

REFLEXIONES Y CRÍTICAS

En Colombia, con La Ley 1438 de 2011, se acoge un enfoque basado en APS y el bienestar del usuario como eje central y núcleo articulador. Sin embargo, dentro del sistema de salud colombiano se adolece de una falta de comprensión. Pese a los retos que existen, se exhibe la construcción de 48 indicadores de salud en 5 dominios (determinantes de los sistemas de salud, entradas, prestación de servicios, salidas y resultados), como una opción de política a estimarse y fortalecerse en conexión con la salud pública y el derecho fundamental a la salud de que trata la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Algunos de los hallazgos son:

1. Enfoque y comprensión limitados de la APS en Colombia.
2. Brechas estructurales que obstaculizan la efectividad.
3. Ausencia de indicadores comunes y confiables.
4. Fragmentación en el sistema de salud.
5. Excesiva judicialización del derecho a la salud.

Recomendaciones para la viabilidad de la propuesta de indicadores:

1. Clarificar y robustecer el enfoque APS.
2. Adoptar y consolidar un set de indicadores APS homogéneo.
3. Mejorar la infraestructura y el financiamiento estable.
4. Fortalecer la articulación entre niveles de atención y actores.
5. Monitorear y evaluar de forma sistemática.
6. Incentivar la participación social y comunitaria.

La propuesta de indicadores de APS constituye una herramienta fundamental para orientar la toma de decisiones y medir la eficacia del sistema de salud colombiano. Sin embargo, para que resulte viable y útil se requiere:

1. Consolidar y socializar un marco común de indicadores que refleje las especificidades nacionales, unificado en lineamientos oficiales.
2. Garantizar apropiados recursos en infraestructura y talento humano, para que la APS sea efectivamente la base y no un componente secundario.
3. Vencer la fragmentación interna del sistema y establecer puentes sólidos con otros sectores, atendiendo los determinantes sociales de la salud.
4. Involucrar a todos los actores (gobierno, academia, comunidades y prestadores de servicios) en la construcción, validación y evaluación de estos indicadores, enfocándose en la equidad, la calidad y la universalidad de la atención primaria

Al atender estas recomendaciones, la APS en Colombia podría fortalecer su rol preventivo y comunitario, reduciendo las brechas de acceso y protegiendo de manera integral la salud de la población, en consonancia con la Ley 1751 de 2015 y con estándares internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

RECOMENDACIONES PARA FORTALECER LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) A PARTIR DE LA CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES EN COLOMBIA 2024

Erwin Hernando Hernández Rincón
Diana Marcela Díaz Quijano
Alirio Bastidas Goyes
Rosa Margarita Durán Sabogal
Claudia Liliana Jaimes Peñuela

Universidad de la Sabana con el apoyo de CODESS

1. Resumen ejecutivo

Acorde con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Atención Primaria de Salud (APS) es un enfoque tendiente a proteger la salud y el bienestar equitativo, según las necesidades de las personas, familias y colectivos, con un abordaje integral de la salud y la enfermedad en los diferentes entornos. En Colombia, con la Ley 1438 de 2011, se acoge un enfoque basado en APS y el bienestar del usuario como eje central y núcleo articulador. Sin embargo, dentro del sistema de salud colombiano se adolece de una falta de comprensión. Pese a los retos que existen, se exhibe la construcción de 48 indicadores de salud en 5 dominios (determinantes de los sistemas de salud, entradas, prestación de servicios, salidas y resultados), como una opción de política a estimarse y fortalecerse en conexión con la salud pública y el derecho fundamental a la salud de que trata la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Esto permite hacer recomendaciones en torno a:

- a. Informar sobre la importancia de comprender el propósito, contenido, operatividad y sentido de la APS

- en el contexto colombiano.
- b. Sensibilizar sobre las circunstancias que aumentan el riesgo y evitan concretar su efectividad.
- c. Contribuir en la construcción de indicadores con énfasis en APS.

2. Introducción y planteamiento del problema

La APS es una estrategia central en los sistemas de salud para poder atender y cubrir a la población. Desde su concepción en la Declaración de Alma Ata (1978), se encamina a solventar problemáticas sanitarias acorde con la realidad social, política y económica de cada territorio. De ahí que, con factores como la participación comunitaria e intersectorial, se procure alcanzar accesibilidad sin barreras, con actuaciones y niveles de coordinación, adoptando medidas de promoción y prevención que gocen de continuidad. En esta línea, no hay que desconocer que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2005) reitera y renueva ese compromiso. Y, con la Declaración de Astaná (2018), se reafirma la relevancia de la APS para lograr una cobertura universal de salud.

En el contexto internacional se pueden encontrar varios modelos basados en APS. España, por ejemplo, cuenta con formación de profesionales de la salud, trabajo colaborativo, cartera de servicios y accesibilidad, sin que se omitan reparos como el de recuperar y mejorar el gasto (Lamata, 2017). En Latinoamérica, Brasil tiene el “Programa de Salud de la Familia” que ha demostrado ser efectivo en la población ya que implementa labores interdisciplinarios que operan en áreas específicas y con visitas domiciliarias, aunque con limitaciones de recursos, calidad e inequidad (Macinko y Harris, 2015; Coelho y Shankland, 2011). Colombia, por su parte, no es ajena a este tipo de situaciones. Los soportes nacionales empiezan a tener lugar en los años 90 del siglo XX con la Constitución Política de 1991 y los cambios del sistema de salud (Guerrero et al., 2011).

En el país, en desarrollo del artículo 48 y otros preceptos superiores, han surgido referentes que hacen parte del ordenamiento jurídico. Uno de ellos es la Ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y, consecuentemente, como uno de sus componentes, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). A partir de ese momento, la elaboración de una política de salud pública ha sido una de las circunstancias más complejas en el paso del anterior Sistema Nacional de Salud (SNS) al SGSSS (Agudelo et al., 2011). De hecho, en la citada Ley 100 no se incluyeron criterios de salud pública ni APS, es producto de reformas como las introducidas por la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438

de 2011 que tienen cabida. A este respecto, si bien se han logrado avances significativos, todavía hay desafíos (Prada y Chaves, 2018).

Hay retos estructurales que no permiten cumplir cabalmente los propósitos de la APS. Esto se puede ver reflejado en las asimetrías de acceso a los servicios de salud, especialmente en áreas rurales y dispersas, en contraste con las zonas urbanas. A la ausencia de Talento Humano en Salud (THS), se suma la escasez de recursos. Esto hace notorias las brechas que aún existen y la falta de efectividad. Tampoco se ha logrado usar las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) adecuadamente; en efecto, el monitoreo a través de estos medios es incipiente. La presencia de enfermedades crónicas no transmisibles e infecciosas, agravada por las desigualdades socioeconómicas, ha dado lugar a un proceso de “estancamiento epidemiológico”, lo que hace indispensable prestar atención no solo a los síntomas, sino también a los determinantes sociales de la salud (Hernández & Tuesca, 2024).

Para hacer frente a esta clase de coyunturas, y en salvaguarda del derecho fundamental a la salud, es menester mejorar tanto en la prestación de servicios sanitarios, como en las condiciones que puedan afectar a la población para que puedan tener una vida saludable. La atención en salud y el saneamiento ambiental, de conformidad con el artículo 49 constitucional, son servicios públicos a cargo del Estado. En cuanto derecho humano integral, en el mundo se resalta la importancia de elementos como la disponibilidad, la accesibilidad,

la aceptabilidad y la calidad (Anderson *et al.*, 2022; De Villiers, 2021; Blümel *et al.*, 2020; Da Mota Almeida *et al.*, 2019; Arrieta, 2018; Bernal y Barbosa, 2015), aspectos que se derivan de instrumentos internacionales como la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y que han sido retomados en el orden interno a nivel jurisprudencial (por ejemplo en las Sentencias T-760 de 2008 o C-313 de 2014) y legal en aras de una universalidad expresada en el goce del derecho en todas las etapas de la vida.

En este orden de ideas, es inquietante que el sistema de salud colombiano adolezca de falta de comprensión y ejecución de la APS luego de más de treinta años de entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, con sus posteriores modificaciones. Persisten diversas carencias y tareas pendientes frente a lo que la OMS concibe como un enfoque tendiente a proteger la salud y el bienestar equitativo, según las necesidades de las personas, familias y colectivos; con un abordaje integral de la salud y la enfermedad en los diferentes entornos (OMS, 2023). En ese sentido, tras revisar la evidencia cuyos resultados dan cuenta de la incidencia de la APS, además de reportar un trabajo de campo basado en indicadores, se pasa a realizar recomendaciones de política pública en salud encaminadas a informar, sensibilizar y contribuir a su fortalecimiento en el país, lo cual se ajusta a los mandatos constitucionales y a las disposiciones de la Ley 1751 de 2015, cobrando relevancia en estos tiempos.

3. Hallazgos e indicadores con énfasis en APS como opción de política

Entre la variedad de definiciones que se pueden ubicar en torno a los sistemas de salud, tiene prevalencia la que agrupa a organizaciones, personas y acciones orientadas a promoverla, restaurarla y mantenerla. Entre sus componentes nucleares están la prestación de servicios, la fuerza laboral sanitaria, los sistemas de información, los productos médicos, vacunas y tecnologías, el financiamiento, así como el liderazgo y gobernanza (OMS, 2007). En Colombia, la Ley 1751 de 2015, dispone: “Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho” (artículo 4). Este tipo de nociones son producto de una serie de evoluciones que se han surtido y que, en principio, no tenían un vínculo directo con la APS.

En el ámbito internacional se pueden identificar varios modelos de salud que enfrentan barreras estructurales similares a las que enfrenta Colombia. Estas se asocian con la falta de coordinación entre los niveles de atención, la disparidad en infraestructura, los costos que deben asumir los pacientes o la carencia de representación de las comunidades vulnerables. La exclusión social, la insuficiencia e ineficiencia en la distribución de los recursos públicos, y gobernanzas que no cumplen ni posibilitan lo esperado exacerban la situación. Ex-

perencias que se extraen del Reino Unido, España, Brasil y Colombia hacen perceptible que no basta con el reconocimiento del derecho a la salud, debido a que la ausencia de cohesión, planificación, personal, rubros, políticas integradoras, entre otros, que combinen los esfuerzos en atención primaria, hospitalaria y comunitaria terminan minando su aplicación (Anderson et al., 2022; Restrepo, 2022; Arrieta, 2018; Cimas et al., 2016; Bernal y Barbosa, 2015; Coelho y Shankland, 2011).

En Colombia, con la Ley 100 de 1993 se contemplaba que “el sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios” (artículo 1). Este primer impulso enmarcaba una función de regulación y financiación pública, al igual que pretendía superar la fragmentación institucional y la segmentación de la población, aspectos característicos de los sistemas de salud de Latinoamérica. Se avizoraba como una política pública con cambios hacia la cobertura general del aseguramiento, financiamiento con recursos públicos, dirección estatal y administración en cabeza de las empresas promotoras de salud (EPS), encargadas de garantizar el acceso al plan de beneficios en salud (PBS), antaño plan obligatorio de salud (POS), mediante las instituciones prestadoras de servicios, distinguiéndose el régimen contributivo del subsidiado, según se tenga o no capacidad de pago (Restrepo, 2022).

Pese a los avances que se empezaron a dar de conformidad con directrices como las de univer-

salidad, solidaridad e integralidad, también se empezaron a exteriorizar debilidades, como la no incorporación de la salud pública ni la APS. Años más tarde, con la Ley 1122 de 2007, se incluyó la salud pública con políticas dirigidas a garantizar el bienestar de la población a través de acciones de salubridad individuales y colectivas, esperando reflejar las condiciones de vida, la participación de la comunidad y la rectoría del Estado. Esto abrió paso a que se instaure el Plan Nacional de Salud Pública. Aquí cabe manifestar que, según se exterioriza, no hubo variaciones trascendentes en el SGSSS, ya que muchas de las problemáticas se mantenían, pero sí se establecieron arreglos en materia de funcionamiento y operación (Restrepo, 2007).

En 2011, con la Ley 1438 se acoge un enfoque basado en APS y el bienestar del usuario como eje central y núcleo articulador. Concurren “acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población” (artículo 2); entre otras medidas, se adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 del Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Una de las principales intenciones de estas iniciativas fue favorecer la respuesta a las principales necesidades de salud presentes y futuras, así como subsanar inconsistencias y vacíos del pasado. En esa dirección, se fijan prioridades tales como la prevalencia e incidencia de morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil, la incidencia de enferme-

dades de interés en salud pública, la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y precursoras de alto costo, la incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles, y el acceso efectivo a la salud (Hernández y Tuesca, 2024).

Este tipo de indicadores, como métricas que suministran información cualitativa y cuantitativa, se ubican en la literatura científica e informes técnicos y se estudian para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. Entre los que con más frecuencia se emplean están la salud materna, la esperanza de vida al nacer y el gasto en salud per cápita (Pinzón et al., 2017). Se ha enfatizado, además, en la importancia de medir la calidad de la atención y satisfacción del paciente, la eficiencia frente a tiempos de espera y el uso de recursos (Bleich et al., 2009). En lo concerniente a Colombia, cabe mencionar que se identifican ciertas dificultades para obtener valoraciones compactas y precisas con estos parámetros (Villamil et al., 2017; Merlano y Gorbanev, 2014). A esto se suma que la variabilidad en la aplicación y consistencia de los indicadores suele generar impedimentos al momento de determinar y comparar el rendimiento a nivel nacional y local lo que, en últimas, limita la capacidad para formular políticas a partir de la fiabilidad (Arrivillaga, 2020; Agudelo et al., 2011).

Es apropiado manifestar, igualmente, que en el sistema de salud colombiano hay indicadores que se han investigado. Entre los más relevantes están la cobertura

y utilización de servicios de Salud materno-reproductiva (Pinzón et al., 2017), los indicadores de cirugía básica según la Comisión Lancet sobre Cirugía Global (Hanna et al., 2020), la eficiencia de las EPS en el tratamiento del cáncer gástrico (Villamil et al., 2017), la accesibilidad de los servicios de salud (Arrivillaga, 2020), el impacto de la atención primaria en la reducción de desigualdades en salud Infantil (Mosquera et al., 2012), y la evaluación de la reforma del SGSSS (Céspedes et al., 2002). Estos criterios revelan aspectos favorables y también áreas críticas. Es por estos motivos que se hace indispensable plantear alternativas, como la que aquí se presenta, para mejorar la toma de decisiones y las políticas en salud.

Es así que, luego de adelantar una revisión sistemática exploratoria tipo Scoping Review y obtener información mixta producto de un trabajo de campo en territorios prioritarios, se construyeron 48 indicadores de salud (ver Anexo), siguiendo los lineamientos del Banco Mundial (Veillard et al., 2017). Los indicadores, como una opción de política a estimarse y fortalecerse, precisan cinco dominios: determinantes de los sistemas de salud, entradas, prestación de servicios, salidas y resultados. A su vez, se consideran clave para la evaluación del sistema de salud en Colombia, tienen especial énfasis en la APS y, por sus contenidos y desenlaces, sería conveniente y oportuno llegar a un consenso generalizado sobre los mismos. Sirva para ilustrar la Figura 1.

Figura 1. Indicadores de un sistema de salud con énfasis en Atención Primaria para Colombia



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de una revisión sistemática exploratoria e información mixta de territorios prioritarios en Colombia. Su organización se basó en lineamientos del Banco Mundial (Veillard et al., 2017).

Este conjunto de indicadores interrelacionados de manera secuencial y coherente se traducen en una herramienta valiosa. Para su despliegue, es nuclear que sean relevantes, medibles, válidos, comparables, sensibles, accesibles, equitativos, sostenibles y desarrollados con la participación de todos los implicados. Adicionalmente, se debe asegurar que no solo reflejen, adecuadamente, la situación de salud del país, sino que también favorezcan, como ya se expresó, la evaluación del desempeño del sistema de salud acorde con el cumplimiento de metas en beneficio de la población, acoplándose a las necesidades cambiantes, identificando procesos y rendimiento, y brindando continuidad en las políticas que en realidad se promuevan. Es más, han de abarcar múltiples dimensiones en procura de alcanzar, entre otros, calidad y simetría (Papanicolas *et al.*, 2024; Jessop, 2020; Pääkkönen y Seppälä, 2014; Kruk y Freedman, 2008; Maxwell, 1984).

Los indicadores de salud, como se puede apreciar, son cardinales y pueden optimizarse con gestiones asociadas a la APS. Desde luego, el acceso prematuro a servicios preven-

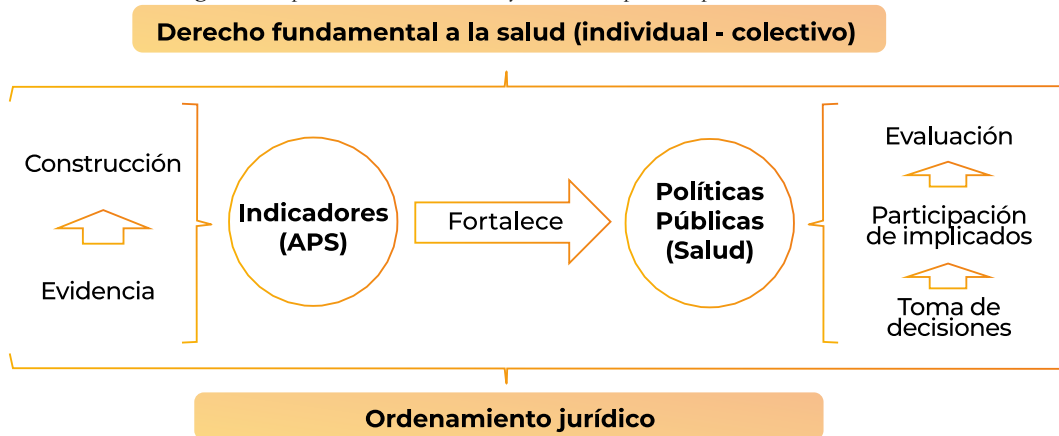
tivos y el manejo temprano puede llegar, progresivamente, a disminuir lo estrictamente curativo, la atención especializada o los meros fenómenos hospitalarios. En Colombia, se ubican antecedentes como la atención, mediante equipos sanitarios, a familias conforme a la modalidad Salud a su Hogar (SASH) (Mosquera *et al.*, 2011); el modelo Campamento Universitario Multidisciplinario y de Servicio (CUMIS), para la anticipación, promoción y tratamiento de enfermedades prevalentes (Sánchez *et al.*, 2019); o la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) (Sosa, 2020; Carrillo y López, 2014; Gofin y Gofin, 2007). Un análisis ecológico longitudinal, por ejemplo, visibiliza que las intervenciones en APS mejoran indicadores como la tasa de vacunación y la disminución de la desnutrición y la mortalidad en menores de 5 años (Mosquera *et al.*, 2012).

Bajo este entendido, el planteamiento resulta pertinente y conveniente para el beneficio de los colombianos, toda vez que tiene una base soportada en evidencia técnico-científica y práctica, y que no va en contravía del ordenamiento jurídico

(Figura 2). Es una propuesta legítima que converge con el derecho fundamental a la salud ante la omisión y la falta de escucha que han tenido los actores involucrados dentro del sistema de salud. En definitiva, y de cara a las recientes pretensiones de modificaciones normativas, como las radicadas en las dos últimas legislaturas por el Gobierno Nacional, que han generado crisis, controversia e incertidumbre por ausencia de claridad, participación y consenso, es una ini-

ciativa decidida y encaminada a edificar sobre las bases ya existentes, como lo son la concordancia con la Ley 1438 de 2011 y el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (Minsalud, 2022; 2023), sin perjuicio de las medidas o cambios que puedan adoptarse para procurar alcanzar, sin fragmentación, una atención integral, un trabajo intersectorial, un desarrollo del talento humano, una sostenibilidad y demás factores que lo posibiliten.

Figura 2. Impacto de los indicadores y APS en las políticas públicas



Fuente: Elaboración propia con base en la evidencia examinada producto de la revisión sistemática exploratoria.

De lo anterior se desprende que, en línea con el derecho fundamental a la salud en lo individual-colectivo, la APS y sus indicadores se erigen como una estrategia focal para garantizar el acceso simétrico a los servicios de salud y han demostrado aminorar las desigualdades. Los campos de cobertura que apunten a la universalidad incluyen políticas públicas, marcos normativos y participación colaborativa. Aquí, no deben pasar desapercibidos la generación de

modelos, innovaciones tecnológicas y competencias para incrementar la capacidad resolutive, esto envuelve el diseño y aprobación de tipos de atención para zonas vulnerables, escenarios diferenciados e interdisciplinarios según la complejidad y composición urbano-rural, la definición de infraestructura básica, recursos tecnológicos e insumos acorde con las necesidades, así como el estudio de costos para inversión y mantenimiento (Hernández y Tuesca, 2024).

4. Recomendaciones

Las recomendaciones que a continuación se describen pretenden tener influencia en diferentes ámbitos; entre ellos están los actores políticos, como miembros del Gobierno Nacional, los Senadores de la República, los Representantes a la Cámara y sus equivalentes en el nivel descentralizado, los gestores de políticas públicas, los diferentes agentes del sistema de salud, en especial, el talento humano, las comunidades vulnerables, los profesionales, académicos e investigadores, las organizaciones no gubernamentales, los medios de comunicación, los demás organismos estatales y la población en general. Cada componente de la sociedad juega un papel relevante.

Desde esta óptica, se hace indispensable informar sobre la importancia de comprender el propósito, contenido, operatividad y sentido de la APS en el contexto colombiano. Esto es necesario debido a que muchos actores que intervienen en el sector salud no lo hacen apropiadamente, lo que conduce a que se generen múltiples acepciones e interpretaciones. Si bien la implementación de la APS ha tenido un proceso complejo y diverso, no se puede desconocer que las condiciones de salud mejoran cuando aumenta su entendimiento. De ahí que, en aras de procurar el máximo nivel posible de salud, esta estrategia permite al sistema satisfacer las necesidades de las personas de forma inclusiva e integral, promoviendo la equidad y la calidad en la atención, bajo la ruta de lograr el acceso y la cobertura universal. En este sentido,

hacia una buena resolutiveidad en la que se proteja los derechos, se debe privilegiar la transparencia y eliminar las barreras de todo orden.

También es oportuno sensibilizar sobre las circunstancias que aumentan el riesgo y evitan concretar su efectividad. Estas no solo se limitan a problemas que puedan vincularse con el acceso, atención, gestión o regulación que, sin duda, se tornan en desafíos; también se deben a otras causas ligadas con barreras estructurales, económicas, sociales y administrativas que impiden un correcto abordaje y funcionamiento. Por ende, es crucial fomentar y adoptar políticas públicas en salud transversales que cuenten con un soporte fiscal para poder invertir en infraestructura, formación y capacitación, desarrollo de programas, entre otras medidas, tendientes a reducir las disparidades y las brechas. La protección y los mecanismos de defensa no se deben reducir a los fallos de los tribunales. Se debe asegurar una buena coordinación para atender los requerimientos de la población de manera eficiente, tal y como lo han trazado la OMS y la OPS, y en cumplimiento de los fines estatales.

Por último, hay que indicar que la construcción de indicadores con énfasis en la APS y análogos es neurálgica y urgente. En rigor, la evidencia y las experiencias reportadas tanto a nivel internacional como las de orden nacional (por ejemplo las derivadas de trabajos de campo en territorios prioritarios), son un insumo primordial. Es imperativo su estudio, análisis, consideración y fortalecimiento para cristalizar las políticas públicas en salud en bene-

ficio de los colombianos. La toma de decisiones, acompañada de expertos, la academia, la comunidad y demás convocados, es crucial para, posteriormente, evaluar el desempeño-rendimiento positivo y negativo del sistema de salud, sin trasgredir el ordenamiento jurídico. Este tipo de avances han de surtirse progresivamente para

cumplir las metas al corto, mediano y largo plazo, al tiempo que no se genere incertidumbre e inestabilidad en los destinatarios. Ese norte, igualmente, no ha de perderse de vista en el eventual caso de que prosperen cambios normativos y estructurales que tengan incidencia en la materia.

