se convirtió en una herramienta que permitiría lograr en diferentes países del mundo una estructuración del sistema de salud más eficiente y equitativo, sin embargo, la implementación de estas medidas estuvo sujeta a las situaciones socio-políticas y económicas de cada país. Conforme a la declaración mencionada, para el año 2000, la APS ayudaría a los Estados a encontrar una visión de salud colectiva en los diferentes sistemas presentes, no obstante se observa limitaciones en su aplicación. Por ello, se integró como un elemento central dentro de los Objetivos del Milenio para el año 2015. Este artículo estudia la implementación de la APS en Colombia, como, desde la mirada de la salud pública, ésta herramienta no se ha podido articular dentro del sistema de salud actual, y se exponen elementos que permitan una correcta incorporación de esta estrategia dentro de la salud pública en el país.

#### PALABRAS CLAVE:

Atención Primaria en Salud, Políticas sanitarias, Salud colectiva, Organización Mundial de la Salud, Ley 100 de 1993, Plan de atención básica.

#### ABSTRACT

Since 1978, with the declaration of Alma Ata made from the World Health Organization, Primary Health Care has become a tool that would allow for different countries in structuring the health system more efficient and equitable, however the implementation of these measures was subject to the socio-political and economic conditions of each country. According to the statement referred to the year 2000, the APS would help States to find a vision of collective health in various systems present, nonetheless there is limited in its application. So, was integrated as a central element of the Millennium Development Goals by 2015. This paper studies the implementation of PHC in Colombia, as, from the public health perspective, this tool has not been able to articulate within the current health care system, and outlines the proper elements to incorporate this strategy into the public health in the country.

#### KEY WORDS

Primary health care, Health Policy, Collective Health, World health organization, Act 100 of 1993. Basic Health Care Plan.

\* Este artículo se realiza como parte de la investigación de las políticas de salud pública en Colombia desde la maestría de salud pública realizada por Jorge Alberto Clavijo P. y Adriana Julieth Quesada en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

<sup>1</sup> Odontólogo. Universidad Nacional de Colombia. Candidato a Magister en salud pública. Escuela de Salud Pública. Universidad Nacional de Córdoba. Correspondencia: Antonio del viso 440 Departamento 9. Barrio Alta Córdoba. Córdoba Capital. Argentina. Teléfono: 3512300261. Correo electrónico: hijacl1@gmail.com.

<sup>2</sup> Veterinaria. Universidad Tolima de Colombia. Candidato a Magister en salud pública. Escuela de Salud Pública. Universidad Nacional de Córdoba. Correspondencia: Obispo Salguero 590.Planta baja A. Barrio Nueva Córdoba. Córdoba Capital. Argentina. Teléfono: 3517593892. Correo electrónico: naniquesada@hotmail.com.

## INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria en Salud (APS), ha sido uno de los temas que más se ha discutido durante las últimas cuatro décadas, no sólo a nivel nacional, sino a nivel mundial. Dentro de este marco histórico, se ha pretendido que el sistema de salud y la APS se articulen de una forma coherente y funcional dentro de los procesos que intervienen, tanto de promoción y prevención como asistenciales, adaptándose a los cambios, no solo estructurales, sino coyunturales que son propios de las modificaciones que discurren a lo largo del tiempo y en todos los campos que la influyen (políticos, sociales, culturales, económicos). En este trabajo, profundizaremos en el caso colombiano, partiendo del supuesto que éste sistema ha presentado varias falencias de acoplamiento y funcionamiento de la APS con el sistema de salud que se viene trabajando, más específicamente desde la implementación de la ley 100 de 1993 con la apertura del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), ya que no se han construido estrategias para lograr la atención oportuna e integral a todo el territorio nacional y no se cuenta con instituciones que permitan desarrollar programas que faciliten conocer los problemas y condiciones desfavorables de la población a intervenir. Para la elaboración de este texto, se realizó una revisión bibliográfica de documentos institucionales, artículos y libros, nacionales e internacionales, que nos permitan exponer de forma clara y precisa el contenido que pretendemos tratar.

Cabe resaltar que lo pretendido en este texto es, no solamente analizar el contexto de la APS dentro del sistema actual de salud en Colombia, sino reflejar perspectivas que promuevan un cambio estructural, priorizando la salud colectiva en detrimento de la exclusión que se ha profundizado con la adopción del sistema capitalista en su etapa neoliberal, que hoy en día, ha convertido a la salud, en un producto inmerso dentro de lo que se denomina "(...) el espacio social conocido con el nombre de mercado"(1).

### DEFINICIÓN DE ATENCIÓN PRIORITARIA EN SALUD

Partimos aclarando que la definición en relación a la APS enmarca una serie de acciones de salud pública, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la toda comunidad, y no solamente a favor de aquellos que pueden acceder a los espacios determinados donde se brinda.

La APS fue, desde su origen, la expresión de una política pública mundial dirigida a lograr metas concretas de equidad en salud. Su definición fue construida en la Conferencia Internacional que sobre el tema convocaron la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2) y The United Nations Children's Fund (UNICEF) tras previos encuentros regionales con líderes sanitarios de diversos países, reunión que se realizó en Alma-Ata (República Soviética de Kazajstán) en el año de 1978, para abordar los problemas de salud mundial y con miras a lograr la meta de: "Salud Para Todos" (SPT) en el año 2000. En éste marco la APS fue definida como:

*" (...) la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema*

*nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”(2).*

En este marco de ideas, la APS hace parte fundamental de los programas destinados a la salud y es garante para que la población tenga un acceso universal y equitativo, con atención integral e integrada al modo de vida de la comunidad y acorde a satisfacer sus necesidades y mejorar su calidad de vida.

Según Starfield (3), la APS tiene características que la identifican. Entre las cuales:

*“La accesibilidad es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales; la coordinación es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria; la integralidad es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en atención primaria es alrededor del 90%); la longitudinalidad es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales sanitarios, médico y enfermero”(3).*

Es importante tener en cuenta que los factores sociodemográficos, sin duda, influyen en la salud, pero que también, un sistema sanitario orientado hacia la atención primaria es una estrategia política de gran interés para la sociedad, y para los gobiernos implicados y va totalmente ligada a las políticas que necesiten las poblaciones de acuerdo a su situación particular.

#### ORIGEN E IMPLEMENTACIÓN DE LA APS

El origen de la APS aparece en un momento sociopolítico particular, en el que existía una disputa entre los sistemas socialista y capitalista. Este último con diferencias entre el modelo keynesiano y neoliberal (4), que se cruzaba con el desarrollo de una guerra fría, en la cual las consecuencias para la población habían sido devastadoras y que de una u otra forma, condicionaban directamente las políticas dirigidas al sector de la salud. Ante las evidentes fallas que presentaban los sistemas de salud, se acuerda una reunión para promover un consenso que permitiera generar una nueva estrategia en la cual:

*“...uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera, en el curso de las próximas décadas, debe ser que todos los pueblos del mundo alcancen, en el año 2000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social...” (2).*

Y por lo cual permitiera cerrar esas brechas y mejorar las condiciones de salud de las poblaciones; durante este periodo se siguió trabajando en otras reuniones, como la cumbre de

las Américas (La Cumbre de las Américas es una reunión de jefes de estado y de gobiernos de América, auspiciada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) y celebrada en alguna ciudad del continente con el objetivo de formar una estrategia común para resolver los problemas de la región), que inicialmente en el año de 1994 fortalecería los conceptos que ya se habían estructurado y evaluaría elementos que venían evidenciándose con mayor fuerza, producto del sistema capitalista, como lo fue la pobreza. Se pretendía que para el año 2000, estas estrategias fueron implementadas y en algunos casos con respuestas positivas, aunque para este año se observó que no habían generado los resultados esperados, ya que cada país había tomado el concepto y lo había amoldado al marco de políticas preestablecido o al que se construía como conveniente en ese momento. Esto obligó a que este tema tuviera que retomarse como parte fundamental de los objetivos de la Organización para la Salud (OPS), que venían de la mano con los organismos internacionales y la declaración del milenio de las Naciones Unidas. Margaret Chan Directora general de la OMS en el 2006 señala que:

*"(...) La APS es la piedra angular para la construcción de la capacidad de los sistemas de salud. Es también central para el desarrollo de la salud y para la seguridad en salud de la comunidad. Estoy planeando la promoción de la APS como una estrategia para el fortalecimiento de los sistemas de salud."*

En este sentido cabe resaltar otro concepto que señala la OPS en 2007:

*"Una estrategia renovada de APS es una condición esencial para lograr objetivos de desarrollo a nivel internacional, como los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (ODM), así como para abordar las causas fundamentales de la salud — tal como ha definido la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud — y para codificar la salud como un derecho humano, como han articulado algunas constituciones nacionales, grupos de la sociedad civil y otros".*

#### LA APS EN COLOMBIA. SISTEMA NACIONAL DE SALUD (1977–1990)

En el momento en que aparece la APS en Colombia, el Estado presentaba grandes expectativas, pero también herramientas limitadas que llevaron a la implementación sectorial de la misma (5).

De allí parte el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que nace en 1977, para el año 1984, apoyado por otra estrategia llamada "Jornadas de Vacunación", ya tenía una cobertura del 90%, lo que convertía al país en país modelo para la meta SPT-2000. Cabe señalar que si bien se estaba trabajando óptimamente en el área de vacunación considerada prioritaria, existían otras áreas desatendidas, que poco a poco iban tomando fuerza y que más adelante se convertirían en problemas de salud pública para el país.

Para el periodo de gobierno de Belisario Betancourt (1982-1986) y el gobierno de Virgilio Barco (1986-1990), se establecieron otras prioridades en el marco de lo que se relacionaba con la APS. El primero con la consolidación de la descentralización municipal y el "Plan Nacional para Supervivencia y el Desarrollo Infantil" y el segundo, teniendo en cuenta la APS como eje central de la salud pública, pero con la priorización de la descentralización

ajustado a los condicionamientos financieros. Para este momento, se podía observar que en cada periodo presidencial se manejaban diferentes lineamientos y que el Sistema Nacional de Salud (SNS) no funcionaba como una estructura sólida, lo que provocó que se generaran más inequidades y desequilibrios en el sistema (5).

### Articulación a partir de la ley 100 de 1993

Ya para el año de 1993 se instaura la Ley 100 de ese mismo año, bajo la ponencia del entonces senador, Fabio Valencia Cossío y con el apoyo del reciente ex presidente –en ese entonces senador - Álvaro Uribe Vélez. Esta ley que venía de la mano con el informe del banco mundial titulado “Invertir en Salud” (6), mostraba claramente la ideología aún más capitalista–proveniente principalmente de Norte América. El informe planteaba análisis teóricos que no necesariamente se correspondían con la realidad de los distintos tipos de poblaciones que se presentaban dentro del territorio nacional colombiano. En este momento la APS, y en general la atención sanitaria se convierte en un elemento más del mercado de bienes y servicios.

Desde allí, la APS quedó ubicada dentro del Plan de Atención Básica (PAB), lo que limitó más aun el papel que ésta ejercía dentro de las políticas de salud pública, realizando programas como el PAMI (Plan de Atención Materno-Infantil) y la atención de población de tercera edad, excluyendo parte de la población que presentaba otras situaciones igualmente importantes en salud y en general excluyéndola, no solamente para poder acceder a un servicio eficaz y eficiente, sino para poder participar dentro de las reformas que se instauraban y de las cuales inevitablemente hacían parte.

Luego de esto, la APS se invisibiliza casi por una década y reaparece con el concepto de APS “renovada” en el año 2004, para ser implementada dentro del modelo neoliberal, profundizado dentro del país.

### PROBLEMAS ACTUALES EN ENTRE APS Y EL SISTEMA DE SALUD ACTUAL A NIVEL MUNDIAL Y EN COLOMBIA

Sin pretender explicar en detalles la situación global que se presenta actualmente en el mundo, queremos mostrar algunos elementos que nos ayudaran a vislumbrar el erróneo camino que han tenido las estrategias de salud en estos últimos años (6):

*“En África subsahariana: se redujo el gasto en salud; en países post comunistas: aumentaron la incidencia, prevalencia y mortalidad por TB; se redujo el acceso a los servicios; aumentó el uso irracional de medicamentos; se produjo un empobrecimiento a largo plazo; el fraccionamiento de oferentes y la multiplicidad de actores ocasionaron serios problemas de administración y gobernabilidad; los programas verticales debilitaron la infraestructura de la red de servicios”.*

En Colombia, aunque se pueda reconocer algunos logros obtenidos en ciertos sectores de la salud con la implementación de la APS, son más las dificultades que se observan y que viene creciendo dentro de la población, efecto que repercute no solo en la salud colectiva, sino en la modificación eficiente de políticas públicas y manejo adecuado de los recursos

estatales. Mario Esteban Hernández, médico especialista en Bioética expone algunos elementos, que de ser eliminados de las políticas sanitarias, ayudarían a conseguir los objetivos de la APS en el país (7):

*“A pesar de los esfuerzos de implementación de la APS en el marco del sistema de salud colombiano, como ha ocurrido en varias ciudades y departamentos, existen obstáculos estructurales que deben ser reconocidos y superados. Tres son los más importantes:*

*Primero, el predominio del lucro por encima de las necesidades de atención; mientras los agentes dominantes del sector, léase las EPS y el mismo Ministerio de la Protección Social, sigan pensando más en la sostenibilidad del negocio que en lo que la gente necesita, no habrá forma de avanzar en la garantía del derecho, por más APS que se proponga.*

*Segundo, la separación estructural entre atención individual y acciones colectivas; esta separación se fortaleció con la Ley 1122, para definir a quién corresponde el gasto; pero con ello, sólo se está generando más distancia del principio de integralidad que tanto promueve la APS.*

*Tercero, la pérdida del referente territorial derivada del aseguramiento individual; las EPS aseguran individuos, no importa dónde vivan, trabajen o se diviertan; pero la APS requiere un conocimiento detallado de las condiciones de vida para propiciar la articulación entre los sectores del Estado y de la sociedad, para transformar aquellas que generan malestar e inequidad. Y sin territorio no hay gobernabilidad política, como se espera ocurra desde el espacio local por parte de los Estados en una estrategia de APS”.*

Estos tres elementos que toma el autor, a nuestro parecer, son los que no permiten que las estrategias de la APS se puedan cumplir de forma correcta, ya que se prioriza los intereses económicos y del mercado frente a los colectivos, que presenta hoy en día el modelo neoliberal más aún con la entrada del tratado de libre comercio con los Estados Unidos al país, dejando claro que la salud se entiende hoy más en términos de rentabilidad y no de bien comunitario.

Desde mucho antes, Lyotard (8) señala en uno de sus escritos – previsualizando el futuro que se formaba- que los elementos que regían a la sociedad, como la razón, el ordenamiento, las instituciones, el Estado y las reglas, en la sociedades post industriales del siglo XX han pasado a ser relativistas y eclécticas, desreguladas, con poco interés por lo ético y lo público, con la dilución del individuo en masa y convirtiendo a la realidad en un presente fugaz creado por los medios, que ha llevado en ultimas condiciones a que el ser humano, deje de tener esa condición, para convertirse en un elemento más del mercado de consumo.

## CONCLUSIONES

Para terminar, quisiéramos mencionar algunas reflexiones, por supuesto teniendo en cuenta que el tema merece nuevas y más detalladas aproximaciones, esbozando algunas perspectivas y elementos que nos pueden ayudar a pensar una adopción de la APS en el contexto colombiano.

Ante la inminente relevancia que han tomado las instituciones privadas dedicadas a la prestación de servicios de salud, con la falta de medios de control y regulación para las mismas, se hace imperante que el Estado tome medidas en el asunto para el mejoramiento de las condiciones de acceso y calidad en los servicios. Es importante que estos medios de evaluación y control, sancionen todas aquellas acciones que atropellen a la población beneficiada y que muchas veces se dejan impunes por falta de apoyo para poder denunciar estos hechos atroces.

También es necesario generar canales de información para la población respecto a la forma correcta de acceder a los servicios de salud y conocer que derechos y deberes tienen, así como el modo de hacer monitoreo y vigilancia de los mismos, ya que dentro de los propósitos de la APS, la población debe participar de forma activa en estos procesos.

Es inevitable que dentro de este proceso existan intereses políticos y económicos, que de hecho son los que han propiciado que el concepto de APS se tergiverse y distorsione de acuerdo a las perspectivas políticas hegemónicas en cada país. En este sentido, se hace incoherente la implementación de políticas encaminadas a fortalecer el bien común, cuando las que rigen son aquellas que favorecen solamente los intereses económicos del mercado vinculadas a los servicios de salud. Solo cuando el mismo gobierno -que en parte es el responsable de los fracasos del sistema de salud o más bien, el promotor del progreso de los grandes monopolios- reconozca al individuo como un sujeto de derecho y no como consumidor de servicios, se podrá comenzar a estructurar un nuevo sistema de salud en el cual tenga espacio y funcionalidad la APS.

## REFERENCIAS

1. **BAUMAN Z.** Vida de Consumo. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. Argentina, 2007.
2. **OMS.** Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma Ata. Unicef. URSS, 1978.
3. **STARFIELD B.** General Practice as an Integral Part of the Health System. 16th Nordic Conference on General Practice. Copenhagen, Denmark. May 13-16. 2009.
4. **GÓMEZ R.** Políticas públicas y atención primaria de salud. 6to congreso internacional de salud pública. Atención Primaria en Salud un compromiso de todos con la equidad. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín. Colombia. 2011; 28 (3): 283-293.
5. **ARROYAVE I.** Antecedentes de la atención Primaria en salud. Periódico para el sector de la salud, El Pulso. Julio de 2005 n°82; Sec Debate. [Consultado 15 de junio de

2012] Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com.co/html/jul05/debate/debate-01.htm>

6. [UGALDE A, JACKSON J.](#) Las políticas de salud del Banco Mundial: una revisión crítica. BID. Austin, EEUU, 2010.
7. [HERNÁNDEZ M.](#) Obstáculos del modelo Ley 100 para renovar la APS en Colombia. Revista momento médico. 2004: 97.
8. [LYOTARD J.](#) La condición postmoderna: Informe sobre el saber. Ediciones Cátedra S.A. Madrid. España, 1987.