

# Desafíos de la APS para el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en Colombia



Fortaleciendo vínculos entre la academia y los gobiernos para el desarrollo de las políticas públicas en Colombia.

Policy Brief



**ALIANZA**  
**CADÉMICA**  
**NACIONAL**  
Presente y futuro de la Salud Pública

2021 - 2022

# Desafíos de la APS para el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en Colombia

## Introducción



El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 termina su vigencia. La formulación del nuevo plan esta a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social y la Universidad de los Andes que convocan a diferentes actores y crean tres subcomisiones: académica, territorial y sectorial para apoyar el proceso.

Dado el potencial de la Atención Primaria en Salud -APS (Ley 1438) para articular las acciones dirigidas al cuidado y a la promoción de la salud, su incorporación al PDSP es objeto de interés de La Red de Voluntariado en APS-Salud Familiar y Comunitaria, como parte de la Alianza Académica Nacional Presente y Futuro de la Salud Pública que realiza una serie de conversatorios para sistematizar experiencias en APS y ofrecer recomendaciones para el PDSP 2022-2031. Del resultado de dicho análisis hace parte este documento.



# Desafíos de la APS para el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en Colombia

## Antecedentes

La Atención Primaria en Salud es objeto de interés por parte de la OMS desde 1973 debido a las disparidades sanitarias y la necesidad de buscar alternativas para atender las necesidades básicas de la población. En esa línea "Salud para todos en el año 2000" es un llamado a mejorar la equidad en salud entre países que se concreta en la estrategia de APS para alcanzar esta meta. A partir de allí la APS se empieza a configurar como un componente de las Políticas/Programas en Salud Pública en la mayoría de los países con influencia de la OMS. Si bien los elementos conceptuales son amplios, su implementación, restringida, se ha dado a través de enfoques (atención a) como:

- La atención primaria en salud selectiva dirigida a los más pobres.
- La atención primaria como un nivel de servicios de salud.
- La atención primaria en salud integral (Alma Ata) como organización de los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud.
- Enfoque de salud y Derechos Humanos, perspectiva filosófica que impregna el sector social y de salud (Ramírez,2019) y reconocido en varios países latinoamericanos. En Colombia con la Ley 100 de 1993 y la Ley 1751 de 2015.

Estos enfoques han orientado a los países en la configuración de la Atención Primaria en Salud y según Tejada (2013) los gobiernos justifican "que están cumpliendo el compromiso de Alma-Ata, sin entrar a analizar si lo que se hace se trata efectivamente de atención primaria y de salud"

En Colombia los antecedentes normativos más recientes de la Atención Primaria en Salud se presentan a continuación:

# Desafíos de la APS para el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en Colombia

## Antecedentes

### Ley 1438 de 2011

Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su capítulo 3 ordena adoptar la estrategia de APS constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social y comunitaria y ciudadana.

Para el desarrollo de la APS el Ministerio de la Protección Social debería definir e implementar herramientas para su uso sistemático como los registros de salud electrónicos en todo el territorio nacional y otros instrumentos técnicos. (Ley 1438,2021)

### Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015

Consagra la salud como un derecho fundamental autónomo, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección. Para su cumplimiento define al sistema de salud como "el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiación; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud" (p 1) . (Ley 1751, 2015)

### Política de Atención Integral "Un sistema de salud al servicio de la gente". 2016, (Resolución 429 de 2016)

Esta política recoge el marco de determinantes sociales adoptado por el PDSP 2012- 2021.

Bajo ese contexto, el Estado reconoce que los problemas de salud son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicas, educacionales, de hábitat y genéticas que afectan a las poblaciones en los diferentes ámbitos territoriales que conforman la nación. Los determinantes sociales de la salud consolidan tanto los factores protectores de las condiciones de salud como las causas primarias de la enfermedad.

Considera los determinantes sociales de la salud y plantea cuatro estrategias centrales 1. La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. el cuidado, 3. La gestión integral del riesgo en salud y 4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones.(Res. 429, 2016)

### Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

Se basa en tres enfoques complementarios: enfoque de derechos, diferencial y poblacional y en un modelo explicativo, el de los determinante sociales de la salud. Este plan consagra la APS en todas y cada una de sus dimensiones. Exigía para su ejecución la convocatoria y participación efectiva de todos los sectores y de los ciudadanos y ciudadanas que hacen parte y tienen responsabilidades en el desarrollo humano y en las transformaciones de vida en todos los territorios del país. (PDSP 2012-2021)

### Plan de Desarrollo 2014 - 2018 (Ley 1753 de 2015)

Este plan retoma el marco de la Ley Estatutaria de Salud y en su artículo 65 establece la implementación de la Política de Atención Integral en Salud, con los enfoques de: atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, enfoque poblacional y diferencial.

Se tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgo, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación. (Ley 1753,2015)

### Pacto 30•30•30 APS para la Salud Universal

Este es un llamado a la acción para intensificar y acelerar los esfuerzos de la región para lograr la salud universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el 2030.

Esto requiere el compromiso de transformar los sistemas de salud de la región, un esfuerzo concertado para eliminar las barreras de acceso en un 30% como mínimo, y requiere además aumentar el gasto público en salud al menos a un 6% del producto interno bruto, e invertir al menos el 30% de estos recursos en el primer nivel de atención. (MPS. Pacto 30-30-30-30)

# Desafíos de la APS para el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en Colombia

## El análisis: Mapeo de experiencias territoriales

Con el propósito de contribuir al análisis de la APS en el marco del nuevo Plan Decenal el Grupo de APS de la Alianza Académica Nacional Presente y Futuro de la Salud Pública realiza una sistematización de las experiencias de algunas ciudades y departamentos con el fin de revisar las fortalezas, debilidades y lecciones aprendidas del proceso de implementación de la APS y contribuir con ello a que la APS siga haciendo parte del plan decenal de salud pública 2022-2031.

El análisis se realiza con base en **los elementos esenciales de la Atención Primaria en Salud** propuestos en el módulo de promoción de la salud de la OPS a saber: servicios de salud, acciones intersectoriales, participación social, recursos humanos y sistemas de información, con base en las experiencias de la **APS Social en Caldas, APS en el departamento de la Guajira, APS en el municipio de Manizales y APS en municipios del Oriente Antioqueño**

### Servicios de salud.

A través de las experiencias presentadas se identifican dos modelos de implementación de la APS, uno de ellos con énfasis en el riesgo a partir de los determinantes sociales de la salud y el segundo basado en la gestión del riesgo con énfasis en la clasificación del riesgo de eventos priorizados de acuerdo con las necesidades locales.

El primero pone al servicio de las poblaciones bancos de proyectos dirigidos a responder por algunas necesidades gracias a la colaboración de entidades diferentes a las del sector salud. El segundo pone su énfasis en construir comunidades con autocuidado y gestión del riesgo, a partir de priorizaciones de las poblaciones más vulnerables. En esta perspectiva las guías de atención a la salud se elaboran según el riesgo y para su aplicación se da asignación específica de equipos interdisciplinarios según el perfil de riesgo.

En este contexto hay desconexión entre las prácticas ejercidas por los entes gubernamentales del primer nivel de atención y las prácticas de las entidades responsables de la atención en salud a nivel individual familiar de carácter privado. Se evidencia una fragmentación entre los niveles de atención para la conservación y cuidado de la salud, debido en particular al sistema de aseguramiento en el que no tiene cabida la APS en el momento actual de su desarrollo.

Un segundo elemento a destacar es la inexistencia de redes integradas de salud según el artículo 62 y 63 de la Ley 1438. Aunque los modelos implementados se centran en la familia y la comunidad y tienen en cuenta el enfoque diferencial, al parecer al sector público le corresponde velar por la salud de la población y al sector privado ocuparse del diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación a nivel individual. Así, las redes solo se dan entre niveles iguales de atención en salud, sin que haya un proceso de escalamiento entre niveles para responder a las demandas de la población. Solo en casos excepcionales la APS consigue dinamizar el tránsito a través del sistema de salud ya que no es claro como las intervenciones del plan obligatorio de salud de las EPS puedan ser integradas a las acciones de la APS a cargo de las autoridades sanitarias como ya se había señalado en el año 2014 (Vega y Acosta, 2014).

A pesar de lo anterior, se evidencia la apertura de centros de atención específicos a través de los cuales facilitar el acceso de la población a los servicios de salud, CAPS Y CAS son las denominaciones de los centros que logran movilizarse cumpliendo parte de las funciones de la atención primaria en salud. Se cumplen de esta manera los lineamientos del artículo 14 respecto al fortalecimiento de los servicios de salud a cargo de las entidades prestadoras de servicios de salud.

# Desafíos de la APS para el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en Colombia

## Mapeo de experiencias territoriales

La red de atención para la APS se basa en el trabajo de prestadores de servicios de salud de primer nivel de complejidad, públicos y privados, que cumplen el papel de puerta de entrada a los demás niveles de complejidad en los que se organiza el sistema de atención en salud.

En consecuencia ni hay atención integral ni integrada y solo algún esbozo de interculturalidad cuando se trata de comunidades que históricamente han sido desconocidas y sin reconocimiento, aún, de sus propias prácticas alternativas y posiblemente complementarias para la atención de su salud.

### Acciones intersectoriales

Se alude así a la articulación de los diferentes sectores económicos con el sector de la salud en su compromiso con la vida y el bienestar de la población. Se trata de políticas/planes/proyectos de la APS como estrategia integradora que se realiza en el accionar de los responsables con el ambiente, el saneamiento básico, la protección del recurso hídrico, la bioeconomía, la educación, la industria, las nuevas tecnologías, en función de co-construir los entornos en los que se desenvuelve la vida de las comunidades y la población. Esta que es una condición sine qua non de la APS ha favorecido el mejoramiento del saneamiento básico, la vivienda y ha tenido en cuenta los componentes culturales en algunos municipios del departamento sin que se observen programas/proyectos integrados con el objetivo central de las acciones intersectoriales.

El modelo de atención en salud (centrado en la enfermedad) ha imposibilitado crear una cultura del gobierno, de las instituciones, de la fuerza de trabajo en salud y de los ciudadanos que reconozca que la salud y las desigualdades en salud son socialmente determinadas y que, como consecuencia, deben ser confrontadas desde la investigación de las desigualdades y sus causas, el análisis de la situación de salud, las acciones

y los enfoques de las intervenciones a nivel territorial, poblacional y comunitario.

Lo anterior hace relación además a la perspectiva de APS que se evidencia en **el marco institucional/legal**. En una de las experiencias la APS Social se posiciona como política gubernamental, contribuyendo al posicionamiento político y el fortalecimiento institucional.

Igualmente la institucionalización de la experiencia "**comunidades con autocuidado**" promete llegar a ser un componente central de las políticas y programas locales de salud. Cabe señalar aquí que comunidades con autocuidado sería una estrategia completa de APS en la medida que involucre la planeación en salud desde perspectivas que articulen los actores del desarrollo social, económico y productivo en cada territorio y defina de manera precisa el proceso de implementación, seguimiento y evaluación.

En cuanto a la organización-gestión de la APS se entiende que esta solo se hace realidad cuando se implica la inclusión de la estrategia en los planes de desarrollo de cada vigencia y en ellos los planes intersectoriales. Las experiencias que se han logrado implementar pasan (gracias a eso) de las intenciones a la práctica mediante la destinación de algunos recursos en el marco de los planes de desarrollo.

Cabe resaltar que lo intersectorial como horizonte de metas, procesos, productos, resultados e impacto comunes se ha quedado en la creación de comités intersectoriales que se reúnen con cierta periodicidad que además no cuentan con los tipos de recursos necesarios para la elaboración de planes/programas multiactores.

Sin embargo la falta de capacidad institucional y organizativa para implementar la APS debido al énfasis económico del sector salud, las fallas en la coordinación entre actores y la falta de rectoría ha sido reportado previamente a partir de un análisis en el oriente antioqueño (Ruiz et al 2017).

# Desafíos de la APS para el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en Colombia

## Mapeo de experiencias territoriales

### Participación social

Es un principio de la APS necesario para que se configuren las condiciones para la gestión, control y seguimiento y resultados de la APS. En este componente esencial de la APS lo observado remite a participaciones en el ámbito de los prestadores de servicios y no en el ámbito de la presentación, discusión y análisis de lo que debe ser tenido en cuenta en los territorios que involucra a las organizaciones sociales, organizaciones no gubernamentales, juntas comunales y mecanismos contemplados en la normatividad nacional desde la constitución de 1991.

### Recursos humanos

Con el propósito de que la APS sea un horizonte para la implementación de las políticas/planes y programas en salud se requiere contar con talento humano que trascienda la formación puramente profesional específica. Más allá de ser médico, odontólogo, enfermera u otro profesional, la salud al ser la expresión de la vida humana y el bienestar involucra nuevos horizontes o marcos de referencia que permitan la discusión, el razonamiento crítico, la argumentación y la toma de decisiones en pro de una futura visión integrada.

Para ello ha sido oportuno y pertinente que las secretarías de salud al no encontrar estas habilidades en muchos agentes del sector ha asumido este rol o compromiso con el fin de que los programas se puedan operacionalizar, hacerles seguimiento y evaluación.

A la fecha los equipos básicos de salud han sido configurados según las necesidades priorizadas para la atención a la población.

De esta manera las intervenciones implementadas dieron cumplimiento al artículo 15 de la ley 1438. Sin embargo, las formas de contratación supeditadas a las disponibilidades presupuestales entre una vigencia y otra afecta la continuidad y permanencia de los equipos básicos y de apoyo en el territorio.

Ya desde los primeros análisis de la implementación de la APS con la Política PAIS se reconocieron los problemas relacionados con el talento humano en Salud. Sin una apropiación conceptual, metodológica y procedimental de la nueva política por parte de los profesionales requeridos para el ejercicio de la salud pública, la APS no dejara de ser solo un modelo que se instrumentaliza en su enfoque familiar y comunitario sin la posibilidad de abordar el carácter de PRIMARIA con procesos de participación social, planeación, seguimiento y evaluación de sus procesos, resultados e impacto. A la deficiencia en cantidad y calidad de talento humano la precarización de la contratación en el país incide de manera negativa en todo lo referente a la implementación, en el mundo real, de la APS (Ruiz et al, 2017)

En cuanto a los **recursos económicos** quienes reportaron las experiencias señalaron que el presupuesto para implementar la APS proviene del Sistema general de participaciones y recursos propios de las secretarías. Es pertinente anotar aquí que el artículo 42 de la ley que estamos analizando señala múltiples fuentes de recursos como los señalados en la Ley 715 de 2001, la Unidad de pago por capitación, Fosyga, las administradoras del régimen laboral-ARL, un cuarto de punto de las Cajas de Compensación Familiar (Ley 21 de 1982).

# Desafíos de la APS para el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en Colombia

## Mapeo de experiencias territoriales

### Sistemas de Información

Si bien existen importantes iniciativas como el Observatorio Social de Caldas y el sistema de información SICAPS de la secretaría de salud del municipio de Manizales, cuyas fichas familiares favorecen el seguimiento y evaluación de las intervenciones basadas en APS además de las fortalezas que a nivel nacional se han venido desarrollando en el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud respecto a indicadores de importancia para la toma de decisiones la interoperabilidad entre ellos aún no se da.

El común denominador es Inexistencia/deficiencia de los sistemas de información a nivel institucional y del territorio que reclama de disposición de un sistema que integre información del sector salud y de otros sectores que contribuyan al desarrollo de una gestión integral del riesgo (Ruiz et al, 2017).

Igualmente la creación de un Sistema de referencia y contrarreferencia entre la APS y las EPS para promover la atención integrada en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Cabe señalar que la barrera más relevante para que la APS se constituya en el centro del sistema de salud se debe a la limitada concepción de salud que predomina en el sistema de salud, en el marco del aseguramiento y las empresas prestadoras de servicios de salud -EPS.

En función de responder a demandas individuales por el diagnóstico certero, tratamiento médico y rehabilitación con alta tecnología y especialidad son propias de un sistema de mercado que hace cada vez más difícil implementar un modelo que se regenere a través de la voluntad de proteger y promover la salud de las comunidades y la población.

Esta circunstancia hace difícil el acceso a la protección y promoción de la salud de amplios sectores de la población que requieren atención integrada, integral en los que la intersectorialidad, transectorialidad son indispensables. Hay que estar enfermo para que el mercado se dinamice y promueva el desarrollo económico de los prestadores de servicios de salud y de quienes los producen. A pesar de la norma, en Colombia la salud no es reconocida como un bien público, y menos como derecho humano fundamental, en el marco del SGSSS.

Estos resultados revelan nuevamente que la APS no se ha logrado posicionar con la contundencia requerida para transformar la salud de los colombianos y se mantienen las limitaciones observadas en el Mapeo y análisis de los modelos de APS en los países de América del Sur (Vega, 2014)



Caracterización poblacional con enfoque de Salud Familiar: Comunidades de Balernumana y Pirruwaitamana.



# Desafíos de la APS para el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en Colombia

## Recomendaciones preliminares

Con base en los hallazgos previamente discutidos se retoman los elementos esenciales de la APS con carácter de desafíos o problemas y se plantean algunas recomendaciones a partir de los aspectos que han sido sugeridos por el Pacto 30-30-30, especialmente con los resultados de la evaluación de la APS realizada por el Banco Mundial en 2019.

### Resultados

### Recomendaciones

## 1. Servicios de salud

### Modelo implementación APS

- Implementar un nuevo modelo de atención centrado en la APS, que ofrezca un plan de beneficios acorde a la Ley estatutaria 1751 y refleje las necesidades de salud de la población (Banco Mundial 2020 adaptado para Colombia).
- Articulación entre la promoción de la salud y los niveles de prevención de la enfermedad entre las organizaciones responsables de la atención en salud, lo cual requiere equilibrar atención de la enfermedad con la protección de la vida y mejorar el bienestar de individuos, familia y comunidades.

### Red de servicios

- Se requiere la articulación entre la APS y los planes de beneficios del SGSSS que demanda procesos de regeneración por fuera de la rentabilidad económica de las entidades prestadoras de servicios de salud, y el fortalecimiento de las entidades de carácter público. La salud individual, y la salud pública son un bien de todos y su dispensación es compromiso de todos y de la autoridad sanitaria. La APS debe generar su modo y su espacio de acción con autonomía y en clara interrelación con las IPS públicas y privadas de cada territorio. La colaboración de la ciudadanía facilita las rutas de atención.

# Desafíos de la APS para el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en Colombia

## Recomendaciones preliminares

### Resultados

### Recomendaciones

#### 2. Acción intersectorial/ transectorial

##### Algunas experiencias en servicios básicos

- La APS debe ser integral dentro del marco jurídico vigente, que una lo individual y lo colectivo, en forma interdependiente para actuar en forma asertiva sobre la inequidad social, la determinación social y actuar en el cuidado y protección de la salud y la vida.

#### 3. Participación social

##### Reducida

- La Participación en el centro de la APS/Política Nacional de Participación Social. La investigación-acción y la salud basada en la comunidad (entre otras) impulsan el empoderamiento de los grupos sociales en la gestión de la salud y la incidencia en el sistema político-administrativo de la salud.

#### 4. Organización/ Gestión

##### Limitación en las capacidades de las organizaciones para implementar los programas

- Asumir la APS propuesta en PAIS: *La atención primaria en salud como una estrategia integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho* (Resolución 429, 2016).

#### 5. Recursos Humanos apropiados

##### Talento humano formado por las secretarías de salud para responder a las necesidades territoriales

- Preparar a la próxima generación de técnicos y profesionales de la salud en APS para trabajar en equipos multidisciplinarios (Banco Mundial 2020).
- La academia debería generar un plan decenal para incentivar la formación de profesionales y técnicos capaces de trabajar interdisciplinariamente y lograr incrementar su capacidad resolutoria y utilizando tecnologías viables en contexto urbanos marginales, zonas rurales y rurales marginadas. Garantizar campos de docencia-servicio en los territorios-escuela para lograr una transformación en los futuros profesionales y técnicos de diversas disciplinas dispuestos a generar soluciones en espacios comunitarios diversos con enfoque diferencial.

# Desafíos de la APS para el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en Colombia

## Recomendaciones preliminares

### Resultados

### Recomendaciones

#### 6. Recursos adecuados y sostenibles

##### Sistema general de participaciones y propios de las secretarías

- Incremento de la inversión en Salud Pública, al menos a un 30% del gasto total en salud (OMS informe 30-30-30), lo cual implica garantizar sostenibilidad financiera para los equipos de salud multidisciplinarios y la cobertura de insumos, medicamentos y tecnología básica, para garantizar soluciones según necesidades, en cada territorio.
- Conectar la estrategia de APS y los planes de beneficios del SGSSS por fuera de la rentabilidad económica de las entidades prestadoras de servicios de salud incentivar la protección financiera de las IPS públicas, que cubren en forma casi exclusiva, territorios altamente vulnerables.

#### 7. Sistemas de información

##### Fragmentados

- Integración entre los sistemas de información/interoperabilidad.
- Incorporación de medios electrónicos para la vigilancia, seguimiento, valoración de la salud.
- Avanzar en la teoría y práctica de la salud pública digital, con innovación y participación activa de todos los actores para implementar una salud pública en tiempo real, capaz de integrar y facilitar soluciones, dadas, con apoyo de redes interdisciplinarias.

Fuente: Análisis de experiencias de APS. del Grupo de APS de la Alianza Académica Nacional Presente y Futuro de la Salud Pública.

# Desafíos de la APS para el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en Colombia

Más allá de las recomendaciones que se hacen con base en la precariedad de la APS a nivel territorial emerge una gran brecha entre los leyes y planes que colocan la APS como la estrategia a través de la cual se cubren las necesidades en salud de la población y los resultados esperados en las dimensiones que han hecho parte del Plan Decenal 2012-2021. Las rupturas son de varios niveles. Una de ellas es de orden conceptual. Desde la Ley 1438 a Política de Atención Integral de Salud (PAIS) la atención primaria se ha denominado estrategia, enfoque, “con enfoque familiar y comunitario” que en ningún momento remite a la APS como centro del sistema de salud cuya base es la realización del derecho a la salud.

A este respecto señalan Elorza et al (2017) que desde el año 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció que "no existe una definición uniforme, universalmente aceptable del término APS. Las ambigüedades estaban presentes en el mismo documento de Alma Atá, donde el concepto fue discutido tanto "como un nivel de atención como un enfoque integral de política de salud y provisión de servicios" (WHO,2003). Para Fracolli (2014) la interpretación que se le ha dado orientó diversos modelos adaptados a las circunstancias sociales, económicas y políticas de cada país, entre los que se encuentra la atención primaria selectiva en salud. En variadas ocasiones las iniciativas en salud pública adoptan la denominación de “basado en APS” a programas de gestión del riesgo de los eventos priorizados en los niveles locales y regionales, sin una diferenciación de la complejidad del significado de la APS.

Lo anterior se revela claramente en la definición de la APS en el PHCPI para evaluar el desempeño de la APS en Colombia. Esta definición deja más claro el ámbito de acción de la APS pero riñe con recomendaciones que sugieren un nuevo modelo de atención centrado en APS del Banco Mundial y lo definido para la política PAIS.

Además de estas preocupaciones por el significado de APS como estrategia, como modelo de atención en salud, como atención integral de la salud emergen otras como la no distinción en las políticas de la implementación como un paso o fase que demanda un conjunto de habilidades y recursos para que las políticas y sus programas no pasen de ser documentos escritos que recogen las aspiraciones de quienes las formulan que no se traducen en gestión política-voluntad política ni gestión técnica. Erwin Hargrove argumentó en 1975 que la implementación era el eslabón perdido en el estudio de las políticas públicas.

Fixsen et al (2005); apoyándose en Hernández y Hodges (2003), señala tres perspectivas de implementación:

- La implementación en el papel en la que se delinear las aspiraciones de la formulación, se adoptan nuevas políticas y procedimientos con base en las teorías que las sustentan.
- El proceso de implementación, a través del cual se delinear procedimientos, se realizan mesas de trabajo, actividades que hacen que las nuevas propuestas se incorporen en actividades organizacionales y se adopten los respectivos lenguajes. Sin embargo gran parte de lo que se hace no se relaciona funcionalmente con las políticas /innovaciones.

El desempeño de la implementación que coloca los procedimientos y los procesos en el lugar que corresponde para que funcionalmente corresponda con lo esperado a partir de la política/programa, esto es: lograr los beneficios para los beneficiarios, los organizadores y el sistema en este caso en el sistema de salud.

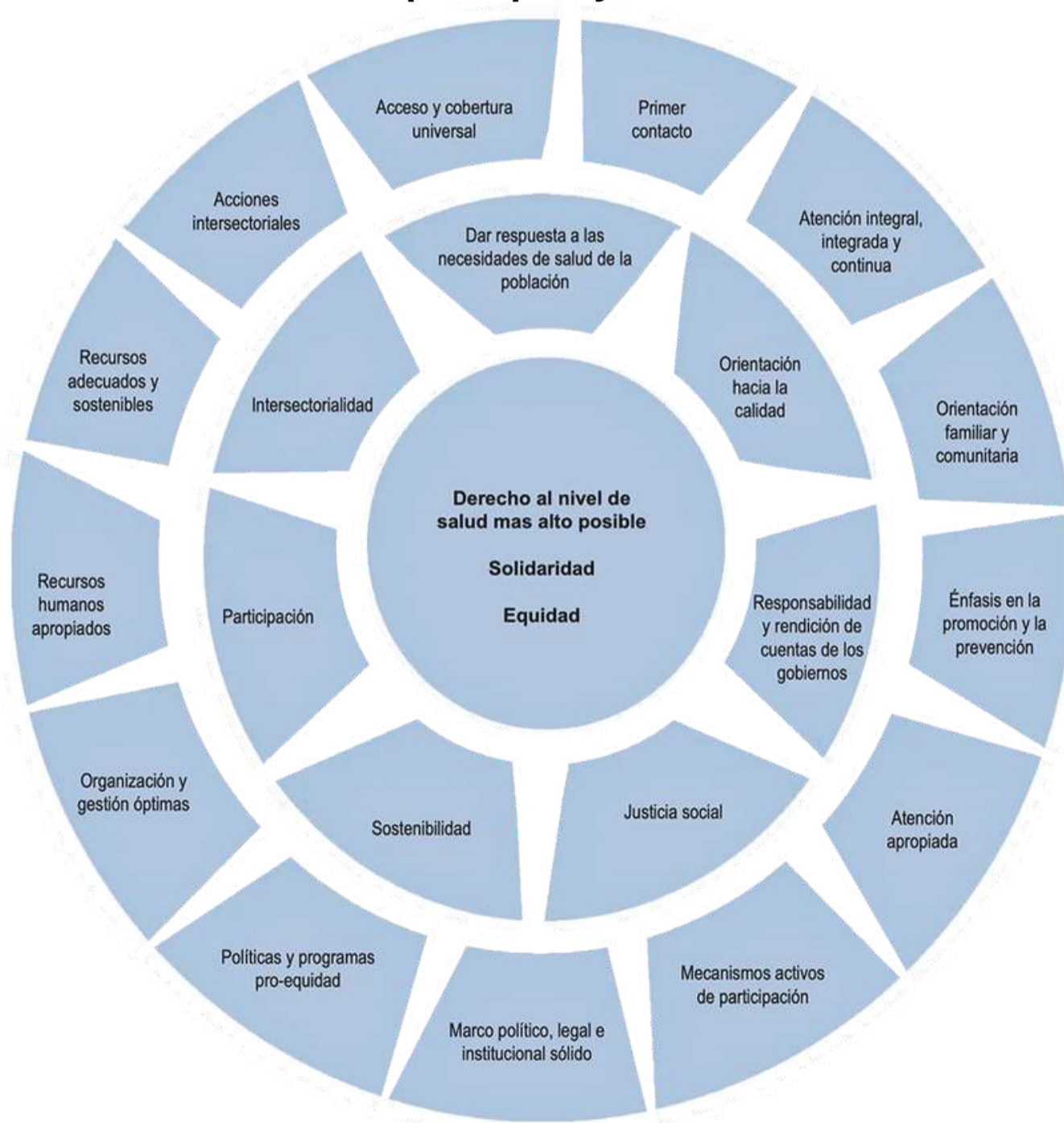
# Desafíos de la APS para el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en Colombia

Y es aquí donde la articulación entre los diseñadores de las políticas, la territorialización, el ambiente político, la situación financiera, la administración, los beneficiarios y grupos de interés, los servicios (productos), el talento humano, y muchos más inciden en la implementación razón por la cual una estrategia de implementación requiere tener en cuenta estos factores y establecer un mecanismo de cambio que conduzca a la obtención de los resultados proximales de una política/plan/programa.

En Colombia el referente de la APS no es claro y además carece de una conceptualización arraigada en el derecho fundamental a la salud (Ley 1751) donde lo primario (esencial, básico) se puede materializar. No colocar el derecho a la salud en el centro de las preocupaciones de la salud pública promoverá la continuidad de programas que se mantienen en las diferentes modelos implementados (Ramírez, 2019). Frente a esta falencia y su correlato en la implementación la recomendación final será reformular la APS y diseñar su implementación.

A consideración de todos se presenta lo que sería un modelo de atención en salud basado en APS a partir de su renovación que se ajuste a una perspectiva de alcance progresivo del Derecho a la Salud y la Equidad que requiere el país.

## Sistema de Atención en Salud basado en APS Valores, principios y elementos



Tomado de: Ramírez, 2019. Sistemas de Salud basado en APS.

# Desafíos de la APS para el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en Colombia

## Bibliografía

Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud . 19 de enero de 2011.

Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud. 16 de febrero de 2015.

Ley 1753 de 2015. Por la cual se expide el Plan Nacional de desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo País". junio 9 de 2015.

Ley 21 de 1982. Por la cual se modifica el régimen del subsidio familiar. enero 22 de 1982.

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021:La salud en Colombia la construyes tu. Bogotá Colombia , 2013.

Organización Panamericana de la Salud ( 2019). Pacto 30.30.30 APS para la salud universal. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=50481-pacto-30-30-30-aps-para-la-salud-universal&category\\_slug=sistemas-servicios-salud-1934&Itemid=270&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=50481-pacto-30-30-30-aps-para-la-salud-universal&category_slug=sistemas-servicios-salud-1934&Itemid=270&lang=es)

Ramírez, L., (1 de Marzo, 2019). Modelos de Atención basados en APS. Origen, contextos, tendencias. Conferencia Salud Capital, Bogotá ,Colombia.

Resolución 429 de 2016. (Ministerio de Salud y Protección Social). Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. 17 de febrero de 2016.

Ruiz, M., Hormiga, CM., Uribe, LM., Cadena, LP., Mantilla, BP., Solano, S., (2017). Voces de la academia y los tomadores de decisiones del oriente colombiano ante la implementación del modelo integral de atención en salud. Revista Universidad Industrial de Santander Salud, 49(2), 320-329.

Tejada de Rivero, David A. (2013). Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma Ata. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 30(2),283-287. f

Vega, R., Acosta, N. (2014). Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria en Salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Colombia.

"World Bank Group (2020). Evaluación del Perfil de Signos Vitales de Atención Primaria en Salud para Colombia. © World Bank Group, Diciembre de 2020. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35021/Primary-Health-Care-Vital-Signs-Profile-Assessment-for-Colombia-SP.pdf?sequence=4&isAllowed=y> (Último acceso: 24 de noviembre de 2021)

## Autores

Dora Cardona Rivas - Universidad Autónoma de Manizales

Maria del Pilar Cerezo Correa - Universidad Autónoma de Manizales

Olga Lucia Cifuentes Aguirre - Universidad Autónoma de Manizales.

Juan Eduardo Guerrero Espinel - Asociación Colombiana de Salud Pública

Jose Alfonso Hernandez Sanchez - Universidad de Cartagena

Ana Cecilia Ortiz Zapata - Unversidad Católica de Oriente

Rafael de Jesus Tuesca Molina - Universidad del Norte

Gloria Villareal Amaris - Universidad de Sucre



*Fortaleciendo vínculos entre la academia y los gobiernos para el desarrollo de las políticas públicas en Colombia. Policy Brief 2021 -2022*