



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Limitaciones para la implementación de la APS en Colombia

Daniel Isidoro Blanco Santamaría

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Instituto de
Salud Pública, Bogotá D.C., Colombia 2012

Limitaciones para la implementación de la APS en Colombia

Daniel Isidoro Blanco Santamaría

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:
Especialista en Administración en Salud Pública

Director (a):
Dra. Rocío Robledo Martínez

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Instituto de
Salud Pública, Bogotá D.C., Colombia
2012

A mi esposa y

mi Daniela

inspiradora

La pobreza

Las Estadísticas dicen que son muchos los pobres del mundo, pero los pobres del mundo son muchos más que los muchos que parece que son.

La joven investigadora Catalina Álvarez Insúa ha señalado un criterio útil para corregir los cálculos:

-Pobres son los que tienen la puerta cerrada- dijo.

Cuando formuló su definición, ella tenía tres años de edad. La mejor edad para asomarse al mundo, y ver.

Eduardo Galeano

Agradecimientos

A la Dra. Rocío por el tiempo dedicado, por todas sus observaciones, pero sobre todo por la pasión que puso en cada frase para alentar el desarrollo de este trabajo.

LIMITACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA APS EN COLOMBIA

CONSTRAINTS TO THE IMPLEMENTATION OF THE APS IN COLOMBIA

INTRODUCCIÓN

La reforma al sistema de seguridad social en salud en Colombia plasmada en la ley 1438 de 2011, plantea a la atención primaria en salud (APS) como la estrategia primordial para la consecución de resultados en salud en el país. En el presente artículo se realizará una rápida revisión de las distintas corrientes del conocimiento frente a la APS, los desarrollos de la misma en dos países latinoamericanos como son Cuba Y Brasil, conocidos por sus desarrollos en APS y logros en salud derivados de la implementación de dicha estrategia, finalmente desde una mirada crítica se planteará desde algunos principios rectores de la APS el por qué para el autor la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud en un sistema de salud basado en el aseguramiento como lo es el sistema colombiano, reñirá con dichos principios y limitará el despliegue de la misma en todo el contexto definido desde 1978 en Alma Ata.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Sistemas de Salud, Reforma de la Atención de Salud, Colombia.

INTRODUCTION

The reform of social security system in health in Colombia embodied in the law 1438 of 2011, poses for primary health care (PHC) as the primary strategy for achieving health outcomes in the country. This article will take a quick review of the various streams of knowledge against the APS, the developments of the same in two Latin American countries such as Cuba and Brazil, known for their developments on PHC and health gains resulting from the implementation of this strategy, finally, from a critical perspective will arise from some guiding principles of PHC why the author implementing the strategy of primary health care in a health system based on the assurance such as the Colombian system, scold with these principles and limit the deployment of the same throughout the context set from 1978 in Alma Ata.

Keywords: Primary Health Care, Health Systems, Health Care Reform, Colombia.

DE ALMA ATA A LA ATENCIÓN PRIMARIA INTEGRAL DE SALUD

En el año 1978 durante la conferencia de atención primaria en salud en Alma Ata, antigua Unión Soviética, surge formalmente la Atención Primaria en Salud (APS) como una estrategia que debería permitir una asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente validados y socialmente aceptados, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas del desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y auto determinación (1) , dicha propuesta pretendía lograr mediante la acción coordinada de los gobiernos y su liderazgo, desarrollar acciones que permitieran impactar las necesidades de la población, definiendo la salud como un derecho fundamental y una meta para los gobiernos del mundo; esto a bajo costo y con acciones básicas de salud. Posteriormente surge la apuesta por

lograr la meta de “Salud para todos en el año 2000” la cual habla del derecho de cada ciudadano a recibir atención en salud, como un medio para llevar una vida segura y productiva, con acceso equitativo, integral a los servicios de salud y un Estado garante de ese derecho para todos, dicho estado debería garantizar las políticas y programas para alcanzar el objetivo (2, 3).

Frente a estos objetivos surgió como respuesta la APS selectiva, tan solo un año después de Alma Ata, Walsh y Warren proponen la estrategia que marcó un derrotero en los años venideros y fue la forma más difundida de implementación de la atención primaria en salud apoyada gubernamentalmente por el banco mundial en diferentes países y casi considerada como política oficial de la OMS y de la OPS para Latino América. Su implementación se basaba en programas desarticulados (vigentes aún hoy), sin tener en cuenta las condiciones del entorno y socioeconómicas de las ciudades y países; su foco de atención fue la enfermedad, con un enfoque tecnocrático muy distante de la declaración original de Alma Ata y pensada para países pobres (4).

La APS selectiva operó tratando de preservar el estado de las cosas, enfocar una enfermedad a la vez y sin buscar acciones articuladas de mayor impacto, finalmente se centró en los niños, las mujeres y dejando de lado a otros grupos poblacionales (5), pero con un estandarte basado en enfocarse solo en las enfermedades prevalentes bajo acciones costo efectivas. A pesar de lo expuesto no todo es negativo en el enfoque selectivo, uno de sus grandes aportes fue la estrategia de vacunación infantil, con la cual hoy se logra reducir mortalidad al afectar a las 5 principales enfermedades que afectan a la infancia.

Bajo este espectro es evidente que la APS selectiva dista mucho de los principios definidos en Alma Ata, donde esta se consideraba una estrategia integral que debía redundar en cambios sociales estructurales, con redistribución de los ingresos, equidad en el acceso a los servicios de salud y desarrollo de los sistemas de salud con énfasis en atención básica, es decir con un enfoque preventivo.

Se hace evidente entonces el progresivo alejamiento de los diferentes sistemas de salud del mundo frente a lo planteado como APS en 1978, razón por la cual en el informe de salud del mundo de la OMS en el año 2008 se hace un llamado a revitalizar la APS, a relanzar los principios de Alma Ata instando a buscar reformas de fondo de los sistemas de salud y en pro de afectar los determinantes sociales de la salud y obtener resultados en el mejoramiento de la salud de los pueblos. En este informe los determinantes fueron definidos como las causas de las causas en el proceso salud enfermedad (6,7).

La APS renovada parte de principios de accesibilidad a los servicios de salud, integralidad, longitudinalidad, continuidad, responsabilidad social, transectorialidad y vínculo; estos elementos toman vital importancia para el debate que se abrirá frente a la definición de la APS como estrategia para el modelo de salud colombiano. Basa su estrategia en 4 ejes fundamentales de reforma a los sistemas de salud, el primero reformas en pro de la universalización para mejorar la equidad sanitaria, reformas de la prestación de servicios para conseguir unos sistemas de salud centrados en las personas, reformas del liderazgo para que las autoridades sanitarias sean más confiables, reformas de las políticas públicas para promover y proteger la salud de las comunidades (8).

En ese orden de ideas se deben reorganizar los sistemas de salud, desde el punto de vista normativo basándose claramente en la APS, dejando de lado la responsabilidad exclusiva del sector salud para

convertirse en política de estado, trabajo transectorial para dar respuesta integral a las necesidades de la gente, superando un enfoque individual, favoreciendo un enfoque colectivo y de salud pública correlacionado con sus funciones esenciales. Esta APS renovada parte del compromiso como ya lo mencionamos de afectar positivamente los determinantes de la salud.

Ligado al concepto de APS renovada viene trabajándose paralelamente el concepto de Atención Primaria Integral en Salud APIS, contraria por completo a la APS selectiva y con un claro rescate de los principios de Alma Ata y algunas claras correlaciones con la APS renovada, dicho concepto es liderado por el Movimiento por la Salud de los Pueblos. La APIS es considerada una filosofía política de la salud, una estrategia que permite organizar la respuesta de los sistemas de salud y la sociedad misma para actuar sobre los determinantes sociales de la salud, junto con la APS renovada propone superar las desigualdades e inequidades, garantizar la mejor distribución del ingreso, con un componente de promoción y prevención muy fuerte, garantizando políticas públicas fuertes y un trabajo transectorial junto con programas de salud articulados. Pero es quizás su postulado más fuerte promover la participación comunitaria, la movilización social, es una propuesta con una base comunitaria clara como eje que debe permitir la consecución de transformaciones sociales con impacto en salud (9-10).

Frente a las dos apuestas la de la APIS y de la APS renovada tienen muchísimos elementos comunes, pero quizás el más relevante lo configura en el talento humano puesto al servicio de las dos, que más que meramente instrumental se configura en actor principal junto con la comunidad, requiriendo un proceso serio de formación y cualificación que le permita entender la estrategia, aplicarla y ser eje articulador de acciones, además de lo anterior se apuesta por perfiles formados profesionalmente tales como médicos y enfermeras, los cuales deben gozar con garantías de vinculación y salariales, convirtiéndose en los protagonistas del sistema de salud, por encima de especialistas clínicos.

EL CASO CUBANO Y BRASILEÑO

Frente a las distintas tendencias mundiales de la APS, en Latinoamérica surgen dos modelos que hoy son ejemplo a seguir y que para el caso Cubano ya son más que evidentes los frutos para sus resultados en salud y que para Brasil ya hay tendencias claras al respecto.

Cuba reorganiza su sistema de salud a partir del triunfo de la revolución en 1 de enero de 1959, desde allí inicia una carrera vertiginosa para catapultar la salud pública bajo la tutela y total financiación por parte del estado cubano. Se define a la salud como un derecho fundamental e inalienable de los ciudadanos y como tal queda plasmado en la constitución nacional, en 1961 se cambia el enfoque de atención curativo a un enfoque preventivo en el marco del Sistema Único de Salud gratuito implementado el año anterior. En la década de los 70 cuando surge la declaración de Alma Ata, la isla ya contaba con avances de vital importancia y un claro enfoque de atención preventiva y con políticas públicas que garantizaban la promoción de la salud, en razón a lo cual el desarrollo de la APS fluyó con rapidez y efectividad en la isla (11).

Cuba cuenta con policlínicos a lo largo y ancho del país donde se garantiza atención básica, pero garantizando la tecnología acorde a las necesidades, sin dejar de lado la atención especializada. Pero uno de los logros del modelo es el millar de médicos y enfermeras de familia bajo el modelo MEF (médicos y enfermeras de familia), responsables de brindar atención a más del 95% de la población cubana, garantizando el pleno cumplimiento de los principios básicos de la APS, uno de ellos el vínculo, elemento clave para lograr un proceso de atención individual, familiar y comunitario (12).

Este equipo de profesionales que al 2009 alcanzaba un número de 30 mil médicos de atención primaria, 5,7 médicos por cada 1000 habitantes y 84.232 enfermeras, 9,5 enfermeras por cada 1000 habitantes quienes bajo la MEF cubren 600 a 700 familias por un dúo médico enfermera, basada dicha atención en un modelo preventivo pero que permite instaurar a su vez tratamientos rápidos y canalizar a servicios especializados (13).

Otro de los baluartes del sistema de salud cubano es la participación comunitaria; las comunidades son de vital importancia debido a su formación como gestores de salud y multiplicadores en temas de prevención, dicha acción se da en el seno de diversas organizaciones tales como los Comités de Defensa de la Revolución o la federación de Mujeres Cubanas a quienes se les designan funciones como “Responsables de la Salud”, generando su participación activa en diversas acciones de promoción y específicas de prevención en diversos puntos de la geografía cubana. El fruto de un Sistema único de Salud a cargo 100% del estado en su financiación y funcionamiento, el enfoque basado en la Atención Primaria de Salud y esta a su vez desplegada en la geografía del país a cargo de los Médicos y Enfermeras de familia se evidencia en los indicadores de salud del país, que para el año 2009 mostraban: una razón de mortalidad materna del 46,9 por 100.000 nacidos vivos, superando en casi 20 puntos las cifras promedio latinoamericanas; una tasa de mortalidad infantil de 4,8 por 1000, la más baja de América Latina superando incluso a la de Estados Unidos. Hoy día el gobierno cubano invierte cerca de un 12% de su PIB en el sector salud, dejando evidencias que a pesar del bloqueo de Estados Unidos y la grave situación económica se pueden plantear modelos eficientes, a cargo del estado, sin intermediación de terceros como en el caso colombiano y lo mejor de todo con evidencia contundente en indicadores de impacto de salud pública (12).

EL CASO BRASILEIRO

En 1988 Brasil define el Sistema Único de Salud (SUS), el cual es reglamentado en el año de 1990, dicho sistema es financiado por vía estatal mediante impuestos y contribuciones nacionales, federales y municipales, con una prestación a cargo del estado que logra una cobertura de un 75% de los ciudadanos, por otro lado se evidencia el crecimiento progresivo de una oferta de servicios de salud privados, los cuales son financiados por empresa y familias, estas últimas como gasto de bolsillo y como fuerte en su utilización personas de mayores ingresos en la sociedad, este último modelo recibe el nombre de Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS) y que cubre el restante 25% de la población (14,15).

El SUS a través de la red pública de hospitales y una oferta privada subcontratada por el estado define su modelo de atención basado en la APS y mediante el Programa de Atención de la Familia, dicho programa prestado por médicos y enfermeras de familia, acompañados por auxiliares de enfermería y agentes comunitarios en salud se encargan de prestar servicios de salud individuales mediante estrategias de prevención y directamente en las comunidades y mediante centros especializados ubicados en el seno de los barrios y municipios. Dichos equipos responden desde la atención primaria por la prestación de servicios de salud para toda la población, al estar definida la responsabilidad de la salud pública (individual y colectiva) y las acciones preventivas 100% a cargo del estado, el cual además de ser prestador ejerce como ente rector y regulador de todo el SUS (14).

Brasil emerge en la década de los 90 mediante este modelo como ejemplo para Sudamérica y América Latina frente a la implementación de la APS bajo la tutela y entera responsabilidad del estado, que a pesar de existir un grueso de participación del sector privado la regulación y rectoría

estatal garantiza el adecuado desarrollo del modelo. Otra de las grandes diferencias de los modelos brasilero y colombiano se ponen en evidencia por la participación comunitaria, el pueblo Brasileiro desde las épocas de las dictaduras militares definió como uno de los ejes de acción frente a estas a los Consejos de Salud, los cuales ya se desarrollaban desde la década de los 40, pero que emergen como herramienta política frente a la dictadura y como una defensa de la salud pública, estos consejos garantizan en la actualidad la veeduría del sistema y la activa participación de la sociedad en la toma de decisiones frente al Sistema Único de Salud (16).

Los resultados del SUS en Brasil al igual que en Cuba se reflejan en la gradual y positiva transformación de indicadores de impacto, Brasil presentaba una razón de mortalidad materna de 120 por cada 100.000 nacidos vivos para pasar a 58 en 2008, una tasa de mortalidad infantil en 1990 de 46 por 1000 nacidos vivos y mostrar una reducción notoria a 17 por 1000 nacidos vivos, así mismo sucedió con la tasa de mortalidad en menores de cinco años la cual pasó de 50 a 19 por 1000 nacidos vivos. Estas cifras ponen en claro los impactos de una estrategia como la APS, la cual a pesar de contar con diferentes actores en el sector salud, cuando se tiene clara la responsabilidad del estado frente a la salud pública, se ejerce rectoría y control y se garantizan los recursos las acciones redundan en beneficio de la población y nuevamente como la estrategia se soporta en equipos conformados por médicos y enfermeras prestando servicios directos y encabezando los “equipos mínimos” (definición del SUS para sus equipos básicos de salud) con 600 a 1000 familias a su cargo y que garantizan uno de los pilares de la APS como lo es el primer contacto y puerta de entrada al sistema de salud , mediante los cuales se garantiza hacer realidad la prestación directa de acciones preventivas con el apoyo de agentes comunitarios que logran el vínculo con los pobladores (14).

LA REFORMA COLOMBIANA Y EXPERIENCIAS PREVIAS

Colombia no es un país reconocido en el medio Latino Americano como piloto o referente por sus experiencias en APS, estas son más bien escasas y para algunos entes territoriales más que una apuesta nacional y por ende con desarrollos desiguales en el país y una orientación hacia la APS selectiva tales como la Estrategia AIEPI, o un sin número de proyectos y programas locales con resultados importantes pero sin política de estado que los soporte (17).

Por lo anterior es claro que la APS en Colombia no ha pasado de ser un enfoque e implementación desde lo selectivo y jamás desde los postulados de la APS renovada o integral, salvo ejercicios llevados a cabo en Bogotá desde el Plan de Intervenciones Colectivas donde se trató de llevar en una apuesta de gran envergadura los postulados de la APS bajo el lema inicial de Salud a su Hogar hoy salud a su Casa y que chocó con las barreras propias del aseguramiento para el desarrollo pleno de la estrategia, pero que a pesar de ello logró un impacto importante en reducción de indicadores y el relanzamiento de la ciudad como modelo de salud pública para el país (10).

La Ley 100 de 1993 definió para el país un sistema de salud basado en el aseguramiento, con la entrega de la salud de los colombianos al sector privado representado en las EPS del régimen contributivo y subsidiado, desde allí a la fecha se han realizado dos reformas que han tratado de evitar la quiebra del sistema y que han surgido como paños de agua tibia ante una inminente debacle. La Ley 1122 propuso una reestructuración frente a la financiación del sistema sin tocar la crisis base del sector representada en la intermediación de los recursos con la desviación de los

mismos por parte de los privados, el incumplimiento de pagos a la red pública, intento de relanzar la salud pública dando las premisas del Plan Nacional de Salud Pública en medio de la crisis dada por el resurgimiento de problemas que se creían controlados y que por el abandono y la segregación del sistema entre lo individual (a cargo de aseguradores) y lo colectivo (a cargo del estado) y con desarrollos desiguales a lo largo y ancho del país (18,19).

Estos paliativos no han logrado controlar la crisis del sistema, la ausencia de rectoría, los crecientes casos de corrupción públicos y mayormente privados en el marco del sistema, la crisis hospitalaria derivada del no pago por parte de los aseguradores a la red pública y finalmente sin ser menos grave el empeoramiento de algunos indicadores como la mortalidad materna, aparición de brotes de rabia, dengue, fiebre amarilla, como claros indicadores que la tarea no se está realizando de la mejor manera; en este contexto se hace el lanzamiento de la Ley 1438 en el año 2011 con dos preceptos promulgados como salvadores y que a la fecha dejan todo que desear en sus posibles desarrollos, la APS y las Redes Integradas de Servicios de Salud.

BALANCE PREELIMINAR PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA APS EN COLOMBIA

Para divisar las limitaciones que genera el aseguramiento frente a una APS renovada o integral para el país se realizará el abordaje bajo los principios de estos dos postulados.

En la actualidad nuestro sistema de salud si de algo carece es de garantizar a los ciudadanos el acceso a los servicios de salud, la oferta de servicios de primer nivel es escasa, la oportunidad en la asignación de las citas desborda los parámetros internacionales, proceso que se enmascara a través de call centers, pero con una creciente insatisfacción de los usuarios frente a la consecución de citas con médico general. A los profesionales de la salud se les mide según el cumplimiento de metas con restricción en la solicitud de ayudas diagnósticas, formulación de medicamentos o remisiones a especialistas, se penaliza el desborde en la utilización sin tener en cuenta las realidades o las necesidades de los pacientes. El acceso a servicios especializados es aún peor, oportunidades de más de un mes para la asignación de citas y un viacrucis frente a la autorización de los servicios.

No hay un enfoque territorial en la apuesta del sistema, la reforma plantea cercanía a la residencia del ciudadano en la asignación del prestador primario para su atención, pero sin definir distancias que permitan especificar dicha cercanía, y peor aún cuando se oyen voces desde el ministerio de la protección social para dejar en manos del asegurador la definición completa de su red de servicio (proyecto de decreto reglamentario), lo que conllevará definiciones de mercado como hasta la fecha se ha dado para el establecimiento de la red prestadora, en la actualidad usuarios de localidades del sur de Bogotá tienen sus servicios asignados en la zona norte con total vulneración del acceso, nada reglamenta la reforma para solventar esto.

Para brindar una adecuada respuesta en salud a los ciudadanos se deben promover ejercicios de lectura de necesidades en los cuales las comunidades queden inmersas, de acuerdo a este ejercicio se podrá realizar la adecuada planeación de respuestas desde el sector salud y las alianzas necesarias que busquen respuestas con otros sectores, estas deberán articular las acciones individuales y colectivas para garantizar el uso adecuado de recursos, evitar duplicidad de acciones y garantizar impacto. Frente al aseguramiento se segmente el sistema en lo individual y lo colectivo, entre lo público y lo privado, y la reforma actual no plantea como se romperá la brecha. Los aseguradores plantean sus acciones desde la enfermedad y la respuesta solo se plantea frente a este indicador, se desconocen las condiciones del entorno de sus asegurados y delegan en el prestador la

responsabilidad total de las acciones. Frente a este panorama se mantendrán acciones no articuladas que no garantizarán la integralidad en ningún momento.

Quizás estos serán los principios con mayores limitaciones para la implementación de la APS para el modelo colombiano, la longitudinalidad entendida como la posibilidad de contar con el seguimiento del mismo médico de atención primaria, la continuidad de servicios en todo el sistema y el vínculo dado desde el primer contacto por un equipo básico de salud y que garantiza el despliegue del enfoque familiar y comunitario. En las actuales condiciones de aseguramiento encontraremos en los diferentes territorios de las ciudades y municipios conglomerados donde coexisten personas afiliadas a los diferentes sectores del aseguramiento existentes, serán abordadas por equipos básicos como los define la 1438 y su decreto reglamentario en proyecto por auxiliares de salud pública, los cuales tan solo harán caracterización, canalización y educación básica. Se ignoran los impactos del enfoque en sistemas exitosos como los que ya analizamos con médicos y enfermeras de la APS como base de los equipos básicos, garantizando el primer contacto con las comunidades, permitiendo que a su vez desarrollen las acciones en salud con las familias sin distinción de aseguramiento y canalizando a otras instancias en el debido momento, permitiendo además que coexistan desde las acciones colectivas verdadera articulación de acciones basadas en las necesidades.

Para que esto suceda los aseguradores deberían delegar las acciones de atención primaria al sector público para garantizar que los profesionales que realicen el primer contacto a su vez den un proceso de atención con longitudinalidad en el tiempo y articulando las acciones especializadas con la debida coordinación con el asegurador. Esto implicaría la delegación total de responsabilidad de la APS, las acciones de promoción y prevención en el estado, específicamente en las entidades territoriales y a su vez estas a través de una red pública fortalecida. Otro es el panorama planteado en la reforma y una barrera más para el éxito de lo definido en la ley, los aseguradores mantendrán el monopolio de la prestación de servicios, definirán su red de prestadores y podrán controlar a su acomodo mediante integración vertical las acciones a desarrollar. Los equipos serán conformados solo para acciones básicas muy lejanas en la filosofía de la APS y con perfiles que sin desconocer las acciones que podrán desarrollar no tendrán capacidad de acción y análisis frente a lo que evidencien, dejando el ejercicio en la esfera de la canalización, la cual podrá ser desechada como se ha venido dando en el modelo de Bogotá y sin acciones de fondo para resolver problemas de salud.

Como un ingrediente adicional que llena de incertidumbre las acciones de una posible APS renovada para el país y frente a los principios que analizamos surge de las pésimas condiciones laborales de los profesionales en el sector, con vinculación que raya en la informalidad, pésima remuneración, privilegiando la especialización y pauperizando a los profesionales de atención primaria, su poca posibilidad de formación, todo lo que en conjunto confluye a no tener el talento humano motivado para desplegar las acciones necesarias y de la dimensión que implican un enfoque renovado e integral de atención primaria.

Finalmente y sin dejar un panorama más alentador, la responsabilidad social es un tema del cual a la fecha adolece de manera franca nuestro sistema de salud, los aseguradores y prestadores privados vienen de manera vertiginosa en una carrera por el lucro particular, acumulando grandes capitales y utilizando a los ojos e indolencia del estado los recursos de la salud en negocios diferentes a la misma, con la creación de grandes holdings donde se capitalizan recursos que nunca son reinvertidos en el sistema. Por otro lado los públicos representados por EPS contributivas y subsidiadas han sido atrapadas por el mismo ejercicio de los privados y por acciones de corrupción

que las desnaturalizan y en el escenario de los prestadores las Empresas Sociales del Estado llevadas al escenario del mercado, desnaturalizando su razón de ser frente a la responsabilidad social y lanzados a competir por una tajada del mercado en búsqueda de su salvación y en ese ejercicio asumiendo acciones que buscan rentabilidad por encima de acciones en salud que logren impactos y resultados positivos en la salud de las comunidades a su cargo.

Por otro lado el sector salud continúa como una burbuja desarrollando acciones con enfoque de riesgo y centrándose en la enfermedad ya desarrollada y olvidando el enfoque en determinantes de la salud, enfoque que exige la articulación de acciones con otros sectores para lograr romper las brechas de equidad y las desigualdades sociales, la redistribución del ingreso y la superación de la emergencia social en la que se sumergen un grueso de la población colombiana con necesidades básicas insatisfechas. La ley 1438 lo menciona como un punto más pero a la fecha en acciones y en los planteamientos realizados de reglamentación vuelven a quedar de lado. Es poco probable que los aseguradores deseen y además tengan las competencias para liderar acciones transectoriales, por esta razón no será viable en el marco actual el logro de la superación de brechas y las transformaciones necesarias si el estado delega una de sus funciones primordiales en un sector que a la fecha, como ya lo hemos mencionado, solo piensa en incrementar capitales por encima de otras acciones.

DISCUSIÓN FINAL

Frente a este panorama de cosas se hace evidente que a la fecha lo que plantea la reforma de la Ley 100 y plasmado en la 1438 no deja de ser más que el mero formalismo frente al cumplimiento de las exigencias de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, que el resultado de una reforma clara para el desarrollo de la APS en todos los principios definidos desde Alma Ata, está claro que el país no tiene una apuesta frente al tema y que no hay la menor intencionalidad de realizar las reformas necesarias, de quitar del camino a los intermediarios y mercaderes del sistema y tomar las riendas que le permitan el despliegue de una estrategia de transformación social, de cierre de brechas y que con la premisa de la salud como derecho fundamental, el empoderamiento de las comunidades, el fortalecimiento de la red pública, logren el desarrollo de una verdadera Atención Primaria en Salud Integral. Pero por lo visto hasta la fecha no pasaremos de un nuevo proceso de APS selectiva, sin impactos y manteniendo la segmentación del sistema, y con acciones disímiles en su desarrollo y que tendrán según la voluntad política y recursos de los mandatarios locales modelos que en algún caso se acerquen a la realidad necesaria, pero que muy probablemente chocarán con el aseguramiento y no permitirán trascendencia de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: WHO; 1979
2. World Health Organization. Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva: WHO; 1981.
3. Mullings J, Paul TJ. Health sector challenges and responses beyond the Alma-Ata Declaration: a Caribbean perspective. *Rev Panam Salud Publica* 2007 Feb;21(2-3):155-63.
4. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med* 1979 Nov 1;301(18):967-74.
5. Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Aff (Millwood)* 2004 May;23(3):167-76.
6. Macinko J, Montenegro H, Nebot AC, Etienne C. [Renewing primary health care in the Americas]. *Rev Panam Salud Publica* 2007 Feb;21(2-3):73-84.
7. Bhatia M, Rifkin S. A renewed focus on primary health care: revitalize or reframe? *Global Health* 2010;6:13.
8. Vashishtha VM. World health report 2008: time to go back to the basics! *Indian Pediatr* 2009 Jan;46(1):49-50.
9. Labonte, R., Sanders, D., Baum, F., Schaay, N., Packer, C., Laplante, D., Vega Romero, R., Viswanatha, V., Barten, F., Hurley, C., Tujuba Ali, H., Manolakas, H., Acosta Ramírez, N., Pollard, J., Narayan, T., Mohamed, S., Peperkamp, L., Julie Johns, Ouldzeidoune, N., Sinclair & Pooyak, Sh. (2008). "Implementation, Effectiveness and Political Context of Comprehensive Primary Health Care: Preliminary Findings of a Global Literature Review", en *Australian Journal of Primary Health*, 14 (3), pp. 58-67.
10. Vega, R., Mosquera, A., Acosta, N., Restrepo, O., Atención Primaria Integral de Salud: Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud. 1ªed. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud, Pontificia Universidad Javeriana; 2009.
11. Health consequences of Cuba's Special Period. *CMAJ* 2008 Jul 29;179(3):257.
12. Reed G. Cuba's primary health care revolution: 30 years on. *Bull World Health Organ* 2008 May;86(5):327-9.
13. Dominguez-Alonso E, Zacea E. [The health system of Cuba]. *Salud Publica Mex* 2011;53 Suppl 2:s168-s176.
14. Montekio VB, Medina G, Aquino R. [The health system of Brazil]. *Salud Publica Mex* 2011;53 Suppl 2:s120-s131.
15. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011 May 21;377(9779):1778-97.
16. Fleury S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *Lancet* 2011 May 21;377(9779):1724-5.
17. Apraéz, G., Evaluación de la atención primaria de la salud en Colombia como política de salud 1939-2008: Estudio de caso. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia
18. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vasquez J. [The health system of Colombia]. *Salud Publica Mex* 2011;53 Suppl 2:s144-s155.
19. Guzman Urrea MP. [Deficiencies in evaluating health care reforms in the 1990s in Latin America]. *Rev Panam Salud Publica* 2009 Jan;25(1):84-92.

