

La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud

Román Vega-Romero^a, Naydú Acosta-Ramírez^b, Paola Andrea Mosquera-Méndez^c
y María Ofelia Restrepo-Vélez^d

Resumen

Esta investigación hace un resumen narrativo de las evidencias disponibles sobre la experiencia de la política de salud y de la estrategia de Atención Primaria Integral de Salud (APIS) desarrollada por el gobierno local de Bogotá durante el período 2004-2007. El proceso y los resultados de la experiencia indican que a pesar de la racionalidad de mercado de la política nacional de salud de Colombia, es viable implementar a nivel local políticas y estrategias de salud orientadas a garantizar el derecho y la equidad en salud. Sin embargo, las restricciones del contexto nacional son un factor limitante de la potencialidad de tal política y estrategia, lo que sugiere que es necesario propiciar transformaciones de fondo de la política nacional de salud para que los cambios locales buscados sean efectivos y sostenibles.

Palabras claves: Atención primaria integral de salud; derecho a la salud; equidad en salud; gobierno local, Colombia.

^a. PhD, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, roman.vega@javeriana.edu.co

^b. PhD, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, nayduacosta@gmail.com

^c. Epidemióloga, estudiante, Maestría de Política Social, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia,

paolamosquera@gmail.com

^d. PhD, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia,

orestrep@gmail.com

Recibido: 3 de febrero del 2008

Aceptado: 15 de marzo del 2008

Introducción

La Atención Primaria de Salud (APS) ha sido considerada una estrategia efectiva para mejorar la salud de la población y reducir las inequidades en salud en la medida en que coadyuva eficazmente a enfrentar los determinantes sociales de éstas. Su aporte a la salud y a la reducción de las inequidades en salud se realiza a través de la disminución de los problemas de accesibilidad y utilización de los servicios, la organización de respuestas integrales y continuas a las necesidades de salud, la realización de acciones coordinadas a nivel sectorial e intersectorial y del empoderamiento, movilización y participación social y comunitaria (1).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha manifestado reiteradamente su preocupación por las relaciones entre salud, equidad y desarrollo y por la falta de equidad de los actuales sistemas de salud. En la celebración de los 25 años de la Declaración de Alma Ata, el subdirector de la OPS propuso redefinir la APS como “el cuidado integral de la salud para todos y por todos”, agregando además que la APS es hoy “una necesidad, no sólo en el ámbito de la salud, sino para el futuro de los países que aspiran a seguir siendo naciones, estados soberanos en un mundo cada día más injusto” (2).

Sin embargo, el conjunto de políticas desarrollado en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993, no ha sido benéfico para el desarrollo de la estrategia de APS. Dado el contenido de mercado de la Ley y de sus reformas posteriores, el desarrollo de la

APS, en su versión integral, no parece encontrar apoyo político ni técnico por parte del gobierno nacional ni de los sectores económicos ligados al negocio de la salud.

En este documento mostramos el contexto, contenido de la formulación, implementación y resultados de APIS en Bogotá, una de las estrategias de la política de salud para garantizar el derecho y la equidad en salud durante el período 2004-2008.

Para el desarrollo de la investigación se recopiló evidencias e información, incluyendo publicaciones y literatura gris, documentos sobre la política de salud del gobierno, presentaciones en encuentros y foros a nivel distrital y nacional e información a partir de estadísticas, entrevistas y documentos de trabajo de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS). Los anteriores insumos fueron revisados y sistematizados siguiendo un enfoque de resumen narrativo.

Los retos de salud en la ciudad y sus perspectivas de cambio

Hasta el año 2003, las políticas sociales, públicas y de salud de Bogotá no habían logrado dar respuesta suficiente a las necesidades de la población, evidenciado ello por indicadores que reflejaban hondas inequidades sociales, alta prevalencia de morbi-mortalidad evitable y accesibilidad limitada de la población en desventaja social y económica a los servicios de salud y a otros servicios sociales (3, 4). A esta fecha, el 52.3% de los bogotanos (3.586.875 habitantes) eran pobres y 13.7% desempleados, mientras la otra parte de la población gozaba de buenos ingresos relativos y de mejores índices de calidad de vida. De otra parte, la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con la Ley 100 de 1993, hizo emerger nuevas limitaciones y formas de exclusión que hacían inequitativo y poco eficaz el sistema de salud para garantizar la utilización de los servicios de salud en condiciones de equidad.

Esas circunstancias explicaban que para el año 2003 Bogotá tuviera una tasa de mortalidad infantil de 15.1 por 1000 nacidos vivos, una de mortalidad materna de 61.7 por 100,000 nacidos

vivos y altas tasas comparativas de mortalidad por neumonía (20.2 por 100,000 < 5 años) y EDA (5.2 por 100,000 < 5 años), al tiempo que las muertes para todas las edades por enfermedades crónicas tendían a colocarse en los primeros lugares, incluso entre los habitantes de las localidades pobres (5). Porque los pobres estaban más expuestos a factores socioeconómicos y ambientales deletéreos eran más vulnerables en salud (4) y porque su acceso a los servicios sociales y de salud era menor que el de los ricos (6), ellos morían con mayor frecuencia y más temprano que los segundos por enfermedades como la neumonía, el cáncer de cuello uterino, la eclampsia y la violencia. Por ejemplo, mientras en la localidad de Ciudad Bolívar, una de las más pobres de la ciudad, se presentó una tasa de mortalidad en menores de cinco años de 250.9 por 100.000 en el año 2002, en Teusaquillo, una localidad de clase media, esta tasa fue de 166.08 por 100.000. La clase media, aunque moría en menos proporción que los pobres y vivía una vida más larga (4), sentía cada vez mayor presión por los riesgos que generaba su precariedad económica, la inseguridad del orden público y las barreras de acceso a los servicios de salud.

Los defectos de la política de aseguramiento en salud afectaban en forma grave la equidad en la accesibilidad y utilización de los servicios por falta de universalidad, asimetría de los beneficios y múltiples barreras de acceso de tipo geográfico, económico y organizacional generadas por los aseguradores como estrategia para aumentar su rentabilidad económica. Según cálculos hechos a partir de la Encuesta de Calidad de Vida (3, 6), Bogotá era la ciudad del país con mayor número de afiliados al SGSSS, pero la cobertura alcanzada por éste estaba inversamente relacionada con la pobreza de cada localidad de la ciudad y tampoco era garantía para utilizar los servicios de salud cuando se necesitaban. Además, por lo menos un millón de personas de la población pobre aún estaba por fuera del SGSSS porque no tenía acceso a los subsidios asignados para afiliación al régimen subsidiado. Entre los afiliados, los más ricos utilizaban 1.5 veces más el sistema que los más pobres y sólo el 73.9% de los afiliados al SGSSS utilizaba los servicios de salud cuando sufría de un padecimiento de salud no leve. Y, cuando se tenía una enfermedad severa,

únicamente el 58.2% del decil más pobre de la población utilizaba los servicios de salud, comparado con el 84.3% del decil más rico de la misma.

De otra parte, el énfasis individualista, curativo y de contención de costos del aseguramiento dificultaba la atención médica oportuna, integral, continua y coordinada, así como su articulación eficaz con las acciones colectivas y las de otros sectores sociales. Intentos iniciados años atrás para lograr este objetivo, fundamentados en la APS, fueron liquidados o minimizados en el proceso de implementación de la Ley 100 de 1993. Y, aunque la oferta de servicios había aumentado, la lógica de mercado había hecho que el mayor número de prestadores se concentrara en el norte de la ciudad, generando serias barreras de acceso para las personas ubicadas en el sur, con peores condiciones socioeconómicas. Además, una de cada cuatro personas que utilizaba los servicios de salud consideraba que la atención había sido regular o mala (4).

Por otra parte, los altos costos de transacción de la intermediación del aseguramiento, la tendencia a una cada vez mayor transferencia del riesgo financiero de los aseguradores a los prestadores de servicios de salud y el interés en un enfoque de gestión marcado por el control de costos, la competencia y la generación de rentabilidad económica, no sólo impedían el desarrollo de un modelo de atención y de gestión que privilegiara la prevención y la atención integral y continua centrada en las necesidades del paciente, las familias y la comunidad, sino que amenazaban la misión de las instituciones públicas y su sostenibilidad financiera.

Más allá del aseguramiento, la intermediación financiera y la *atención gestionada*, se requerían nuevas políticas y estrategias con énfasis en la equidad y la integralidad de la atención, la mejora de la rectoría territorial y la descentralización democrática del sistema. La perspectiva del nuevo gobierno distrital para orientar sus acciones hacia cambios estratégicos que ayudaran a garantizar el derecho y la equidad en salud en las condiciones de la hegemonía instaurada por la política neoliberal del país, se construyó a partir del supuesto de que era posible, alcanzar mejoras

progresivas e innovadoras en las políticas actuando a nivel de la red pública distrital de servicios de salud, en el marco de las circunstancias políticas locales.

En estas condiciones, la APS debía ser un esfuerzo local implementable en el marco del sistema de salud del país. Debería servir para generar tanto un nuevo modelo de atención equitativo e integral, como para influenciar el comportamiento de los aseguradores, en el sentido de comprometerlos con este modelo. Ambos tipos de cambios deberían ser propuestos desde una lógica que apuntara y ayudara a esclarecer los límites y contradicciones del sistema de salud hegemónico y el talante y sentido de los cambios estructurales que serían necesarios en el futuro para modificar la lógica de conjunto del SGSSS y garantizar el éxito del nuevo camino hacia la garantía del derecho a la salud.

La nueva política de salud de la ciudad y el papel de la APS

La nueva visión de la política pública de salud se desarrolló en estrecha relación con el proceso de construcción de los objetivos, valores, principios y enfoques de intervención del Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas de Bogotá para el período 2004-2008 (7).

Los valores y principios del Plan, particularmente los relacionados con derechos humanos, solidaridad y equidad, así como sus enfoques de intervención (intervención social integral, de género, participación ciudadana y rendición de cuentas, entre otros), permitieron dar contenido a sus políticas, estrategias y programas, también su articulación sectorial, territorial y transectorial a la política distrital de salud. Éstos deberían contribuir como un todo al logro de la meta de mejorar y hacer más equitativo el estado de salud de la población de la ciudad.

El objetivo del Plan debía materializarse mediante la articulación de tres ejes estructurantes de la acción: el eje social, el urbano-regional y el de reconciliación. Políticas centrales del eje social fueron la protección y seguridad social integral mediante la garantía y promoción de los derechos económicos, sociales y culturales con énfasis en

los niños y niñas y la equidad de género, el derecho a la alimentación, la equidad en el acceso a los servicios sociales, culturales y recreativos y la generación de oportunidades para el trabajo y la generación de ingresos.

El contenido en salud de las políticas también se expresaba en los demás ejes del Plan. Elementos cruciales para que el contenido en salud de éstos trascendiera la tradición puramente sectorial, la visión convencional de la salud pública, y ocupara un lugar más visible entre los otros sectores del gobierno fueron: la promoción de procesos de elaboración conjunta del Plan entre las distintas instituciones del gobierno y miembros del gabinete; la promoción de la coordinación, concertación y participación ciudadana a nivel distrital y por localidades; así como la promoción de procesos transparentes y con visión de equidad en la asignación de recursos financieros, también a nivel distrital y por localidades.

La política sectorial *Salud para una Vida Digna*, promovida por la SDS para el periodo 2004-2008, fue construida en un proceso de consulta y debate con los actores del SGSSS, la comunidad y las fuerzas políticas de la ciudad, y tuvo como horizonte general ***avanzar en la garantía del derecho a la salud para superar las inequidades en los resultados en salud y en el acceso a los servicios de salud*** (8). Los valores y principios ordenadores de la política sectorial fueron: salud como un derecho humano fundamental, equidad, solidaridad, autonomía y reconocimiento de las diferencias. El objetivo general trazado desde el Plan de Desarrollo fue:

Promover la universalización progresiva de la atención integral en salud mediante la incorporación selectiva, con énfasis en poblaciones pobres y vulnerables. Realizar intervenciones y acciones intersectoriales que contribuyan a mejorar las condiciones de vida, las capacidades y las opciones de las personas y familias para lograr comunidades y hábitat saludables. Fortalecer la salud pública en la dimensión urbano-regional (7).

La SDS adoptó dos estrategias fundamentales interrelacionadas para lograr los objetivos de la política pública de salud: 1) la estrategia del

promocional de calidad de vida y salud y 2) la estrategia de APS (8).

El enfoque de APS

El enfoque de APS adoptado fue el de ***Atención Primaria Integral de Salud - APIS*** (Figura 1) y se fundamentó en cuatro fuentes teórico-conceptuales y normativas (8, 11): primera, la declaración de Alma-Ata (12); segunda, el artículo 12 del Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; tercera, el trabajo conceptual y científico desarrollado por Bárbara Starfield en distintos contextos (14, 15); y cuarta, el enfoque de salud pública denominado ‘modo promocional de calidad de vida y salud’ (17).

La Declaración de Alma-Ata hacía énfasis en valores, principios y elementos operativos, como el derecho a la salud, la equidad, la orientación familiar y comunitaria, la integralidad de la atención con énfasis en la prevención, la autonomía y la participación individual y comunitaria y la acción intersectorial por la salud. Con esta Declaración, la APS no sólo devino en derecho a la salud sino que, a su vez, fue inspiradora de la sustentación que las Naciones Unidas (13) hicieron para establecer las normas y mínimos esenciales que obligarían a los estados a garantizar el derecho a la salud.

El ‘modo promocional de la calidad de vida y la salud’, que se asume como una estrategia para materializar el derecho y la equidad en salud, al tiempo sirvió para potenciar el carácter *integral* de la APS. En este enfoque, la APS se asume como uno de los distintos modos de promover, desde los servicios de salud, la calidad de vida y la salud (11, 17).

Sin embargo, dado que en la tradición colombiana la APS se redujo a medicina primitiva o de nivel básico, y como en el marco de la Ley 100 de 1993 y sus reformas se liquidó el potencial transformador de ésta, fue necesario fundamentarla en bases conceptuales y científicas que permitieran defender su vigencia y mejorar la calidad de su desempeño (15).

Además de las fuentes mencionadas, se revisaron y discutieron las experiencias históricas de aplicación de la APS en países como Brasil, Costa Rica y Chile. De estos países retomamos el enfoque familiar y comunitario de la estrategia, la territorialización de la atención en áreas geográficas delimitadas, donde actúan equipos de atención integral, dando respuesta a las necesidades de una población adscrita y sirviendo de puerta de entrada al sistema de salud con un enfoque de trabajo biopsicosocial, multidisciplinario y orientado al logro de resultados sanitarios. Este enfoque permitiría, además, lograr un ágil despliegue organizacional de la APS en territorios no cubiertos y podría ayudar a transformar la estructura física y organizacional, los procesos y las prácticas de las unidades tradicionales de atención primaria de la ciudad (32).

En el año 2006, sin demeritar su carácter integral (11, 31), se sumaron al enfoque de APS algunos elementos operativos de la APS Renovada (19, 20) que, impulsada por la OPS/OMS a partir de la celebración de los 25 años de la declaración de Alma Ata (2) y de la reunión de Montevideo (30), tuvo amplio debate en la ciudad y en el país con motivo del Encuentro Nacional de APS en el año 2005 (21). Los principales elementos apropiados fueron los siguientes (24):

1. Re-organización de las instituciones con base en **la identificación de las necesidades** de la comunidad, especialmente de sus poblaciones vulnerables.
2. Organización de la operación de APS por territorios, privilegiando los más vulnerables.
3. Gestión desde los espacios de **vida cotidiana** de las comunidades (los ámbitos): la familia, el barrio, la escuela, el jardín infantil, el centro de trabajo.
4. Organización de **respuestas colectivas** a las necesidades desde una perspectiva de gestión social integral, promovida por y

con la participación de otras instituciones del eje social, entre ellas, educación, integración social, vivienda y ambiente.

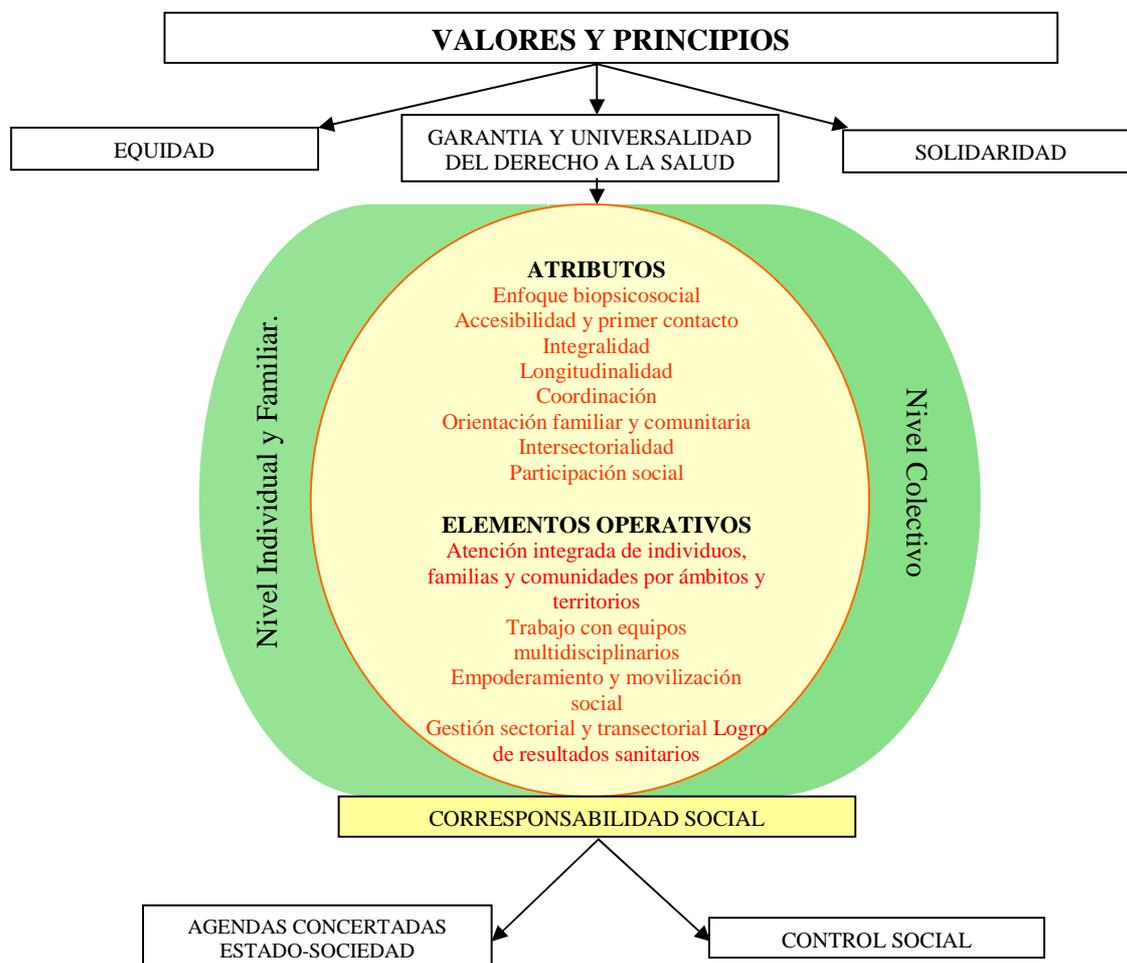
5. Promoción de la **participación social** como un derecho y creación de condiciones para la organización y movilización social autónoma.

Instrumentación de la estrategia

Del modelo filosófico y conceptual se dedujo que el proceso de implementación de la estrategia debía iniciar en los territorios de estratos 1 y 2, que concentran la mayor cantidad de población en pobreza, a partir de tres frentes de acción: primera, el de la población con difícil acceso a los centros tradicionales de atención de primer nivel, dónde debían comenzar a operar los equipos básicos de atención integral. Segunda, la población con mejor acceso relativo a los servicios de atención primaria tradicionales, que deberían transformarse en el espíritu de las mejores prácticas de la APS integral. Tercero, los ámbitos de vida cotidiana de las comunidades, las familias, el barrio, la escuela, el jardín infantil, el centro de trabajo.

Como la APIS constituiría el eje estratégico para la transformación del modelo de prestación de servicios de salud, ella debería garantizar atención con énfasis familiar y comunitario, coordinación y trabajo en red de las actividades de atención médica, salud pública y otros servicios sociales, acción intersectorial y participación comunitaria. También debería promover un enfoque de gestión adecuado a sus características y objetivos, que incluyera gestión transectorial y en red, gestión clínica y de recursos (humanos, físicos y financieros), planificación y programación con base en necesidades, seguimiento y evaluación de las actividades y de los resultados. Con el transcurso del tiempo la estrategia de implementación se fue desplegando a través de los siguientes elementos: modelo operativo general, cambios en la prestación de servicios, acción intersectorial por la salud, participación comunitaria y aspectos organizacionales.

Figura 1: Modelo Conceptual



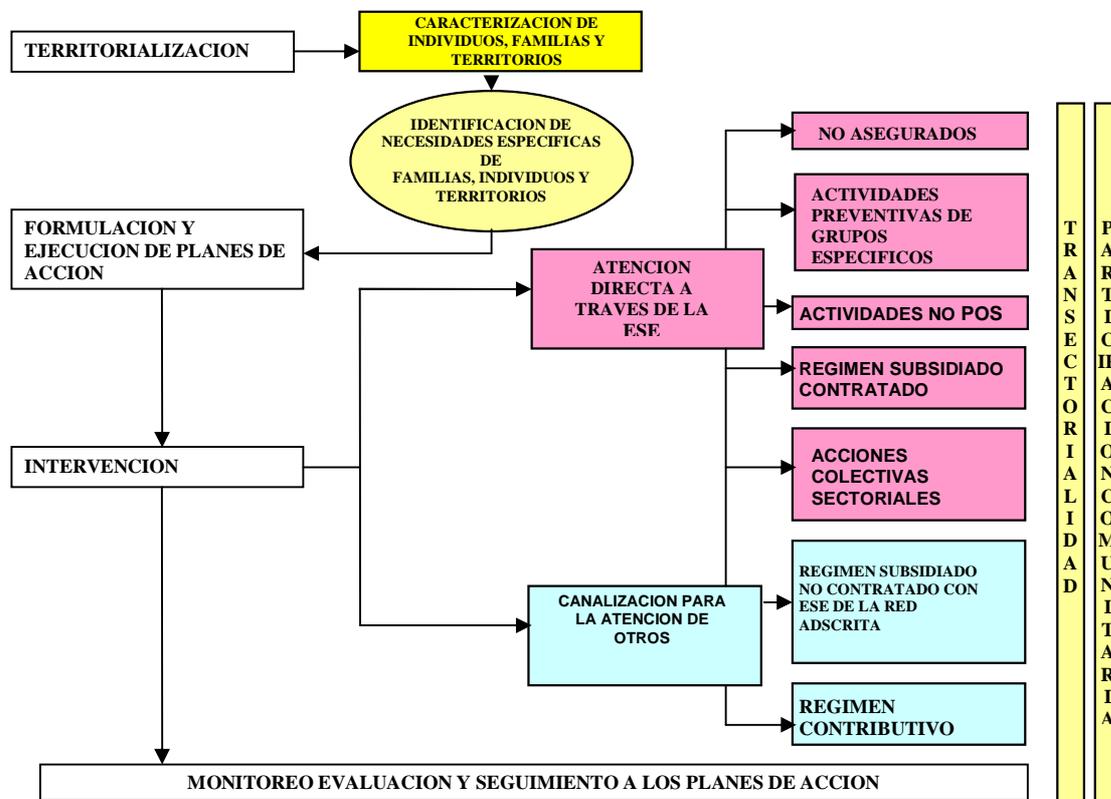
Modelo operativo

A partir de la aprobación del acuerdo No. 119 del Concejo de Bogotá (23), la SDS inició el programa “*Salud a su Hogar*” (*SASH*), que fue la primera iniciativa desarrollada en el marco de la APIS. La operación se inició siguiendo los siguientes pasos (Fig. 2):

1. Priorización de los territorios de intervención por condiciones de vida y salud
2. Movilización social y comunitaria.

3. Organización de equipos de atención en salud familiar y comunitaria.
4. Caracterización de la situación de salud de individuos, familias y entorno social.
5. Adscripción de las familias a los equipos de atención.
6. Definición, concertación y ejecución de planes integrales de acción.
7. Seguimiento y evaluación de los resultados de las intervenciones.

Figura 2: Organización para la implementación de la estrategia



Fuente: SDS Documento de trabajo grupo funcional APS

Punto de partida de este proceso fue la movilización y la concertación social para la identificación y selección de los territorios de operación de SASH. Este ejercicio se apoyó en los resultados de ‘diagnósticos locales de salud con participación social’ que dividieron a las localidades de la ciudad por ‘zonas de condiciones de vida y salud’ y permitieron priorizar microterritorios de intervención. Simultáneamente, se organizaron y capacitaron a los equipos de atención familiar y comunitaria que se integraron con mínimo un médico general, una enfermera, una auxiliar de enfermería, un técnico ambiental y tres promotores. Cada equipo tendría bajo su responsabilidad 800 familias, a las que además de atenderles sus necesidades de salud inmediatas se les aplicaría una encuesta para identificar y analizar su situación de salud, priorizar necesidades, definir y ejecutar planes sectoriales y transectoriales (24).

SASH articularía acciones extra e intramurales: las acciones extramurales se apoyarían en equipos interdisciplinarios del Plan de Atención Básica - PAB¹, brigadas de salud y vacunación, tecnólogos ambientales, promotores de salud y otro personal del eje social. Las acciones se desarrollarían en los microterritorios sin acceso a servicios de salud, generando un proceso de coordinación entre las actividades colectivas e individuales. Las acciones intramurales se desarrollarían con equipos SASH y personal de salud tradicional que se encargaría de las personas remitidas por los equipos extramurales que trabajaban en los microterritorios SASH y que incluyeron a médicos y enfermeras generales, apoyados por psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, gineco-obstetras, pediatras y otros profesionales, según el caso.

¹ Paquete de beneficios en el cual la Ley 100 de 1993 incluyó las acciones de salud colectiva.

Los equipos de atención en salud desarrollaron una serie de intervenciones sectoriales, de acuerdo con el ciclo vital de las personas y las familias, y se apoyaron en otros niveles de complejidad y sectores sociales para llevar a cabo su misión. Esta nueva organización del trabajo permitió mejorar el acceso a los servicios, hacer seguimiento, crear vínculo entre familias, comunidades y prestadores de servicios y actuar sobre otros determinantes de la salud.

La atención de SASH se realizó según la relación de afiliación de las personas con el SGSSS. SASH atiende directamente a las personas afiliadas al Régimen Subsidiado (RS) y a los pobres no asegurados, incluidos en contratos entre la aseguradora o el fondo distrital de salud y el hospital público (Empresa Social del Estado - ESE). Los afiliados a los regímenes Subsidiado o Contributivo sin contratos de atención con las ESE eran remitidos a la aseguradora correspondiente para que ésta le resolviera la necesidad de atención que presentaran. De esta manera, SASH ayudó también a identificar las necesidades de utilización de servicios de salud de la población en el territorio, a promover la demanda de estos servicios, a superar barreras de acceso y a hacer seguimiento del uso, independientemente del pagador y prestador de servicios al que se tiene derecho. El seguimiento se hacía a intervenciones que se derivaban de la encuesta de captación inicial de las personas y sus familias e incluía un proceso de visitas, canalización sectorial y a otras instituciones, acompañamiento individual y familiar, convocatoria familiar y comunitaria, control de adherencia a los programas de promoción y prevención, atención y educación integral, monitoreo de casos especiales y evolución del micro territorio.

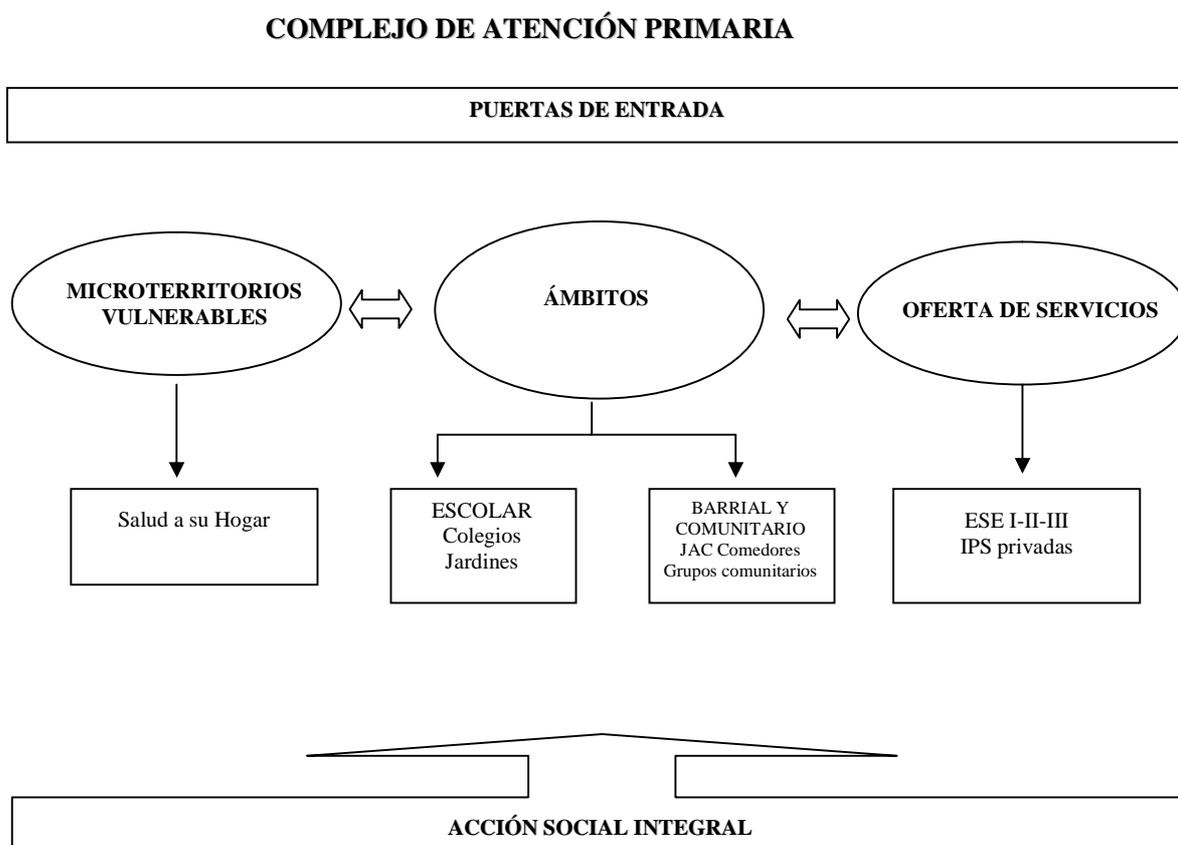
En mayo del 2006 se propuso la conformación de unidades nuevas llamadas **Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS)**. Estas unidades se ubicarían en las ESE de las zonas más necesitadas para proporcionar atención sanitaria básica al

grupo poblacional adscrito, especialmente a los pobres no afiliados al SGSSS (24). En algunas ESE se han creado dos modalidades de CAPS: unos institucionales, ubicados en las tradicionales Unidades Primarias de Atención, Unidades Básicas de Atención y Centros de Atención Médica Inmediata, y otros que por la inexistencia de infraestructura de servicios de salud fueron ubicados en salones comunales, previo acuerdo con las comunidades. Las acciones prioritarias realizadas desde éstos son:

- Promoción y prevención, detección temprana de enfermedades, discapacidad, control de crecimiento y desarrollo, control visual y auditivo, vacunación, citologías.
- Educación en salud sexual y reproductiva.
- Prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
- Controles de embarazo y valoración del riesgo.
- Sala ERA, para prevenir la hospitalización y brindar atención oportuna a niños con afecciones respiratorias.
- Sala de lactancia materna.
- Toma de muestras de laboratorio clínico
- Dispensa de medicamentos para programas de salud pública.

Los equipos básicos de atención de los territorios vulnerables, los de gestión en los ámbitos de salud pública y los CAP se han venido constituyendo en la base de los “Complejos de Atención Primaria de Salud” (Fig. 3). Tales complejos buscan articular funcionalmente un conjunto de instituciones, procesos y recursos, incluyendo el sector privado, para integrar las intervenciones que en el sector salud se desarrollan con los individuos y colectividades (31). Desde los distintos espacios, los equipos de atención en salud y los CAP actúan como primer contacto y puerta de entrada a los servicios de salud en sus distintos niveles y a otros servicios sociales.

Figura 3: Complejo de atención primaria de salud



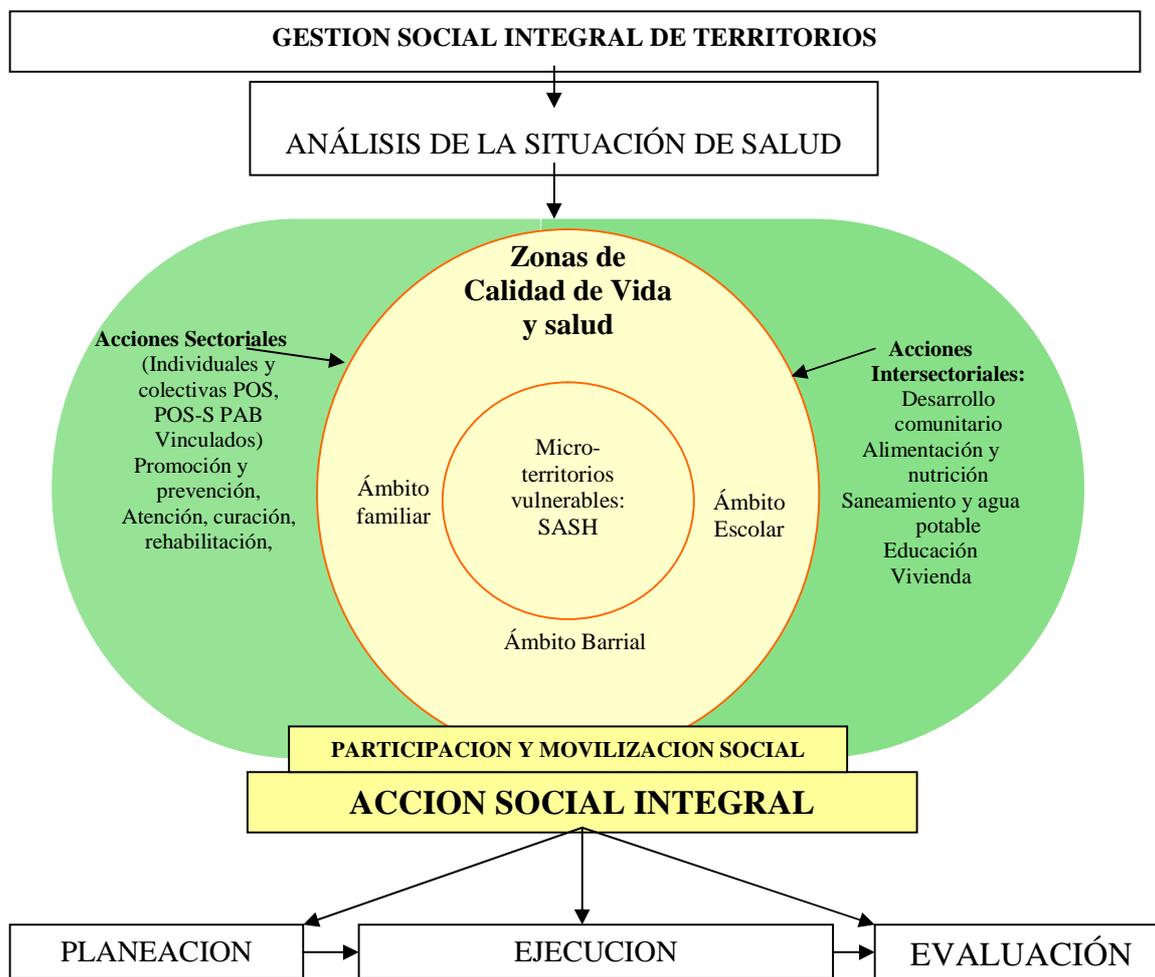
Fuente: SDS Documento de Operativización de la APS en Bogotá.

Los operadores de la estrategia en los territorios son principalmente las ESE adscritas a la SDS y se han establecido muy pocos convenios con las aseguradoras para programas específicos y con otras instituciones del eje social. La comunidad y los usuarios también juegan un papel mediante la participación en la identificación, resolución y seguimiento a necesidades colectivas.

Uno de los enfoques de gestión adoptado en la implementación de la estrategia es el denominado Gestión Social Integral del

Territorio, uno de cuyos elementos es la Acción Social Integral (Figura No. 4). Este enfoque busca articular las acciones clínicas y de salud pública con las acciones de otros sectores sociales y comunitarios, operando en dos niveles: uno macro, el distrital y local, y otro micro, el de los microterritorios. En estos niveles se integran las actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria, de abogacía ante otros sectores y de rectoría ante diferentes actores del SGSSS.

Figura 4: Enfoque de gestión



Se entiende por Acción Social Integral el conjunto de las actividades de coordinación y cooperación realizadas por las diversas instituciones, sectores y comunidades en un determinado territorio para satisfacer las necesidades de la población. El proceso incluye la caracterización realizada por los equipos SASH, el análisis situacional participativo de salud, la definición y concertación de planes integrales de acción, la ejecución, seguimiento y evaluación de los mismos. Para desarrollar estas actividades en algunas localidades se han venido desarrollando soportes transversales en participación social, sistemas de información integrados, capacitación del talento

humano, trabajo transectorial y comunicaciones (22).

Al tiempo que la APIS se ha articulado con algunos programas tradicionales de salud pública, también ha promovido la implementación de nuevos, entre los cuales destaca el de acciones sectoriales y transectoriales para controlar las enfermedades respiratorias Agudas (ERA), una de las principales causas de mortalidad infantil en la ciudad. A nivel sectorial se pusieron en práctica salas ERA en centros de atención primaria para desarrollar acciones integradas para su promoción, prevención, curación y rehabilitación temprana, reducir las barreras de acceso a la atención y

disminuir las hospitalizaciones y remisiones innecesarias. A nivel transectorial se han desarrollado actividades de investigación de vulnerabilidad y exposición a polución ambiental, se han elaborado agendas conjuntas para desarrollar intervenciones integrales, campañas de sensibilización colectiva, control social y “veeduría” ciudadana y promover la cooperación técnica nacional e internacional.

Cambios en la prestación de servicios

La política de prestación de servicios venía siendo implementada desde septiembre del año 2000 y su principal objetivo había sido fortalecer la organización administrativa y financiera de las ESE a través de la fusión de varias de ellas y de la creación de redes que debían ayudar a optimizar su eficiencia y rentabilidad (26). La introducción de la APIS exigía cambios no sólo en el enfoque de redes y en el desempeño de las ESE sino en el contenido de conjunto de la política de prestación de servicios.

Dado el marco restrictivo establecido por la Ley 100 de 1993, la prestación de los servicios de salud individual se continuaría realizando según la relación que las personas tuvieran con los aseguradores y prestadores del SGSSS, pero la APIS comenzó a cambiar la forma de prestar servicios a la población no asegurada y subsidiada, contratada por medio de las ESE a través de la identificación de necesidades, la adscripción por territorios de las familias a los equipos de salud, la atención directa y/o la remisión a otros prestadores. La introducción de la APIS permitió responder a las demandas de las comunidades marginadas de reapertura de puntos de atención que habían sido cerrados en el proceso de fusión de las ESE, de apertura de nuevos y de readecuación y transformación de la planta física de otros, de aumento del número de profesionales, técnicos, auxiliares y promotores de salud y de introducción del mecanismo de visitas domiciliarias. De otra parte, el fortalecimiento de la inducción de la demanda ha hecho que algunas ESE asignen citas desde los microterritorios en el momento del seguimiento de las familias, creen filas preferenciales y dispongan equipos de salud para atender dicha demanda. Muchos puntos de atención han extendido sus horarios de trabajo a

las noches y los fines de semana. Otros han puesto a disposición de la población unidades móviles para atender a la población de las zonas de difícil acceso geográfico y en la zona rural se puso en funcionamiento la Ruta de Salud Interveredal, conectada con servicios de telemedicina. De igual manera, la mayoría de las ESE ha dispuesto de una central de asignación de citas telefónicas. Con estas acciones la APIS ha logrado que los pobres mejoren el acceso y utilización de los servicios de salud.

A partir de la implementación de la estrategia se comenzó a introducir el concepto de APS-Redes, entendido como el mecanismo de articulación de los diferentes actores involucrados en la prestación de los servicios de salud individuales en los diferentes niveles de complejidad y de los sectores y actores que afectan los determinantes de la salud colectiva, para lograr soluciones integrales a las necesidades de salud de las personas y de la población, basados en relaciones de confianza, solidaridad, apoyo y cooperación. En aras de cumplir con la función integradora de los diferentes planes de beneficios para asegurar integralidad en las intervenciones, se decidió articular las acciones de salud pública con las de APS-Redes, promoviendo la participación y corresponsabilidad social, la exigencia del cumplimiento del derecho a la salud y la acción intersectorial en la construcción y ejecución de políticas públicas saludables.

Acción intersectorial y participación comunitaria

En el marco de la APIS y del modo promocional de la calidad de vida y la salud, se ha venido usando el concepto *transectorialidad*, el cual es definido como la articulación del trabajo entre diferentes dependencias e instituciones del área social alrededor de respuestas creativas a los retos generados por las necesidades sociales y de salud de la población (5), puede considerarse un caso especial de la acción intersectorial por la salud (27). A través de ella, la APIS ha pretendido, junto con el rediseño de la gestión en salud pública, impactar los determinantes sociales y ambientales de la salud, coordinando las acciones del sector salud con las de otros sectores y redes sociales y comunitarias. De este concepto han derivado políticas públicas y formas de intervención y

gestión que asumen un carácter integral, tales como la política de infancia y adolescencia (8), el programa Bogotá sin Hambre, la política ambiental y de vivienda social (7), la Acción Social Integral y los ámbitos de vida cotidiana.

La ‘Acción Social Integral’ se promueve mediante la definición de territorios prioritarios, según el grado de vulnerabilidad y exposición a factores deletéreos para la salud y la calidad de vida, a partir de los datos aportados por distintas instituciones del gobierno, lo cual ha permitido identificar al menos 35 zonas prioritarias de intervención. Esta forma de acción intersectorial articula distintos actores y procesos gubernamentales, del sector privado y de la sociedad civil, en distintos niveles de acción -el local, micro territorios, escuelas y hogares- alrededor de temáticas y problemáticas estrechamente relacionadas, tales como salud, alimentación, nutrición, educación, vivienda, medio ambiente, y empleando distintas modalidades de gestión sectorial e intersectorial.

En los ámbitos de vida cotidiana que articulan la APIS con salud pública, se realizan actividades integradas de promoción, prevención, curación y rehabilitación, gestión institucional e interinstitucional, y el posicionamiento político de grupos organizados de la comunidad. Los ámbitos en los que la APIS junto con salud pública articula con mayor fortaleza acciones intersectoriales son el familiar, el escolar y el comunitario. Por medio de éstos se han logrado fortalecer las redes materno-infantiles, de discapacidad, del buen trato, los comités de atención primaria ambiental y de desplazados, y los consejos locales de juventud.

Ámbito familiar

La APIS trabaja en este ámbito a través de SASH, que realiza la caracterización de las viviendas, familias e individuos, al igual que del entorno en los microterritorios. A partir del análisis de la situación de salud se realizan actividades de intervención y seguimiento en salud mental, gestantes, discapacidad, infancia, vivienda saludable y actividades de vigilancia en salud pública.

Durante el periodo 2004-2007, SASH se vinculó y trabajó de manera activa en programas en los que se articulan acciones entre el sector salud y los demás sectores del eje social. Un ejemplo claro de esto es el programa de Subsidios de Habitabilidad en el cual, mediante convenios, se vinculan diferentes instituciones para el “mejoramiento de las condiciones de vivienda y de habitabilidad” de las familias más vulnerables de Bogotá. Se ejecutan obras tendientes a mejorar las condiciones básicas de salud, interviniendo prioritariamente baños, cocinas y condiciones de saneamiento básico. Los potenciales beneficiarios son 80.000 familias caracterizadas a través de SASH, quienes cumplen requisitos para aplicar al subsidio. En el año 2006 fueron otorgados 466 subsidios a familias ubicadas en los 20 territorios de SASH, en la localidad de Bosa. En el año 2007 se proyectó beneficiar a 1.000 familias más, ubicadas en los 21 territorios de SASH de la localidad de Usme.

Como parte del convenio, se acordó que las diferentes instituciones realizaran un aporte que permitiera la concurrencia de esfuerzos y recursos (humanos y económicos) para el otorgamiento de dichos subsidios. Así, por ejemplo, la SDS aporta asistencia técnica en saneamiento básico ambiental; la Secretaría Distrital del Hábitat coordina y acompaña la definición de procedimientos para la asignación del subsidio; la Caja de Vivienda Popular brinda asistencia técnica en el mejoramiento requerido por unidad de vivienda; Metrovivienda aporta los recursos económicos para el subsidio y, finalmente, las Alcaldías locales aportan recursos económicos para la asistencia técnica-social y para la identificación y verificación de las condiciones de habitabilidad de las familias potencialmente beneficiarias. Con el subsidio de habitabilidad se logra intervenir en los territorios de SASH, uno de los determinantes sociales de la salud que tiene mayor importancia en problemas como la infección respiratoria aguda, la inseguridad nutricional y la diarrea, entre otros.

Otro de los proyectos en los cuales se ha vinculado SASH a través de sus equipos de atención es ‘OIR Ciudadanía’. Éste busca acercarse a los territorios con menor presencia institucional, brindando formación y asistencia

técnica a personas y familias en situación de mayor pobreza y vulnerabilidad que requieran de información y referenciación, aportando a su integración en la red de servicios sociales. Por medio de los equipos de SASH también se contribuye al mejoramiento de la calidad de vida y salud de las poblaciones que habitan los microterritorios a través del empoderamiento de la comunidad.

Ámbito escolar

En este ámbito la APIS trabaja a través del programa ‘Salud al Colegio’ (29). Por medio de este programa se realiza identificación de necesidades y verificación de afiliación al SGSSS de los alumnos, encuentro de saberes, acompañamiento y planeación de sesiones educativas con docentes, sesiones informativas con padres de familia, detección de discapacidad cognitiva, remisión a servicios de salud y de otras instituciones del eje social, vigilancia nutricional y suministro de micro nutrientes, en abuso sexual y violencia intrafamiliar y prevención de la explotación infantil. La experiencia vincula maestros, padres de familia, alumnos y otros sectores sociales. Surge a partir de un acuerdo entre las secretarías de salud y educación para comprometer a los colegios como instituciones promotoras de Calidad de Vida.

Con “Salud al Colegio” se busca mejorar las condiciones para la permanencia, aprendizaje y aprovechamiento del acceso a la escuela, además de promover, desde una lógica de derechos, la participación de las comunidades educativas en procesos de desarrollo individual y colectivo. En desarrollo de su trabajo intersectorial Salud al Colegio implementa la construcción de rutas de acción para los siguientes problemas: gestación en la adolescencia, violencia y abuso sexual, atención integral de población con necesidades educativas especiales/discapacidad, identificación y seguimiento a escolares con déficit de peso, talla y otros estados de malnutrición, accidentalidad escolar, salud ocupacional de personal docente y administrativo de las instituciones educativas e institucionalización de centros de atención primaria dentro del ámbito escolar. Las rutas constituyen una herramienta para fortalecer la capacidad de respuesta de las comunidades

educativas a las necesidades sociales que marcan su cotidianidad. A través de ellas se busca fortalecer la capacidad de los actores sociales de las comunidades educativas en la identificación, canalización y seguimiento de situaciones cotidianas que limitan las posibilidades de aprendizaje y desarrollo de la población infantil y juvenil.

Ámbito comunitario

En este ámbito la APIS trabaja con SASH, la oficina de atención al usuario de las ESE, los equipos de salud pública y las organizaciones comunitarias, realizando identificación de necesidades, promoviendo la organización, movilización y gestión social alrededor de la vigilancia epidemiológica comunitaria, jornadas de vacunación, celebración del día del niño y día del VIH/SIDA, capacitación comunitaria, acceso a comedores comunitarios, lactancia materna, vigilancia nutricional y salud oral.

Entre las iniciativas novedosas de trabajo intersectorial promovidas se destacan los encuentros de calidad de vida y salud de niños y niñas, jóvenes, adultos y personas mayores, con los cuales se busca fortalecer el tejido social de los grupos y organizaciones comunitarias. Estos encuentros permiten crear escenarios que dan a los miembros de la comunidad la oportunidad de reconocerse como sujetos en la interacción con otros con quienes se convive cotidianamente o se comparte una identidad de la etapa del ciclo vital o una condición o interés común. Pretenden visualizar las diferentes iniciativas de construcción colectiva o comunitaria que se desarrollan en los territorios para responder a las necesidades y determinantes sociales que de una u otra manera afecta la salud y calidad de vida de la población.

Con el fin de promover la participación comunitaria, mejorar la representatividad y gestión comunitaria ante los procesos de planeación y toma de decisiones, la APIS ha impulsado nuevas formas organizacionales, como los Núcleos de Gestión. Están conformados por población que habita en los microterritorios y sirven como espacios de encuentro entre el equipo de salud familiar y comunitaria y los ciudadanos para la construcción de alternativas de desarrollo

de los microterritorios, a partir de la concertación y planeación de acciones, así como para el seguimiento y retroalimentación de los planes tanto familiares como del territorio.

De igual manera, para promover la incidencia de las comunidades en las decisiones y la gestión de los gobiernos locales, la APIS ha ayudado a mejorar los canales de información entre la comunidad y los tomadores de decisiones de este nivel, apoyándose en la gestión local del PAB. A través de ésta se transmite a los gobiernos las necesidades identificadas en los núcleos de gestión y se hacen propuestas que permiten articular acciones intersectoriales a escala local. Otro de los canales usados para posicionar las necesidades de la comunidad en el nivel gubernamental es la participación de los referentes de los hospitales en los Consejos de Gobierno local y en los Consejos Locales de Política Social (CLOPS). Dicha labor ha permitido posicionar políticamente los problemas identificados en zonas específicas y promover acciones conjuntas para resolverlos.

Aspectos organizacionales y de rectoría

Se creó un sistema de información constituido por una encuesta de hogares, un instrumento de caracterización del entorno barrial, un software para el procesamiento y sistematización de la información y un dispositivo llamado 'APS en Línea', que pretende integrar el trabajo de campo de las diferentes instituciones y actores sectoriales e intersectoriales que participan en el desarrollo de la estrategia y ayudan a mejorar la participación y el control social. La encuesta y el instrumento de caracterización del entorno son aplicados por promotores de salud y técnicos sanitarios respectivamente. El sistema apoya el análisis situacional de salud, la definición y ejecución de los planes de trabajo, su seguimiento y evaluación, así como la rectoría que ejerce la SDS. El sistema finalizó su etapa de instalación en la red local de hospitales en junio de 2007 y en la actualidad se encuentra operando en las localidades con un total de 64 equipos y 101 usuarios activos.

Se han definido lineamientos organizacionales para orientar el proceso de contratación entre pagadores y prestadores de servicios de salud y la

respectiva auditoría a la ejecución de los mismos, de acuerdo con los principios y atributos de la APIS. Sin embargo, no se ha logrado incluir incentivos apropiados en las formas de pago que utilizan el Fondo Financiero Distrital y las aseguradoras.

La autonomía administrativa, técnica y financiera de las ESE y la política laboral neoliberal han hecho que la política de recurso humano sea generalmente contradictoria con el espíritu de la APIS por la alta rotación generada por las formas temporales de contratación, la ausencia de incentivos apropiados y los salarios precarios. Aunque se han desarrollado actividades de desarrollo de capacidades del recurso humano, se carece de una política educativa coherente con el espíritu de la APIS puesto que los programas de formación de pregrado y posgrado del personal de salud del país se han elaborado en consonancia con el enfoque biomédico y asistencial de la Ley 100 de 1993.

La rectoría ejercida por la Secretaría Distrital de Salud ha ocupado un lugar destacado en el proceso de formulación, implementación y seguimiento de la APIS y en menor grado, en la vigilancia y control de las funciones y actividades de los proveedores y aseguradores. La rectoría también ha sido significativa para garantizar las fuentes de financiamiento del gasto, asignarlo sin duplicidades y vigilar el equilibrio financiero, pero ha tenido limitaciones en materia de definición de criterios de asignación equitativa, según necesidades en salud y frente a la extensión de la estrategia entre los aseguradores y la red privada de prestación de servicios.

Actividades y Resultados

Actividades

Entre septiembre del 2004 y diciembre del 2006 (34) se conformaron 280 territorios por los equipos de Salud a su Hogar en las zonas más pobres y vulnerables y se caracterizaron y adscribieron a éstos equipos un total de 260.077 familias (850.953 individuos) a septiembre de 2007 esta cantidad asciende a 1.163.307 individuos, para una cobertura del 36.84% de la población de los estratos 1 y 2 (Tabla 1) ²

²Fichas digitadas en BD a enero - septiembre de 2007

TABLA 1 CARACTERIZACION Y COBERTURAS	
Total Individuos de estrato 1 y 2 Bogota 2007	3.156.387
Total Individuos caracterizados Sep 2007	1.163.307
Porcentaje de cobertura estratos 1 y 2	36,84%
No gestantes caracterizadas a Diciembre de 2006	9.573
Cobertura de asistencia CPN gestante caracterizadas	71,67%
No mujeres caracterizadas en edad fértil a Diciembre de 2006	340.547
Cobertura de practica de citología	34,69%
Menores de un año caracterizados a Diciembre de 2006	18.899
Cobertura de vacunación menores de un año	76,71%
Niños de uno a cuatro año caracterizados a Diciembre de 2006	70.673
Cobertura de vacunación de niños de 1 a 4 años	76,66%
Coberturas de asistencia al programa de C y D niños de 1 a 4 años	52,35%
Coberturas de asistencia al programa de C y D menores de un año	49,67%

TABLA 2 ACTIVIDADES A DICIEMBRE DE 2006	
Visitas de seguimiento a familias de Gestantes	15.803
Porcentaje del total de mujeres gestantes caracterizadas	100%
Visitas de seguimiento a mujeres en edad fértil	82.377
Porcentaje del total de mujeres en edad fértil caracterizadas	24%
Visitas de seguimiento a menores de 1 año	18.624
Porcentaje del total de menores de 1 año caracterizados	99%
Visitas de seguimiento a niños de 1 a 4 años	41.679
Porcentaje del total de niños de 1 a 4 años caracterizados	59%
Niños atendidos en Salas ERA	855
Porcentaje del total de niños caracterizados hospitalizados por ERA	22%
Visitas de seguimiento a hipertensos	21.144
Porcentaje del total de individuos hipertensos caracterizados	50%
Visitas de seguimiento a diabéticos	5.606
Porcentaje del total de individuos diabéticos caracterizados	46%
Visitas de seguimiento a personas con TBC o Lepra	178
Porcentaje del total de individuos con TBC o Lepra caracterizados	100%
Visitas de seguimiento a problemas de Nutrición	3.401
Porcentaje del total de niños caracterizados con problemas de nutrición	58%
Visitas de seguimiento a adultos mayores de 75 años	8.594
Visitas de seguimiento a personas con discapacidad	4.326
porcentaje del total de individuos caracterizados con discapacidad	36%
Visitas de seguimiento a los Intentos de suicidio	145
porcentaje del total de individuos caracterizados que reportaron intento de suicidio	69%
Visitas de seguimiento por riesgo psicosocial	2.073
Visitas de seguimiento por problemas de vivienda vinculados a vivienda saludable	39.635

Para diciembre de 2006 las coberturas de control prenatal para el total de gestantes caracterizadas eran de 71.67%, las de citología del 34.69%, y las de crecimiento y desarrollo de 52.35% y 49.67% en niños menores de 1 año y de 1 a 4 años, respectivamente, con mejoras sustanciales en la utilización y adherencia a estos programas. Se realizaron un total de 89.562 actividades educativas a familias con menores de 5 años para la prevención, detección precoz, manejo y control de las enfermedades respiratorias y diarreicas agudas. A 855 niños atendidos en salas ERA se les realizó seguimiento por parte de los equipos de SASH para evitar complicaciones y reingresos. También se capacitaron cerca de 300 líderes comunitarios en prevención de enfermedades prevalentes de la infancia. Se identificaron 42.117

personas hipertensas y 12.267 diabéticas a quienes les ha informado y educado para la promoción de patrones de consumo sano y han sido remitidas a programas de prevención y control. Fueron identificadas 12.138 personas con algún tipo de limitación o discapacidad y 5.900 con problemas de nutrición, quienes han sido remitidas a sitios de rehabilitación y a los comedores comunitarios del programa Bogotá Sin Hambre y se les ha hecho seguimiento y educación (Ver tabla No. 2

Durante este periodo (2004-2006) se ha mejorado la habitabilidad de la vivienda a 8573 familias y se han realizado acciones de información y educación a 9.752 familias para el mejoramiento de sus viviendas en aspectos de saneamiento básico y prevención de riesgos en el hogar.

RECUADRO 1: ESTUDIO DE CASO EN LA LOCALIDAD DE SUBA

Suba es una de las localidades pioneras en la implementación de la estrategia APIS en Bogotá, situación que se presenta tanto por la voluntad política y el apoyo económico del gobierno local, como por el decidido apoyo de la comunidad, propiciado por el liderazgo del sector salud representado por el Hospital de Suba. La localidad es una de las más grandes del distrito, tanto en extensión como en tamaño poblacional, contando con 911.925 habitantes, de los cuales el 34,1% se encontraba en hogares con ingresos por debajo de la línea de pobreza. En las últimas décadas, la localidad presenta un acelerado crecimiento demográfico y una rápida expansión urbana, pasando de suelos de uso predominantemente agrícola a uso residencial y comercial. Este crecimiento poblacional también se debe al desplazamiento forzado por los conflictos internos del país.

En Suba la implementación de APIS ha logrado una cobertura de 70 microterritorios, 84,270 familias y 242.646 individuos en corto tiempo, lo que corresponde al 100% de las zonas más pobres y vulnerables. Además, ha pasado de sólo cinco centros de atención ambulatoria en el 2004 a 13 en el 2007, los cuales han conformado un complejo de atención primaria con siete nuevos Centros de Atención Primaria (CAP) y una unidad móvil. En la ampliación de esta infraestructura ha participado la comunidad, la cual ha cedido 3 salones comunales para su adecuación como CAP. Otra peculiaridad del modelo es la diversidad y número considerable de recursos humanos (un total de 331 personas) involucradas en la estrategia de APIS, y si bien es preponderante la participación del personal de salud tradicional en los equipos de atención, también se integra a otros profesionales de las ciencias sociales y de la salud: trabajadoras sociales, técnicos de ambiente, psicólogos, antropólogo, entre otros, reafirmando el énfasis del modelo en los elementos sociales y comunitarios en las problemáticas prioritarias y en la diversidad y vulnerabilidad de la población.

No obstante los avances, tres estudios recientes en el marco de esta investigación sobre el desempeño de la estrategia han mostrado desafíos importantes en su implementación. El estudio cuantitativo comparativo entre instituciones públicas a cargo de la estrategia e instituciones privadas que no la desarrollan, realizado mediante encuesta a usuarios, profesionales y gestores de la estrategia, ha revelado que hay logro estadísticamente significativo en integralidad, con muy baja o regular calificación en enfoque familiar y comunitario, coordinación y acceso para ambos tipos de instituciones (35). El estudio cualitativo muestra que la participación comunitaria aún es instrumental e inducida hacia canalizar recursos y legitimar discursos, programas, planes y prácticas institucionales, sin lograr un adecuado empoderamiento y movilización comunitaria (36)

Por otra parte, la evaluación económica mostró que si bien la estrategia es costo efectiva, no hay condiciones de sostenibilidad en el largo plazo para las instituciones de segundo nivel de complejidad fusionadas, ya que los mecanismos de contratación y pago del SGSSS privilegian ingresos financieros por acciones curativas que disminuyen con las acciones de prevención de la estrategia (37).

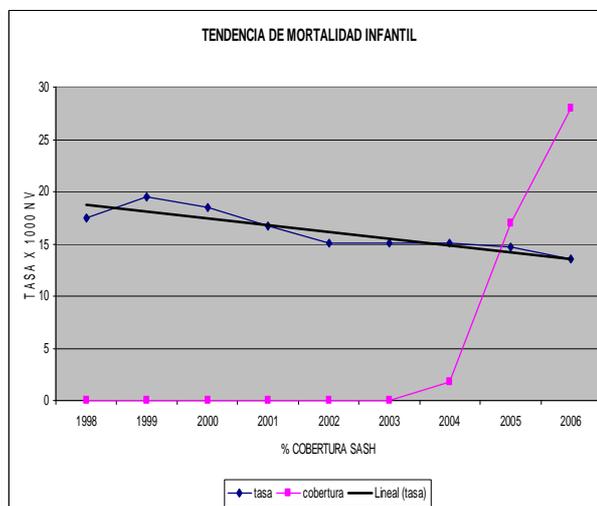
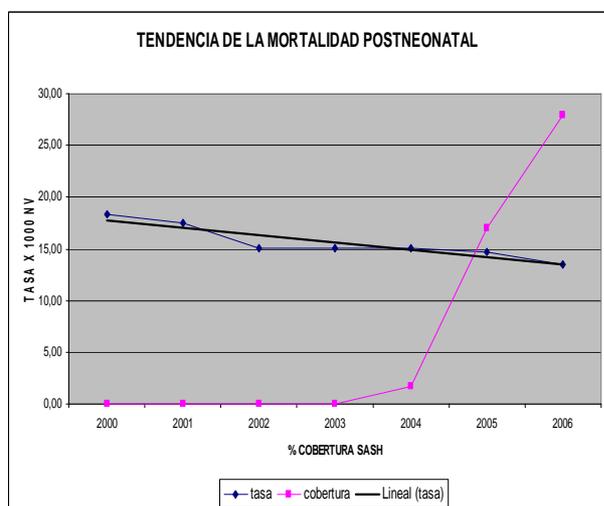
Además, a diciembre de 2006 se realizaron 67 asambleas comunitarias en distintos territorios de SASH, se construyeron 50 planes de acción social territorial y se conformaron distintas organizaciones comunitarias en diferentes localidades de la ciudad.

Resultados en el estado de salud

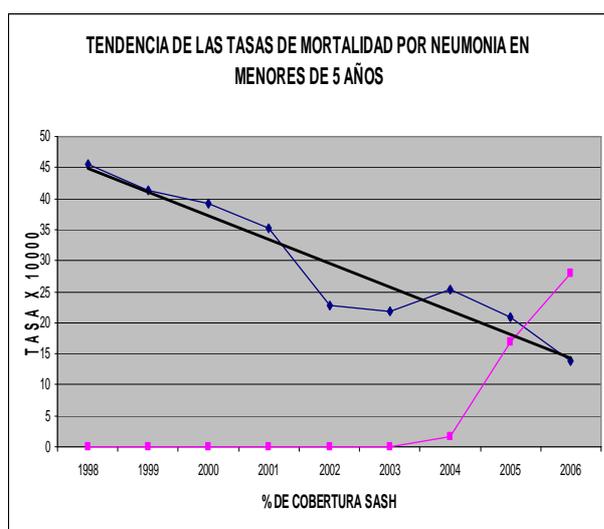
Aunque es poco el tiempo transcurrido para medir el impacto en resultados en salud de la política de salud y de la APIS, y a pesar de las dificultades

para analizar la información a nivel de los territorios de intervención, hay algunos logros inmediatos coherentes con las expectativas sobre la política social de Bogotá. Las tasas de mortalidad infantil, postneonatal, por neumonía y EDA en menores de 5 años de Bogotá continúan con una tendencia decreciente a partir de la implementación de la estrategia; entre los años 2004 y 2006 estas tasas cayeron en 12.61%, 12.93%, 45.20% y 67.10% respectivamente como se observa en las siguientes gráficas:

Gráficas 1 y 2: Tendencia mortalidad postneonatal e infantil



Gráficas 3 y 4: tendencia mortalidad por neumonía y EDAs en menores de 5 años



Un estudio en desarrollo (33) en el marco de la presente investigación comparó el comportamiento de las tasas estandarizadas de mortalidad para los indicadores mencionados agrupando las localidades de acuerdo al grado de cobertura de la estrategia medido por cantidad de individuos caracterizados (baja, mediana y alta

cobertura). Los hallazgos preliminares indican que las localidades con más altas coberturas presentan menores tasas de mortalidad para la mayoría de los indicadores (mortalidad infantil, postneonatal y por neumonía en < de 5 años) con excepción de mortalidad por EDA en menores de 5 años (Tabla 3).

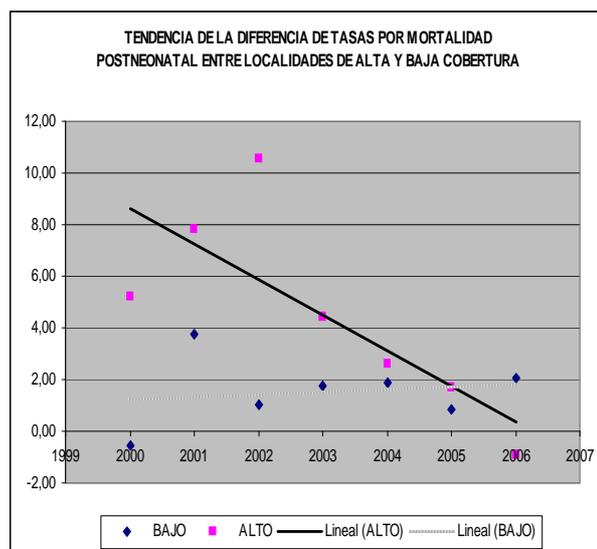
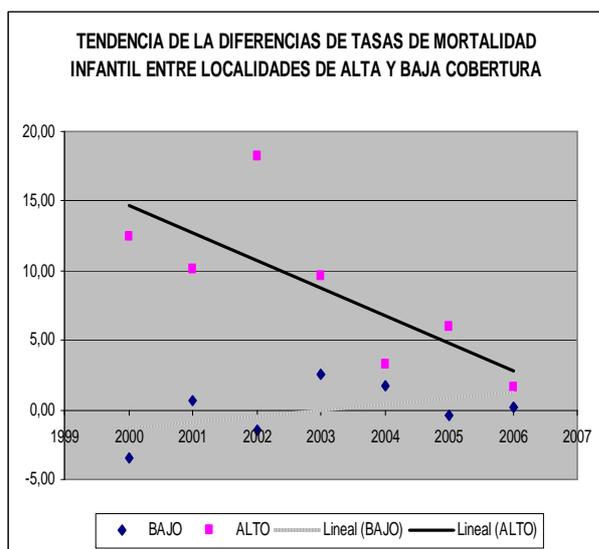
Tabla 3: Tasas de mortalidad por cobertura de la estrategia

Mortalidad Infantil	Tasa X 1000 NV 2000	Tasa X 1000 NV 2001	Tasa X 1000 NV 2002	Tasa X 1000 NV 2003	Tasa X 1000 NV 2004	Tasa X 1000 NV 2005	Tasa X 1000 NV 2006
BAJA COBERTURA	18,69	17,82	16,10	16,34	16,49	16,23	13,55
MEDIA COBERTURA	20,78	18,03	14,32	14,98	15,78	15,45	13,91
ALTA COBERTURA	15,95	14,37	13,63	12,63	13,67	12,60	12,50
DT	2,74	3,45	2,46	3,71	2,83	3,63	1,05
RT	1,17	1,24	1,18	1,29	1,21	1,29	1,08
Mortalidad Postneonatal	Tasa X 1000 NV 2000	Tasa X 1000 NV 2001	Tasa X 1000 NV 2002	Tasa X 1000 NV 2003	Tasa X 1000 NV 2004	Tasa X 1000 NV 2005	Tasa X 1000 NV 2006
BAJA COBERTURA	6,86	6,54	5,74	6,05	6,40	5,66	4,98
MEDIA COBERTURA	7,05	7,38	5,47	6,48	6,41	6,66	5,54
ALTA COBERTURA	5,80	5,10	5,33	4,27	4,47	4,21	4,43
DT	1,06	1,44	0,41	1,78	1,93	1,45	0,55
RT	1,18	1,28	1,08	1,42	1,43	1,35	1,12
Mortalidad por Neumonía < 5 años	Tasa X 10000 < 5 años 2000	Tasa X 10000 < 5 años 2001	Tasa X 10000 < 5 años 2002	Tasa X 10000 < 5 años 2003	Tasa X 10000 < 5 años 2004	Tasa X 10000 < 5 años 2005	Tasa X 10000 < 5 años 2006
BAJA COBERTURA	4,18	3,30	2,11	2,01	2,73	1,91	1,55
MEDIA COBERTURA	3,84	3,53	2,32	2,44	2,70	2,32	1,78
ALTA COBERTURA	2,71	2,83	1,87	1,78	1,63	1,83	0,84
DT	1,47	0,47	0,24	0,24	1,10	0,08	0,71
RT	1,54	1,16	1,13	1,13	1,67	1,04	1,85
Mortalidad por EDA < 5 años	Tasa X 10000 < 5 años 2000	Tasa X 10000 < 5 años 2001	Tasa X 10000 < 5 años 2002	Tasa X 10000 < 5 años 2003	Tasa X 10000 < 5 años 2004	Tasa X 10000 < 5 años 2005	Tasa X 10000 < 5 años 2006
BAJA COBERTURA	1,03	0,79	0,54	0,48	0,54	0,27	0,15
MEDIA COBERTURA	0,87	0,52	1,08	0,57	0,71	0,31	0,23
ALTA COBERTURA	0,77	0,74	0,37	0,55	0,34	0,09	0,18
DT	0,26	0,05	0,17	-0,07	0,20	0,18	-0,03
RT	1,34	1,07	1,45	0,88	1,57	3,08	0,84

Dentro de los avances de este mismo estudio (33) se encuentra el análisis de equidad realizado entre los grupos anteriormente establecidos, el cual indica que las disparidades por mortalidad infantil y postneonatal asociadas al nivel socioeconómico

tienden a disminuir en las localidades de alta cobertura de la estrategia, en comparación con las de baja cobertura donde las disparidades tienden a aumentar (Gráficas 5 y 6).

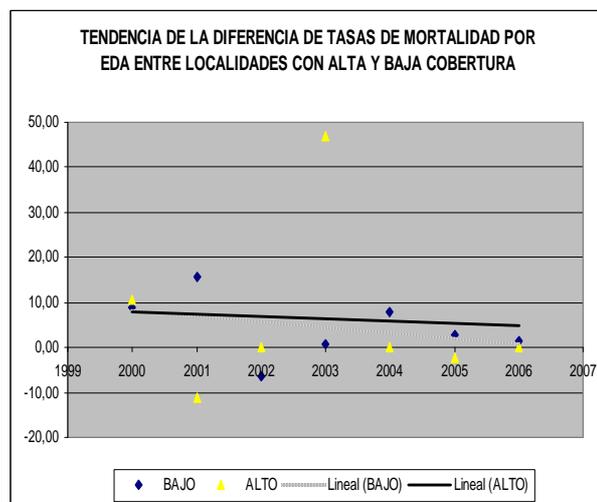
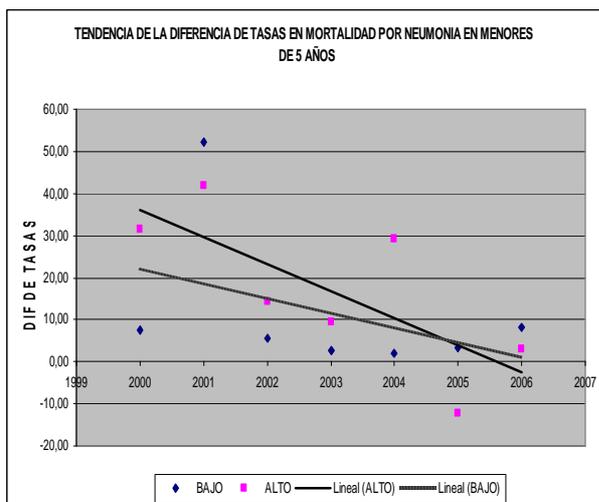
Gráficas 5 y 6: Tendencia de las diferencias y razones de tasa, mortalidad infantil y postneonatal



Esa tendencia es la misma para la mortalidad por neumonía en menores de 5 años, donde también se observa que las disparidades disminuyen con una mayor declinación en las localidades de alta cobertura. Caso contrario al de la mortalidad por

EDA, donde la proporción de disminución es mayor en las localidades de bajo desarrollo de la estrategia (Ver Gráficas 7 y 8)

Gráficas 7 y 8: Tendencia de las diferencias y razones de tasa, mortalidad por eda y neumonia en < 5 años



Sin embargo, como lo muestra el estudio de caso realizado (Recuadro 1), varios desafíos de la APIS en mejoramiento de calidad del desempeño, sostenibilidad financiera, participación comunitaria y acción intersectorial, entre otros, no han podido ser resueltos.

Conclusiones

Esta experiencia demuestra que aún en contextos adversos, como el de Colombia, es posible que gobiernos comprometidos con el derecho y la equidad en salud puedan dar pasos en la dirección de instrumentar políticas que ayuden a mejorar la respuesta a las necesidades de la población y, en particular, de aquella en peores condiciones socioeconómicas. La política de salud y la estrategia de APIS desarrolladas en Bogotá parecen haber contribuido a mejorar la integralidad y la coordinación de las acciones individuales y colectivas en el sector público, a hacer un mejor uso de los recursos y a mejorar los resultados de salud y de equidad en salud, aunque no en todo el sistema de salud, ni en gran parte de las localidades de la ciudad, ni en las dimensiones requeridas.

El hecho de que no se haya logrado influenciar a los aseguradores y a un número substancial de prestadores; que la coordinación con éstos sea casi inexistente; que haya manifiesta debilidad de la orientación familiar y comunitaria; que esa debilidad parezca estar asociada al contenido adverso de las políticas laborales y de formación del recurso humano; que la participación comunitaria sea aún moldeada en función de las reglas de juego de las instituciones y de la racionalidad del mercado de la salud; y que la acción intersectorial no haya podido extenderse y profundizarse como sería deseable, entre otros aspectos, indica que factores del contexto político nacional han impedido un desarrollo robusto y sostenible de la política de salud local y del enfoque de APS asumido.

Los resultados de esta experiencia sugieren también que si se quiere ser consecuentes con el objetivo de garantizar el derecho y la equidad en salud, no es posible acomodarse a la lógica actual del SGSSS ni renunciar al objetivo estratégico de su cambio profundo. Bajo esos supuestos, la

combinación de la acción desde dentro y desde fuera del sistema, debe permitir acumular las fuerzas necesarias para propiciar tal cambio. El peligro para los gobiernos alternativos de Colombia es convertirse en funcionales del SGSSS y concentrar los esfuerzos en propiciar los resultados que éste y quienes los sustentan exigen.

Agradecimientos:

Agradecemos al equipo de trabajo de la Secretaría de Salud Distrital constituido por Jorge Bernal Conde, Libia Forero García, Sulma Barrera, Luz Ángela Artunduaga, Ana Cristina Obando, Yolanda Sepúlveda, María Claudia Franco, Alida Saavedra, Luís Jorge Hernández, Martha Lucía Mora, Beatriz Guerrero, Gabriel Lozano, Cesar Cortes, Luz Adriana Zuluaga, María de Jesús Olivo Díaz y Zulema Jiménez, así como al equipo de trabajo del Hospital de SUBA constituido por Sandra Lozano, Olga Lucía Velásquez, Carolina Zárate, Fernando Mendigaña, Miguel Romero, Iván Alvarado, Jackelin Sandoval, Diana Jiménez, Julia Cabarcas, Cesar Monsalve, Dora Duarte, Martha Aponte, Soraya Murcia, Susana Naranjo y Camilo Jiménez. Su valiosa colaboración hizo posible este trabajo, pero asumimos la responsabilidad completa por el contenido de este artículo.

Este trabajo fue realizado en el marco del Convenio de Cooperación Técnica No. 650 entre la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, el Hospital de Suba II Nivel ESE y la Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.

Conflicto de intereses: Román Vega Romero fue Secretario Distrital de Salud en el período enero 2004 - junio 2005.

Referencias

1. WHO Commission on the Social Determinants of Health, June 2007. KNHS - Knowledge Network on Health Systems, 2007. The final report of the Health Systems Knowledge Network.
2. OPS/OMS, 2003. A 25 años de la Conferencia de Alma-Ata: ¿Qué fue del lema salud para todos? Comunicado de prensa, Washington DC, 28 de agosto de 2003, www.paho.org/spanish/DD/PIN/ps030828.htm.
3. DANE-DAPD, Encuesta de Calidad de Vida 2003.

Bogotá y localidades

4. E. Osorio, 2004. El análisis factorial y un intento para la construcción de un índice de vulnerabilidad en salud en Bogotá.
5. Secretaría Distrital de Salud. "La Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá" (Versión publicada, 10-06-04) 2004.
6. L. A. Rodríguez, 2004. Salud a su Hogar. Un modelo de atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Dirección de Estudios Económicos, Secretaría de Hacienda del Distrito.
7. ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ - DAPD, 2004. Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas Bogotá, 2004-2008 - *Bogotá Sin Indiferencia*. Un Compromiso Social contra la Pobreza y la Exclusión. Acuerdo 119 del 3 de junio de 2004|
8. ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ/Secretaría Distrital de Salud, 2004. Salud a su Hogar. Un modelo de Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud.
9. FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ/Centro de Estudios e Investigación en Salud - Universidad de la Sabana, 2007. Documento de análisis, de evaluación y de recomendaciones de la estrategia de Atención Primaria en Salud-APS. Producto No. 1, Diciembre 20 de 2007
10. Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, 2001. Primer Congreso Nacional por la Salud. Conclusiones generales. Bogotá, octubre 3-6 de 2001
11. R. Vega, J. Carrillo. 2006. APS y acceso a universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. "El caso de Salud a su Hogar" en Bogota. Revista Gerencia y Políticas de salud 2006; 11:38 -52.
12. OMS-UNICEF 1978 "Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud". En: Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Series, No. 1, WHO, Geneva, 1978
13. CDESC - Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: Observación General No. 14. 22º período de sesiones. Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000 Tema 3 del programa.
14. B. Starfield. 1992. Primary Care. Concept, evaluation, and Policy. New York: Oxford University Press
15. B. Starfield. 2001. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. 1ª edición, Masson, Barcelona.
16. B. Starfield, L. Shi y J. Macinko, 2005. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly, Vol. 83, 2005, 3: 457-502.
17. Y. D' Elia, A. De Negri, M. Huggins, R. Vega y M. Bazó, 2002. Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida. La construcción de políticas públicas por la calidad de vida desde una perspectiva de derecho y equidad. Documento de Trabajo, Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Agencia de Cooperación Alemana GTZ, Agosto de 2002.
18. A. Infante, 2007. The Post-military Government Reforms to the Chilean Health System. A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network
http://www.who.int/social_determinants/map/en
19. PAHO/WHO, 2007. Renewing Primary Health Care in the Americas. A Position Paper of the Pan American Health Organization/WHO. A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO)
20. PAHO/WHO, 2007. March 2007. www.paho.org
21. R. Vega, 2005. El Encuentro Nacional de APS traza caminos de cambio. Borrador, Bogotá
22. Secretaria Distrital de Salud, grupo operativo de atención primaria en salud (APS), Atención Primaria en Salud para Bogota, Para garantizar el derecho a la salud, Bogotá, D.C. Junio de 2006.
23. CONSEJO DISTRITAL, 2004. Acuerdo Número 119 de 2004 "Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2004-2008, "Bogotá sin indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión". Alcaldía Mayor. Bogotá.
24. Secretaria Distrital de Salud, documentos de trabajo, Grupo operativo de APS: Propuestas para el montaje y funcionamiento de los complejos de Atención Primaria en Salud en Bogotá, D.C. 2006.
25. Secretaría Distrital de Salud. 2005. Balance de Salud a su Hogar (presentación). Mesa de trabajo Bogotá Cómo Vamos y Así Vamos en Salud. Bogotá. Noviembre 15 de 2005.
26. Secretaria Distrital de Salud, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Área de Análisis y Políticas de la Oferta, Política Pública Distrital para la Oferta de Servicios de Salud. 2000
27. Public Health Agency of Canada. 2007. Experiences in intersectoral action, public policy and health. Prepared by the Public Health Agency of Canada in collaboration with the Health Systems Knowledge Network of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health and the Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa (EQUINET). Cat. No HP5-45/2007E-PDF. ISBN 978-0-662-46187-6
28. ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ/Secretaría Distrital de Salud, 2004. Salud a su Hogar. Un modelo de Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud.

29. Secretaria Distrital de salud, Dirección de salud Pública. Área de análisis y desarrollo de políticas. "Salud al colegio, me siento bien aprendo bien" 2005.
30. OPS/OMS. 2005. Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas. Un Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud / OMS. Borrador para discusión, versión en español 5 de mayo de 2005 (Original en Inglés 31 de marzo 2005), Washington D. C.
31. Secretaria Distrital de salud. Revista Salud a su Hogar en cifras y en hechos, Salud a su hogar, un año después. 2005
32. Gobierno de Chile/Ministerio de Salud, 2004. Salud Familiar. Presentación del Ministerio de Salud, Santiago de Chile, julio de 2004
33. P. Mosquera, G. Granados. 2008. La estrategia de APS para Bogotá y su relación con la disminución de las inequidades en los resultados en salud. Proyecto de Grado Maestría en Política Social, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Políticas.
- Resultados preliminares (sin publicar)
34. Secretaria Distrital de salud, Boletín de estadísticas No 6 Enero-Diciembre 2006. ISSN 1794-1873. Información consolidada de cierre de la gestión en territorios donde opera SASH con corte a Dic. 31/06
35. J. Martínez, R. Gómez. Evaluación rápida del desempeño de los atributos de APS en Suba. Informe final. Suba, 2008.
36. O. Restrepo. Análisis y síntesis de evidencias disponibles sobre la experiencia de Participación y Empoderamiento Comunitario (P.E.C.), propiciado por la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Resultados preliminares, presentación del 20 de febrero del 2008.
37. L. Chicaiza, M. García. Evaluación económica de la estrategia de APIS en Suba. Resultados preliminares, presentación del 20 de febrero del 2008.



Medicina Social
Salud Para Todos