

**EXPLORANDO EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE
SALUD PRIVADAS EN UNA LOCALIDAD DE BOGOTÁ**

RAFAEL GABRIEL RICO SALAS

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
BOGOTÁ D.C.
2011**

**EXPLORANDO EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD PRIVADAS
EN UNA LOCALIDAD DE BOGOTÁ**

RAFAEL GABRIEL RICO SALAS

**Trabajo de grado para optar al título de
Magister en Administración de Salud**

Director

Román Rafael Vega Romero

**Médico, magister en Administración de Salud y seguridad Social, Doctorado
en Administración y Políticas de Salud**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
BOGOTÁ D.C.
2011**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá D.C, enero de 2011.

“Mientras la creación y el mantenimiento de unas condiciones de vida decentes para todas las personas no sean reconocidos como una obligación natural por todos los pueblos y países -mientras tanto- no podremos hablar, con un cierto grado de justificación, de una humanidad civilizada”.

Albert Einstein, 1945

Agradecimiento:

A mi esposa Leidi Milena por su comprensión, constante apoyo y estímulo; a mis hijos Rafael, Natalia y Gabriela a quienes mi dedicación a este trabajo les quitó parte del tiempo que en otras circunstancias hubiera sido para ellos; al doctor Román Vega Romero por su paciente y sabia orientación y consejería.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	15
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.....	17
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.2. OBJETIVOS	19
1.2.1. Objetivo General.....	19
1.2.2. Objetivos específicos.....	20
1.3. PROPÓSITO	21
2. MARCO TEÓRICO.....	22
2.1. CONTEXTO INTERNACIONAL.....	22
2.2. RENOVACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL ...	30
3. METODOLOGÍA.....	37
3.1. ENFOQUE.....	37
3.2. TIPO DE ESTUDIO.....	38
3.3. POBLACIÓN.....	43
3.4. MUESTRA.....	43
3.5. VARIABLES.....	44
3.6. INSTRUMENTO DE ENTREVISTA	44
3.7. PLAN DE ANÁLISIS.....	44
4. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS.....	52
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	52
4.1.1 Instituciones incluidas.....	52
4.1.2 Convenios de contratación para la prestación de servicios	53
4.1.3 Realización de actividades de APS	55

4.1.4 Modelo de atención de APS	58
4.1.5 Articulación con la SDS	63
4.1.6 Actividades de APS desarrolladas	65
4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	66
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
5.1. CONCLUSIONES	74
5.2. RECOMENDACIONES	75
BIBLIOGRAFÍA	78
ANEXO A. INSTRUMENTO DE ENTREVISTA	84
ANEXO B. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE LA INVESTIGACIÓN DE COLCIENCIAS	88

LISTA DE TABLAS

	pág.
TABLA 1. VARIABLES EMPLEADAS PARA LA INVESTIGACIÓN.....	45
TABLA 2. INSTITUCIONES INCLUIDAS EN LA INVESTIGACIÓN.....	52
TABLA 3. TIPO DE CONTRATACIÓN.....	53
TABLA 4. REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE APS.....	55
TABLA 5. APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE APS.....	59
TABLA 6. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS ATRIBUTOS DE APS EN IPS DE BOSA...	61
TABLA 7. ARTICULACIÓN CON PROGRAMA DE APS DE LA SECRETARÍA DE SALUD.....	63

LISTA DE FIGURAS

	pág.
FIGURA 1. REALIDADES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	28
FIGURA 2. PROPORCIÓN DE IPS QUE REALIZAN DE ACTIVIDADES DE APS.	56
FIGURA 3. APLICACIÓN DE UN MODELO DE APS.	59
FIGURA 4. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS ATRIBUTOS DE APS EN IPS DE BOSA.	62
FIGURA 5. ARTICULACIÓN CON LA SDS.....	64

RESUMEN

Título: Explorando el desarrollo de la atención primaria en salud por parte de las instituciones prestadoras de salud privadas en una localidad de Bogotá.

Autor: Rafael Gabriel Rico Salas.

Palabras claves: Atención Primaria en Salud, Bosa, instituciones prestadoras de salud privadas.

Descripción: El presente trabajo consiste en la investigación sobre la forma como las IPS privadas que existen en la localidad de Bosa se articulan o no con la política de atención primaria en salud definida por el Distrito y por el Sistema General de Seguridad Social en Salud de manera general.

Para hacerlo, inicialmente se construye el marco teórico necesario para contextualizar la investigación en el marco de la ley vigente en Colombia, así como de la política definida en los últimos años por la Secretaría Distrital de Salud. Hecho esto, la investigación se centra en la aplicación de unos instrumentos de entrevista semiestructurada que se realizan directamente con los representantes de las IPS de la localidad, con el propósito de indagar sobre los mecanismos y procedimientos concretos que utilizan en materia de APS.

Por último, se confrontan los hallazgos de las entrevistas con el marco teórico previamente desarrollado, identificando la manera como cada IPS satisface o no

los atributos de los diferentes niveles de APS señalados en el marco teórico, para obtener las conclusiones y plantear recomendaciones sobre el tema. Los resultados de las entrevistas realizadas en desarrollo del presente trabajo se comparan con los obtenidos por el equipo liderado por el doctor Vega Romero en la investigación adelantada por la Universidad Javeriana con el auspicio de Colciencias.¹

¹ Vega Romero R. y Cols. Aprendiendo de las experiencias de Atención Primaria Integral de Salud - APIS - en Bogotá y Santander. Investigación en curso con el auspicio de Colciencias, Universidad Javeriana, Secretaría Distrital de Salud, Secretaría Departamental de Salud de Santander, Universidad Industria de Santander, Universidad de Ottawa.

SUMMARY

Title: Exploring the development of primary health care by the private health institutions in a locality of Bogotá.

Author: Rafael Gabriel Rico Salas.

Key words: Primary Health Care, Bosa, private health provider institutions.

Description: This work involves research on how the private HPI that exist in the town of Bosa is articulated or not the policy of primary health care defined by the District and the Social Security System in Health in general.

To do this, the theoretical framework necessary to contextualize the research within the framework of the law in force in Colombia is built, as well as the policy defined in recent years by the Secretaría Distrial de Salud. Done, the research focuses on the application of a semi-structured interview instruments that are made directly with representatives of the IPS of the locality, in order to investigate the mechanisms and specific procedures used in APS.

Finally, the findings of interviews are confronted with the previously developed theoretical framework, identifying how each IPS meets or does not the attributes of different PSA levels indicated in the theoretical framework to draw conclusions and make recommendations on the subject. The results of the interviews conducted in development of this work are compared with those obtained by the team led by Dr.

Vega Romero in the investigation undertaken by the Pontificia Universidad Javeriana and sponsored by Colciencias.

GLOSARIO

Los términos que se presentan a continuación son los contenidos en el Glosario de Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud.²

Salud. La constitución de la OMS de 1948 define la salud como: Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

Promoción de la salud. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla

Salud para Todos. La consecución de un nivel de salud que permita llevar a todas las personas una vida social y económicamente productiva.

Salud pública. La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad.

² Organización Mundial de la Salud – OMS. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra. 1998. p. 10 - 14

Atención Primaria de Salud. La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables.

Prevención de la enfermedad. La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Educación para la salud. La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

APSI: Atención Primaria en Salud Integral, tal como fue promulgada en la conferencia de Alma Ata. Es el concepto más amplio de APS, aquellas que incluyen todos y cada uno de los atributos propuestos por Bárbara Starfield: Acceso, puerta de entrada, vínculo, portafolio de servicio, integralidad, coordinación, enfoque familiar, orientación a la comunidad y formación profesional.

INTRODUCCIÓN

Aplicar el refrán que dice que es mejor prevenir que curar no resulta algo sencillo cuando se trata de la salud de miles o de millones de personas como es el caso de Bogotá, mucho más si se consideran las restricciones establecidas por la legislación vigente y por las limitaciones presupuestales de un país en desarrollo como Colombia; inclusive países con mayores niveles de desarrollo social y económico no han logrado aún resolver este problema de manera sostenible.

El hecho de que se opere precisamente en las condiciones de Bogotá hace mucho más importante la optimización de los recursos científicos y económicos de que se dispone; Bogotá en los últimos años y especialmente entre 2004 y 2008 experimentó importantes modificaciones en las estrategias oficiales para abordar el tema de atención de la salud en general y de las actividades de atención primaria en particular. Teniendo en cuenta que en Colombia rige una legislación que creó el plan obligatorio de salud en el que intervienen tanto el gobierno como regulador como entidades aseguradoras e instituciones prestadoras privadas, la articulación entre las políticas del nivel nacional y las estrategias de nivel local resulta un asunto complejo, dado que cada uno de esos actores tiene intereses y prioridades que no siempre coinciden.

Además de los actores del SGSSS, prevalecen unas instituciones privadas que no necesariamente reciben recursos del plan obligatorio ni de manera directa ni

indirecta y que sin embargo siguen siendo las preferidas por un segmento de la población cuando se trata de recibir servicios de salud. Por esa razón resulta muy importante conocer cuáles son las acciones que estas IPS privadas adelantan en materia de APS de la población a la que atienden.

Esta investigación se desprende, complementa y toma información del estudio avalado por Colciencias que actualmente desarrolla el equipo liderado por el doctor Román Vega Romero "*Aprendiendo de las experiencias de Atención Primaria Integral de Salud - Apis - en Bogotá y Santander*" mediante contrato 683 de 2009 entre Colciencias y la Pontificia Universidad Javeriana. Se desarrolla una estrategia de estudio de caso en la localidad de Bosa de la ciudad de Bogotá, localidad que igualmente está incluida dentro de las seleccionadas en el estudio de Vega Romero.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención primaria en salud (APS), aprobada por los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, fue concebida como una estrategia para lograr la meta de “Salud para todos” en el año 2000, meta que desafortunadamente no se cumplió, sin embargo, la intención de lograr salud para todos, sigue vigente, de manera que el desarrollo de modelos o sistemas de salud centrados en la APS, debe continuar en la agenda de los gobiernos y de la comunidad en general.³

Un desafío de los sistemas de salud es garantizar el derecho a la salud mediante el acceso universal, coberturas según las necesidades con integralidad y continuidad, equidad en el acceso y obtención de resultados como expresión de justicia social. Una estrategia para responder a este desafío, fue la APS, definida hace tres décadas en la Conferencia Mundial de Alma-Ata.⁴

A pesar que varios países de la región han mostrado avances en la implementación de la APS con resultados alentadores, Colombia pareciera que caminara en contrasentido, pues la reforma del sector salud de 1993 anuló las

³ Organización Mundial de la Salud - OMS. Los Hospitales y la Salud para Todos. Informe de un comité de expertos sobre la función de los hospitales en el primer nivel de Envío de Casos. Ginebra. Suiza. 1987. p. 17.

⁴ OMS. Consejo Ejecutivo. Actas resumidas. Ginebra. 2007. 232 pp.

contadas muestras de desarrollo de APS que avanzaban en algunos sistemas locales en la década de los 80s.⁵

Desafiando las limitaciones del sistema, algunas autoridades locales y territoriales han implementado modelos que rescatan algunos lineamientos de la APS, como lo es el caso de Bogotá.⁶ Sin embargo, a pesar de las reconocidas bondades de los modelos basados en APS, y de que el decreto 3039 de 2007 mediante el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010, rescata y promueve que se desarrollen modelos de atención con enfoque de APS⁷, se presenta oposición a su implementación por parte de diferentes sectores, como el político, económico e incluso de algunos actores importantes del SGSSS como lo son las aseguradoras conocidas en el país como Empresas Promotoras de Salud (EPS) y los prestadores conocidos como Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)⁸. Por último, si bien por mandato de la Ley 1122 de 2007 las EPS tienen, entre otras, la función de gestionar el riesgo en salud que incluiría acciones como las que pueden realizarse desde la APS para evitar que la población enferme, éstas siguen centrando sus acciones en la administración del riesgo financiero.

Precisamente, una de las debilidades en la implementación de la APS promovida por gobiernos territoriales, ha sido el no lograr influenciar a ciertos actores como aseguradores y prestadores privados para que se involucren con este enfoque, o que articulen sus acciones a las de los entes territoriales.⁹

⁵ VEGA Román et al. Atención Primaria Integral de Salud. Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y logro de la equidad en salud. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. 2008. p. 28.

⁶ *Ibíd.* p. 256.

⁷ COLOMBIA. Ministerio de la protección social de Colombia. Decreto 3039 de 2007. por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Diario Oficial. Agosto 10 de 2007. p. 8.

⁸ Vega Romero, et al, *Óp. Cit.*

⁹ *Ibíd.*

Por la vigencia que tienen los principios de la APS, según lo ratifica la OPS en la 55.a sesión del Comité Regional realizado en *Washington, D.C., EUA, 22 al 26 de septiembre de 2003*, como estrategia para resolver los actuales problemas de los sistemas de salud en América Latina y en forma particular al SGSSS colombiano, se hace pertinente explorar qué tanto las actividades que realizan las IPS de carácter privado que contratan con EPS la prestación de sus servicios de primer nivel a la población son coherentes con las características y/o principios de la Atención Primaria de Salud.

De este modo, esta investigación pretende responder las siguientes preguntas: ¿Fundamentan algunas de las IPS privadas con sede en la localidad de Bosa de Bogotá sus actividades de salud en la APS?; ¿En qué grado las actividades que realizan dichas IPS cumplen con los atributos de la APS proclamada en Alma Ata?; ¿Cuáles factores influyen en las IPS privadas para decidir si en sus actividades adoptan o no, los atributos de la APS?; ¿Hay alguna relación entre los posibles atributos de APS desarrollados por las IPS privadas de la localidad de Bosa de Bogotá y los de la estrategia de APS promovida por la Secretaría Distrital de Salud?. ¿La estrategia de APS promovida por la Secretaría Distrital de Salud ha logrado impactar a las IPS privadas de la localidad de Bosa?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General.

Describir las características de los programas de APS desarrollados por las IPS de carácter privado en la localidad de Bosa Bogotá, su relación con la estrategia de APS del gobierno distrital, y determinar los factores que han influido en la decisión de realizarlos o no y en las características de los programas de APS adoptados.

1.2.2. Objetivos específicos.

1. Conocer la proporción de IPS privadas con influencia en la localidad de Bosa de Bogotá que dicen desarrollar programas de APS.
2. Conocer las características de los atributos de APS que desarrollan las IPS de carácter privado con influencia en la localidad de Bosa de Bogotá y compararlas con las de carácter público de la misma localidad y que llevan 6 años aplicando la estrategia de APS de la secretaria Distrital de Salud.
3. Determinar el grado de cumplimiento de los atributos de la APS tal como fueron formulados en la declaración de Alma Ata por parte de las IPS de carácter privado en la localidad de Bosa de Bogotá.
4. Determinar los factores que influyen a las IPS de carácter privado de la localidad de Bosa de Bogotá para desarrollar o no programas de APS.
5. Determinar la existencia de relación entre los atributos de APS que desarrollan algunas IPS de carácter privado en la localidad de Bosa de Bogotá con los del modelo de APS implementado por la Secretaría Distrital de Salud en la misma localidad.

1.3. PROPÓSITO

El presente estudio aporta información que permita conocer la aplicación de la APS por parte de uno de los actores del Sistema de Salud Colombiano (los prestadores privados y en forma indirecta los aseguradores) con el fin de plantear alternativas de reforzamiento y articulación con los otros actores y así contribuir al desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud con perspectiva integral en el marco del SGSSS.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. CONTEXTO INTERNACIONAL

En la 30ª Asamblea Mundial de la Salud, del año 1977, los Estados Miembros decidieron de manera unánime que el principal objetivo social que debía alcanzarse en sus respectivos países era un nivel de salud para todos sus ciudadanos que les permitiera desarrollar una vida social y económicamente productiva para el año 2000.¹⁰

Como estrategia para el logro de dicho objetivo se definió en Alma Ata la Atención Primaria en Salud (APS) como:

La Atención Primaria en Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.¹¹

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud - OPS. 55ª sesión del Comité Regional realizado en Washington, D.C., EUA, 22 al 26 de septiembre de 2003. Documento electrónico. Disponible en Internet. Consultado en noviembre 20 de 2010. www.paho.org.

¹¹ OPS. DECLARACION DE ALMA-ATA. conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Documento electrónico. Disponible en internet. Consultado en noviembre 21 de 2010. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

La declaración planteó diez puntos, que aunque no eran obligatorios para los países miembros, deberían servirles de marco para el desarrollo o reformas a los sistemas de salud que se dieran en el futuro. Los diez puntos son:¹²

- I. La Conferencia reafirma tajantemente la salud como aquel estado de total bienestar físico, social y mental, y no simplemente la falta de enfermedades o malestares, siendo un derecho humano fundamental y convirtiendo a la búsqueda del máximo nivel posible de salud en la meta social más importante a nivel mundial, cuya realización requiere de la participación de otros sectores sociales y económicos en adición al sector salud.

- II. La existencia de una gran desigualdad en la calidad de la salud entre las personas, entre países desarrollados y subdesarrollados así como al interior de los mismos países, es políticamente, socialmente y económicamente inaceptable y es, por lo tanto, una preocupación común de todos los países y no solamente de los países en vía de desarrollo.

- III. El desarrollo social y económico, basado en el Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia básica para el logro cabal del libre acceso a la salud y de la reducción de la brecha existente entre el nivel de salud de los países en vías de desarrollo y de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud es esencial para un desarrollo económico y social sustentable, contribuyendo además a mejorar la calidad de vida, la reducción de la violencia y la obtención de la paz mundial.

¹² OPS. DECLARACION DE ALMA-ATA. Óp. Cit.

- IV.** Los individuos de una sociedad poseen el derecho y el deber de participar, tanto colectiva como individualmente, en el planeamiento e implementación del cuidado de la salud en sus comunidades.
- V.** Los entes gubernamentales tienen una responsabilidad para garantizar el cuidado de la salud de sus individuos, la cual sólo puede ser obtenida mediante la disposición de medidas sociales y salud adecuadas a las necesidades de los pueblos. El objetivo principal de los distintos gobiernos, las organizaciones internacionales y la comunidad internacional en las décadas posteriores a la declaración debió ser, alcanzar para el año 2000 un estado de salud que permitiera a las personas tener una vida económica y socialmente productiva, siendo la APS, la clave para conseguir esta meta de desarrollo dentro del espíritu de la justicia social.
- VI.** La atención primaria de Salud (APS), según Alma Ata, es la Asistencia Sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un coste aceptable por la comunidad y el país para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo.
- VII.** Para la atención correcta de los principales problemas de salud, la atención primaria debe prestar servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, y por consiguiente incluye:
- La educación acerca de los problemas de salud y los métodos de cómo prevenirlos y controlarlos.

- La promoción del suministro de alimentos y la nutrición apropiada.

- El desarrollo de una adecuada fuente de agua potable y de salubridad básica.

- El cuidado maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar.

- La vacunación en contra de las más importantes enfermedades infecciosas.

- La prevención y control de enfermedades endémicas locales.

- El tratamiento apropiado de enfermedades comunes y lesiones.

- Proporcionar los medicamentos esenciales.

Implica, en adición al sector salud, todos los sectores relacionados a los aspectos del desarrollo de los países y las comunidades, en particular los sectores de agricultura, cría de animales, alimentación, industria, educación, vivienda, trabajos públicos, comunicaciones y otros; demandando los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.

Requiere y promueve el máximo de autoestima social e individual, y la participación en la planeación, organización, operación y control de la atención primaria de salud, haciendo un uso completo de los recursos locales y nacionales disponibles; para este fin se promocionará la adecuada educación y aumento de la participación ciudadana.

Confía en los niveles locales y los trabajadores de la salud, incluyendo médicos, enfermeros, parteros, médicos auxiliares y trabajadores comunitarios, unidos en un equipo bien entrenado técnica y socialmente para responder a las necesidades de la comunidad.

VIII. Todos los gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para iniciar y sostener la atención primaria de salud como parte de un amplio sistema nacional de salud y en coordinación con otros sectores. Para esto será necesario un ejercicio político que movilice los recursos del país y use los recursos externos de forma racional.

IX. Todos los países deberían colaborar en el espíritu de sociedad y servicio para asegurar la atención primaria de salud para todas las personas del mundo tomando en cuenta que el logro de la salud por persona en algún país directamente beneficiará a todos los demás países. En este contexto la junta OMS/UNICEF informó que la atención primaria constituye una base sólida para el desarrollo futuro alrededor del mundo.

- X. Un aceptable nivel de salud para todas las personas del mundo podía lograrse para el año 2000 si se extendía y mejoraba el uso de recursos a nivel mundial para la salud, en vez de ser utilizada en la adquisición de armamentos y en los conflictos militares. Una política genuina de independencia, paz y desarme podía y debía liberar recursos adicionales que bien podían ser utilizados en la aceleración del desarrollo económico y social.

Sin embargo, posterior a la declaración de Alma Ata se presentaron a nivel mundial una serie de circunstancias económicas que afectaron de alguna u otra forma a todos los países, principalmente a los más pobres, el nuevo orden económico resultante fue usado como excusa para que la misma UNICEF, promotora de la declaración de Alma Ata, redujera la APSI a lo que se conoce como Atención Primaria en Salud Selectiva (APSS). Los acontecimientos adversos ocurridos en la década de los ochentas fueron:

- Disminución de los ingresos medios entre un 10% y un 25% en casi toda África y en la mayor parte de América Latina.
- En los 37 países más pobres se han registrado reducciones del 50% en el gasto per cápita en atención de salud.
- En estos 37 países el gasto en educación bajó un 25%. Y en casi la mitad de los 103 países en desarrollo con datos recientes se aprecia un descenso en el porcentaje de niños y niñas de 6 a 11 años escolarizados

en la enseñanza primaria. Esto tiene especial importancia para la salud, ya que el nivel medio de educación femenina suele relacionarse con la mortalidad infantil.

Figura 1. Realidades de la Atención Primaria en Salud



Fuente: *Otro contratiempo para la Atención Primaria de Salud Integral: la recesión mundial de los años 80. Cuestionando la solución: Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil.* David Werner y David Sanders con Jason Weston, Steve Babb y Bill Rodriguez.

Ante estos aparentes obstáculos que le restaban viabilidad al amplio y renovador planteamiento de Alma Ata, la UNICEF se inclinó por otro más conservador y que gozaría de mayor apoyo por los gobiernos poderosos e instituciones de financiación, el de la supervivencia infantil (*Werner et al*). Fue así como la APSI se desdibujó, resultando de ello una serie de programas selectivos dirigidos a grupos poblacionales específicos y considerados por los financiadores como costo – efectivos.¹³

¹³ Werner y Cols La Psicología de la Salud Latinoamericana: Hacia la Promoción de la Salud. En: Revista Internacional de Psicología de la Salud Vol. 2, nº 1. 2001. p 153-172.

Durante los años 80 y 90, las agencias económicas internacionales con franca influencia neoliberal propusieron importantes ajustes estructurales que también contribuyeron a la desviación de los principios integralizadores de Alma – Ata hacia enfoques selectivos. Las reformas hechas en estas décadas a los sistemas de salud de la mayoría de los países de la región, respondieron a las exigencias de la banca internacional enfocadas a reducir el gasto del estado por lo que se orientaron a la implementación de procesos de descentralización y privatización.¹⁴

Otra versión, producto de la tergiversación que ha sufrido la APS postulada en Alma Ata, es la conocida como cuidado primario, atención de salud básica o atención de salud de primer nivel predominante en países desarrollados. En esta versión también prima el principio de costo efectividad, se refuerza el primer nivel de atención básica para la resolución de las mayorías de problemas de salud prevalentes en la población con orientación individual, familiar y comunitaria (Starfield, 2001).

Aspectos directamente asociados a la ejecución de la estrategia de APS, como el gasto público en salud, el acceso a agua potable, el parto atendido por personal capacitado o el alfabetismo, entre otros, ven reflejados importantes desigualdades geográficas, de género y socioeconómicas al ser desagregadas por nivel y, sobre todo, por brecha de ingreso. Esta constatación documenta la vigencia de la meta de Salud para todos (SPT) y la necesidad de incorporar una perspectiva de

¹⁴ Ibíd.

equidad en la APS, inspiración fundamental de la Declaración de Alma-Ata (OPS, 2003).

2.2. RENOVACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL

A pesar del no cumplimiento de la meta Salud para todos (SPT) en el año 2000 propuesto por la OMS en 1978, la misma organización y en especial la OPS continúan haciendo esfuerzos para retomar los objetivos trazados, sugiriendo a los países miembros los principios que deben regir la reforma de sus sistemas de salud.

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.¹⁵

En el 2003 durante 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

¹⁵ OPS, ¿Es posible extender los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud? Lecciones aprendidas de la extensión de los programas verticales. Washington, D.C, 2007. Documento electrónico. Disponible en Internet. Obtenido en www.paho.org

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”.¹⁶

En el 2007 la OPS partiendo de las lecciones dejadas hasta ahora por la experiencia de algunos países con la implementación de programas centrados en APS, ha sugerido superar los siguientes obstáculos:¹⁷

- Recursos humanos limitados.
- Frágil gobernanza nacional en salud.
- Sistemas de adquisiciones lentos.
- Recursos financieros y sistemas de gestión pobres.
- Limitado potencial de sostenibilidad.
- Poca o ninguna información de salud.
- Falta de coordinación entre el gobierno y las organizaciones privadas.

¹⁶ OPS. Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington, C.C., EUA, 22 al 26 de septiembre de 2003. Documento electrónico. Disponible en Internet. Consultado en noviembre 21 de 2010. www.paho.org

¹⁷ OPS. ¿Es posible extender los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud? Lecciones aprendidas de la extensión de los programas verticales. Washington, D.C, 2007. Documento electrónico. Disponible en Internet. Consultado en noviembre 22 de 2010. www.paho.org

Igualmente el enfoque de Atención Primaria de Salud ha sido retomado y reforzado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS como estrategia fundamental para influir sobre los determinantes sociales de las inequidades en salud¹⁸

La propuesta incluye un abordaje holístico de la salud que comprende al individuo, a la familia, a la comunidad y al entorno ambiental, social y político. Contempla una articulación con los niveles secundarios y terciarios del sistema de salud, actuando en las distintas fases de la historia natural de la enfermedad con intervenciones en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y acompañamiento (WHO/CSDH, 2008). Pero el enfoque de atención primaria de salud no se circunscribe al terreno exclusivo del sector salud, sino que bajo el principio de intersectorialidad propende por la garantía del acceso al agua potable y al saneamiento adecuado; adecuado suministro de alimentos, nutrición y vivienda; condiciones ocupacionales y ambientales saludables; acceso a educación e información relacionada con la salud, incluyendo la relacionada con salud sexual y reproductiva.

Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptable para la población y que promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hace énfasis en la promoción y la prevención, y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción. Un sistema de salud basado en la APS requiere de un marco legal, institucional y organizacional, así como de recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles para alcanzar la calidad, la eficiencia y la efectividad, y desarrolla mecanismos activos para maximizar a participación individual y colectiva en salud. Un

¹⁸ OMS. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. 2008. Documento electrónico. Disponible en Internet. Consultado en noviembre 12 de 2010. [www.who.int /social_determinants](http://www.who.int/social_determinants)

sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y de la equidad en salud.¹⁹

En la región de América Latina incluyendo a Colombia, a pesar de los planteamientos de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad contenidos en la Declaración de Alma-Ata y el llamado a la reorientación de los servicios de salud contenido en la Carta de Ottawa, todavía predominan los modelos asistenciales de tipo curativo, de especialidad médica y de atención intrahospitalaria.

Sin embargo, algunos países de la región convencidos de los atributos de la APSI, la han considerado indispensable para garantizar el derecho a la salud y la equidad en salud, implementándola en el marco de procesos de cambios sustanciales de tipo políticos, sociales y económicos²⁰. En Colombia se insinuó tímidamente la implementación de algunas actividades de atención primaria que buscaban mejorar las condiciones de salud de algunos grupos vulnerables, pero la reforma del sector mediante la Ley 100 de 1993 que privilegió un modelo centrado en el mercado y en el asistencialismo, eclipsó dichas actividades²¹

Desafiando las limitaciones del sistema, algunas autoridades locales y territoriales han implementado modelos que rescatan algunos lineamientos de la APS, como lo

¹⁹ OPS OMS. Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la APS. La renovación de la APS en las Américas: orientación estratégica y programática para la organización. 2005. Documento electrónico. Disponible en Internet. Consultado en noviembre 13 de 2010. www.paho.org

²⁰ VEGA Román et al. Atención Primaria Integral de Salud Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad en salud. Secretaría Distrital de Salud. 2009. pp. 103 – 105.

²¹ VEGA ROMERO R. y COLS. La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. En Medicina Social volumen 3, número 2, mayo 2008. Documento electrónico. Disponible en Internet. Consultado en noviembre 14 de 2010 www.medicinasocial.info

es el caso de Bogotá, que en el marco del Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas de Bogotá para el período 2004-2008, implementaron la política sectorial “*Salud para una Vida Digna*”, que se desarrollaría en el mismo período 2004-2008²². Esta política debidamente consultada y debatida con los distintos actores del sector se desarrolló sobre la línea de: “*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*”, rigiéndose bajo los valores y principios de: “*Salud como un derecho humano fundamental, equidad, solidaridad, autonomía y reconocimiento de las diferencias*”.²³

Las estrategias adoptadas por la Secretaría Distrital de Salud para el cumplimiento de los objetivos fueron: 1) la estrategia del modo promocional de vida y salud y 2) la estrategia de APS. La estrategia de APS fue fundamentada en cuatro fuentes²⁴:

- Declaración de Alma Ata.
- 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.
- El trabajo conceptual y científico desarrollado por Bárbara Starfield a partir de los principios de APS planteados en la declaración de Alma Ata y que son enunciados en la parte metodológica de este documento.
- El enfoque de salud pública denominado ‘modo promocional de calidad de vida y salud’.

²² Vega Romero R y Cols. La Política de salud en Bogotá, 2004 – 2008. Óp. Cit.

²³ Ibíd.

²⁴ Ibíd.

Sin embargo, a pesar de las reconocidas bondades de los modelos basados en APS, se presenta oposición a su implementación por parte de diferentes sectores, como el político, económico e incluso de algunos actores importantes del SGSSS como lo son las aseguradoras y prestadoras (IPS)²⁵, y si bien por mandato de la Ley 1122 de 2007²⁶ tienen entre otras, la función de gestionar el riesgo en salud, se centran en la administración del riesgo financiero.

Precisamente, una de las debilidades en la implementación de la APS promovida por gobiernos territoriales, ha sido el no lograr influenciar a los aseguradores y prestadores para que se involucren con este enfoque, o que articulen sus acciones a las de los entes territoriales.²⁷

En una entrevista concedida al periódico El Pulso por el entonces secretario distrital de salud de Bogotá, doctor Román Vega este afirmó (*Franco R Luis Fernando. La salud requiere una lógica distinta a la del mercado. Entrevista concedida por Román Vega Romero como secretario distrital de salud de Bogotá publicada en el Periódico El Pulso*):

Salud a su Hogar logró que el contrato firmado el 1º de abril de 2004 incluyera una cláusula que señalaba la atención primaria como una estrategia obligatoria por parte de las ARS y que debía expresarse en los contratos firmados entre las ARS y los prestadores, así como se expresaba en el contrato realizado entre la Secretaría Distrital de Salud y las ARS. Las ARS aceptaron la propuesta pero en la práctica no ha habido un compromiso efectivo porque la estrategia planteada en “Salud a su Hogar” reorganiza territorialmente la oferta de servicios de salud: Si la estrategia de las ARS era montar barreras de acceso geográfico y organizacional, fragmentando así la contratación con los hospitales,

²⁵ Vega Romero et al, 2008. Óp. Cit.

²⁶ Colombia. Congreso de la República. Ley 1122 de 2007. Reforma al sistema general de seguridad social en salud. Diario Oficial. n. 46506. 9, enero, 2007. p. 60.

²⁷ Vega Romero R. y Cols. Aprendiendo de las experiencias de Atención Primaria Integral de Salud - APIS - en Bogotá y Santander. Investigación en curso con el auspicio de Colciencias, Universidad Javeriana, Secretaría Distrital de Salud, Secretaría Departamental de Salud de Santander, Universidad Industria de Santander, Universidad de Ottawa.

atendiendo el parto en un hospital, la urgencia en otro, la consulta general en una IPS privada de su propiedad, “Salud a su Hogar” busca, por el contrario, integrar las acciones en salud, pero además, busca resolver el problema de las distancias para acceder al médico general, a la enfermera y al equipo básico de salud; entonces, nuestra forma de territorializar la atención le obliga a las ARS a redefinir su marco de contratación con los hospitales. Medidas de este tipo no han sido de buen recibo porque las ARS piensan sólo en las ganancias económicas, en que tendrán que invertir más, y se resisten a hacerlo.²⁸

Por la vigencia que tienen los principios de la APS, según lo ratifica la OPS en la 55.a sesión del Comité Regional realizado en *Washington, D.C., EUA, 22 al 26 de septiembre de 2003*, como estrategia para resolver los actuales problemas de los sistemas de salud en América Latina y en forma particular al SGSSS colombiano, se hace pertinente explorar sobre la congruencia entre las actividades que realizan los prestadores privados como uno de los principales actores del sistema en Colombia, con los atributos de la Atención Primaria de Salud proclamados en Alma Ata, más aún cuando el decreto 3039 de 2007 mediante el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010, promueve que se desarrollen modelos de atención con enfoque de APS.²⁹

²⁸ VEGA, Román. La Salud requiere una lógica distinta a la del mercado. Entrevista. *En Momento Médico*. Documento electrónico. Disponible en Internet. Consultado en diciembre 1 de 2010. http://www.asmedasantioquia.org/momento_medico/edicion_82/roman_vega.htm

²⁹ COLOMBIA. Ministerio de la protección social de Colombia. Decreto 3039 de 2007. Óp. Cit.

3. METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE

La aplicación del método científico para la investigación reconoce dos enfoques, el cualitativo y el cuantitativo, que tienen elementos comunes así como grandes diferencias conceptuales y de aplicación. Según Grinner citado en Hernández Sampieri,³⁰ los elementos comunes de los dos enfoques son entre otros, el empleo de la observación y de la valoración de eventos o fenómenos, las que generan el establecimiento de suposiciones, para pasar luego a evaluar en qué medida estas suposiciones tienen fundamento; ambos enfoques emplean ciertas formas de análisis para establecer estas suposiciones y proponen la realización de nuevas investigaciones u observaciones a partir de los resultados alcanzados.

El enfoque cualitativo es también conocido como enfoque holístico porque pretende considerar el todo, sin reducirlo al estudio de sus partes. Frecuentemente se emplea al inicio de algunas investigaciones como una forma de identificar la información que permitirá conocer el fenómeno en su totalidad, para después adentrarse a formular preguntas o hipótesis; es frecuente que se base en métodos de recolección de datos sin medición numérica, empleando en cambio descripciones y observaciones. Se propone reconstruir la realidad tal y como la observan los actores de un determinado sistema social.

³⁰ GRINNET, Alejandro. Metodología de la Investigación. Pearson Educación. 1999. Citado por Hernández Sampieri, Roberto; et al. Metodología de la Investigación. 2ª. ed. McGraw-Hill. México, D.F., 2001. Pág. 52 - 134

Entre las técnicas empleadas en el enfoque cualitativo están la observación no estructurada, las entrevistas abiertas, la revisión de documentos, la discusión grupal, historias de vida, entre otras, pues estos estudios no pretenden generalizar los resultados a poblaciones más amplias ya que no se interesa en obtener muestras representativas. Se fundamenta en un proceso inductivo, yendo desde lo particular a lo general.

Dadas características del problema que se pretende estudiar a través de la presente investigación, del tamaño de la población objeto del estudio y de las condiciones en las cuales se realiza la investigación, el enfoque que mejor se adapta es el enfoque cualitativo. Sin embargo, como se requiere que las conclusiones y recomendaciones del trabajo resuelvan no solamente el caso de una institución en particular, se hace necesario acudir también al método cuantitativo, con el fin de identificar tendencias de comportamiento que permitan, a su vez, formular propuestas que tengan el mayor nivel posible de aplicación.

3.2. TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio de caso en la localidad de Bosa de Bogotá con una metodología de Investigación fundamentada en un enfoque de complementarismo metodológico -cuantitativo/cualitativo-. Adicionalmente, teniendo en cuenta los objetivos que se busca cumplir, se trata de una exploración de tipo descriptivo, dado que lo que se busca es confrontar los hallazgos con los planteamientos teóricos previamente estudiados en relación con los atributos propios de los diferentes conceptos de APS descritos en el marco teórico, a fin de identificar su

correspondencia y, con base en ello, proponer unas alternativas que permitan solucionar la situación problemática planteada.

La metodología incluye dos tipos de componentes que se complementan entre sí:

- Uno cuantitativo para describir y analizar el porcentaje de empresas prestadoras que manifiestan incluir en su prestación de servicios actividades con atributos de APS, aquellas que efectivamente tienen diseñado e implementado un modelo de prestación de servicios basado en APS con sus características, y para describir el desempeño en atributos de la APS en la prestación de servicios de salud.
- Otro cualitativo para el análisis de las motivaciones que influyen en las IPS privadas en la decisión de incluir o no en sus modelos de atención, los atributos de APS.

En el componente cuantitativo, que va principalmente enfocado a cumplir con el objetivo específico número 3, se emplea una metodología de evaluación rápida del cumplimiento de los atributos de la APS inicialmente propuesta por Bárbara Starfield³¹, aplicada y validada en Brasil por Macinko y Almeida et al³² y recientemente adaptada y aplicada en la Localidad de Suba en Bogotá por Vega, Martínez y Acosta.³³

³¹ Starfield Bárbara. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. (1ra Ed.). Barcelona. Masson. 2001.

³² Macinko J, Almeida C and Klingelhofer DSP. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. Health Policy and Planning 2007. pp. 167-177.

³³ VEGA Román, MARTÍNEZ Jorge, ACOSTA Naydú. Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud – APS. Pontificia Universidad Javeriana. 2009. p. 24.

Para este componente se analiza la información extraída de las variables 8 a 16 descritas en la respectiva tabla del presente documento, la cual es obtenida en forma secundaria de la investigación que adelanta el grupo liderado por Vega Romero con cada uno de los actores seleccionados (usuarios, profesionales a cargo de la prestación de servicios, coordinadores y decisores de los programas de atención primaria), con relación al desempeño de los atributos propuestos por Bárbara Starfield descritos a continuación:

- Primer contacto: Existencia de una fuente regular de atención disponible dirigida a la atención en salud de la población.
- Acceso: Oportunidad de utilización de los servicios por la ausencia de barreras económicas, geográficas, organizacionales y culturales.
- Vínculo o longitudinalidad: Posibilidad de lograr una atención en salud permanente en el tiempo, así como regularidad en la relación entre el usuario y un proveedor estable de los servicios médicos.
- Integralidad: Conjunto de servicios disponibles que permitan cubrir las necesidades y problemáticas de salud de los diversos grupos que conforman la población usuaria. Incluye los diversos componentes de la atención en salud: promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- Coordinación: Existencia de mecanismos de comunicación, referencia y contra-referencia entre los diversos proveedores de servicios para evitar la fragmentación de la atención en salud.

- Enfoque familiar: Considera la importancia del entorno y los antecedentes familiares dentro de los condicionantes del proceso salud-enfermedad, así como la necesidad de facilitar y fomentar la participación y apoyo familiar en la atención en salud.
- Orientación a la comunidad: Fomento de la participación comunitaria en la definición de necesidades y en las alternativas para su intervención.
- Formación profesional específica: Que el recurso humano tenga una capacitación coherente con las características específicas del enfoque de APS, de tal manera que garantice la apropiación y aplicación efectiva de sus principios, valores y atributos.

La recolección de la información en el estudio liderado por el doctor Román Vega Romero *"Aprendiendo de las Experiencias de Atención Primaria Integral de Salud - Apis - En Bogotá y Santander"*, y que constituye insumo para la presente investigación, se realiza a través de una encuesta por entrevista con cuestionarios estructurados de preguntas (entre 90 y cien) con respuestas cerradas con una escala valorativa preestablecida, en un rango de 1 a 6, la cual tiene como opciones: (1) nunca: 0 por ciento; (2) casi nunca: 1-20 por ciento; (3) algunas veces: 21-40 por ciento; (4) muchas veces: 41-60 por ciento; (5) casi siempre: 61-80 por ciento y (6) siempre: 81-100 por ciento, y la opción "no sabe". Esta se aplica a una muestra de usuarios, profesionales a cargo de la prestación de servicios, coordinadores y decisores de los programas de atención primaria de instituciones públicas y privadas de salud de la localidad de Bosa de Bogotá, con el fin de lograr captar, en el momento de la atención y durante el proceso de

trabajo, sus percepciones sobre los atributos basadas en las experiencias previas o contactos con los servicios de salud.³⁴

Para el cumplimiento del objetivo 1 se tiene en cuenta la información suministrada por los representantes de las IPS, en el sentido de si a su juicio, desarrollan o no programas de APS. Las respuestas se presentan mediante proporciones cuyo denominador es el total de las IPS encuestadas.

Para el objetivo 2 se utiliza la información obtenida tanto de la evaluación rápida del cumplimiento de los atributos de APS descrita en este documento, como de las respuestas dadas por los representantes de las IPS a la pregunta abierta sobre las características de su modelo en caso de que lo desarrollen. La información permite clasificar a las IPS que tienen diseñado un modelo de prestación de servicio con enfoque de atención primaria en: a) modelo de APS integral, tal como la promulgada en Alma Ata. Es el concepto más amplio de APS, aquellas que incluyen todos los atributos; b) modelo de APS selectivo solo con actividades costo – efectivas dirigidas a grupos de poblaciones marginados y/o vulnerables; c) modelo de APS básico que incluye solo actividades de primer nivel de atención.

Para el componente cualitativo enfocado a cumplir con los objetivos 4 y 5, se obtuvo información inédita en forma directa (primaria) por este trabajo, utilizando

³⁴ MACINKO J, ALMEIDA C and Klingelhofer. Óp. Cit.

en el formulario preguntas de tipo abiertas y cerradas, que son el insumo para las variables 4 a 6 y 16 descritas en la respectiva tabla del presente documento. Estas preguntas son aplicadas a coordinadores y decisores de los programas de atención primaria en las respectivas IPS, seleccionadas durante la misma entrevista semiestructurada.

3.3. POBLACIÓN

La población objeto del estudio son las IPS privadas y públicas ubicadas en la localidad de Bosa de Bogotá, información que se obtuvo de las bases de datos de la Secretaría de Salud sobre la red de prestadores de las localidades. Es importante resaltar la colaboración recibida de las diferentes IPS que operan en esta localidad para la realización del presente trabajo, las que respondieron generosamente al contacto telefónico o electrónico inicial del autor; solamente una de ellas (el Centro Médico Colsubsidio Chicalá – Bosa) se abstuvo de suministrar la información solicitada y de atender la entrevista.

3.4. MUESTRA

En el estudio *"Aprendiendo de las Experiencias de Atención Primaria Integral de Salud - Apis - en Bogotá y Santander"* que entre otras localidades, incluye a la de Bosa, se seleccionó la Empresa Social del Estado (Hospital Pablo VI, ESE I nivel) adscrita a la Secretaría de Salud, particularmente los puntos de atención (equipos de APS Salud a Su Casa) que operan la estrategia de APS desarrollada por la Secretaría Distrital de Salud (SDS). De las privadas se seleccionan aquellas IPS

de nivel I que tienen registro de habilitación que notifican a la dirección de Salud Pública de la SDS y ubicadas, para efectos de comparación con las públicas, en la misma zona geográfica de las públicas, es decir, en los territorios donde se desempeñan los equipos de APS (Salud a su Hogar/ Salud a su Casa) del Hospital de primer nivel del ente territorial. En la localidad se seleccionaron 12 puntos de atención del sector público y 8 IPS privadas.

3.5. VARIABLES

Las variables empleadas en la investigación se presentan en la tabla 1.

3.6. INSTRUMENTO DE ENTREVISTA

Para la obtención de la información de campo se utilizó un instrumento de entrevista que se presenta en el Anexo A de la presente investigación.

3.7. PLAN DE ANÁLISIS

Para el análisis se construyen índices que agrupan las respuestas de las preguntas específicas de los diversos atributos de la APS, y además se construye un índice general que califica el desempeño global. El proceso de análisis comprende un componente descriptivo del desempeño en los atributos de APS, mediante el análisis de las diferencias en el índice de desempeño por cada grupo de atributo y las diferencias en el índice total, entre las instituciones públicas y privadas que dicen desarrollar actividades de APS, para cada uno de los tipos de entrevistados: usuarios, profesionales, coordinadores, decisores o gestores.

Tabla 1. Variables empleadas para la investigación.

No.	Nombre variable	Definición	Medición
1.	IPS privadas que dicen realizar programas de APS en la localidad de Bosa de Bogotá	Instituciones prestadoras de salud de la localidad de Bosa cuyo representante manifiesta realizar actividades de APS	# de IPS cuyo representante manifiesta realizar actividades de APS/ # total de las IPS encuestadas.
2.	IPS privadas que han diseñado un modelo de atención fundamentado en APS para la población contratada con las EPS	IPS de la localidad de Bosa que efectivamente tienen diseñado un modelo de atención fundamentado en APS para la población contratada con las EPS	# de IPS que efectivamente tienen diseñado un modelo de atención fundamentado en APS para la población contratada con las EPS/ # total de IPS encuestadas
3.	Caracterización y operatividad del modelo de APS diseñado por IPS privadas de la localidad de bosa de Bogotá	Descripción dada por el representante de las IPS sobre las características y forma de operación del modelo de APS implementado	Se analizarán las diferentes descripciones y se buscarán puntos convergentes y divergentes entre cada IPS.
4.	Motivación (es) para realizar programas de APS por parte de las IPS privadas de la localidad de Bosa	Razón(es) referidas por los representantes de las IPS para el desarrollo de actividades de APS	Lista en orden descendente de frecuencias de las razones referidas por los representantes de las IPS para el desarrollo de actividades de APS
5.	Motivación (es) para NO realizar programas de APS por parte de las IPS privadas de la localidad de Bosa	Razón(es) referidas por los representantes de las IPS para no realizar actividades de APS	Lista en orden descendente de frecuencias de las razones referidas por los representantes de las IPS para no realizar actividades de APS

Tabla 1. Variables empleadas para la investigación. (Continuación)

No.	Nombre variable	Definición	Medición
6.	Relación entre la decisión de realizar actividades de APS por parte de las IPS privadas de la localidad de Bosa, con la forma de pago pactada con los aseguradores (EPS) (por eventos o por capitación)	Nivel de relación entre la forma de pago pactada con los aseguradores (EPS) y la decisión de realizar programas de APS	Descripción de la relación existente entre la forma de pago pactada con los aseguradores (EPS) y la decisión de realizar programas de APS
7.	IPS privadas de la localidad de Bosa que efectivamente realizan actividades de APS	Cumplimiento de los principios de APS por parte de las IPS privadas de la localidad de Bosa que dicen desarrollar programas de APS	# de IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan programas de APS / # total de IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan actividades de APS
8.	IPS privadas de la localidad de Bosa que dicen realizar programas de APS, que cumplen con el principio de <i>primer contacto</i>	IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan actividades de APS cumpliendo con el principio de primer contacto	# de IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan programas de APS cumpliendo con el principio de primer contacto / # total de IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan actividades de APS
9.	IPS privadas de la localidad de Bosa que dicen realizar programas de APS, que cumplen con el principio de <i>acceso</i>	IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan actividades de APS cumpliendo con el principio de acceso	# de IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan programas de APS cumpliendo con el principio de acceso / # total de IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan actividades de APS
10.	IPS privadas de la localidad de Bosa que dicen realizar programas de APS, que cumplen con el principio de <i>vinculo o longitudinalidad</i>	IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan actividades de APS cumpliendo con el principio de vinculo o longitudinalidad	# de IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan programas de APS cumpliendo con el principio de vinculo o longitudinalidad / # total de IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan actividades de APS

Tabla 1. Variables empleadas para la investigación. (Continuación)

No.	Nombre variable	Definición	Medición
11.	IPS privadas de la localidad de Bosa que dicen realizar programas de APS, que cumplen con el principio de <i>integralidad</i>	IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan actividades de APS cumpliendo con el principio de integralidad	# de IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan programas de APS cumpliendo con el principio de integralidad / # total de IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan actividades de APS
12.	IPS privadas de la localidad de Bosa que dicen realizar programas de APS, que cumplen con el principio de <i>coordinación</i>	IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan actividades de APS cumpliendo con el principio de coordinación	# de IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan programas de APS cumpliendo con el principio de coordinación / # total de IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan actividades de APS
13.	IPS privadas de la localidad de Bosa que dicen realizar programas de APS, que cumplen con el principio de <i>enfoque familiar</i>	IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan actividades de APS cumpliendo con el principio de enfoque familiar	# de IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan programas de APS cumpliendo con el principio de enfoque familiar / # total de IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan actividades de APS
14.	IPS privadas de la localidad de Bosa que dicen realizar programas de APS, que cumplen con el principio de <i>orientación a la comunidad</i>	IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan actividades de APS cumpliendo con el principio de orientación a la comunidad	# de IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan programas de APS cumpliendo con el principio de orientación a la comunidad / # total de IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan actividades de APS

Tabla 1. Variables empleadas para la investigación. (Continuación)

No.	Nombre variable	Definición	Medición
15.	IPS privadas de la localidad de Bosa que dicen realizar programas de APS, que cumplen con el principio de <i>formación profesional específica</i>	IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan actividades de APS cumpliendo con el principio de formación profesional específica	# de IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan programas de APS cumpliendo con el principio de formación profesional específica / # total de IPS privadas de la localidad de Bosa que realizan actividades de APS
16.	Relación de los programas de APS desarrollados por las IPS privadas en la localidad de Bosa, con las actividades de APS implementadas por la secretaría de salud del distrito capital en la misma localidad	Nivel de relación entre las actividades de APS desarrolladas por las IPS en la localidad de Bosa, con el programa de APS adelantado por la secretaría de salud distrital en esa localidad	Descripción de la relación existente entre las actividades de APS desarrolladas por las IPS en la localidad de Bosa, con el programa de APS adelantado por la secretaría de salud distrital en esa localidad

La información para este análisis se extrajo de la investigación de Colciencias que actualmente desarrolla el equipo liderado por el doctor Román Vega Romero "Aprendiendo de las experiencias de Atención Primaria Integral de Salud - Apis - en Bogotá y Santander".

El análisis de la encuesta de desempeño de atributos de APS (grupo Colciencias) se realiza de la siguiente manera:

1. Análisis univariado y bivariado de cada una de las variables de los apartados de identificación del usuario adulto, usuarios acompañados, salud del usuario acompañado y mediante medias, medianas, sus desviaciones estándar y proporciones.
2. Estimación de promedios con desviaciones estándar y diferencias de medias para cada uno de las variables incluidas en cada uno de los atributos por tipo de usuario (usuarios, acompañantes de usuarios).
3. Estimación de índices (promedio de las variables de cada atributo) y diferencias de medias por atributo por tipo de usuario.
4. Estimación de índices compuesto (promedio de los índices de cada atributo) y diferencias de medias por tipo de usuario.
5. Estimación de coeficientes de correlación entre los índices compuestos por tipo de usuarios de acuerdo a tipo de IPS.

6. Estimación de índices totales (promedio de los índices compuestos de cada tipo de actor) y diferencias de medias.

Los resultados se presentan en tablas y figuras que faciliten la comprensión de los resultados haciendo las comparaciones relacionadas. Teniendo en cuenta que el universo de IPS objeto de la investigación es pequeño, no resulta aplicable utilizar pruebas t o Mann Whitney o los coeficientes de Spearman para comparación entre tipos de actores y en cambio se efectúa comparación directa de los resultados.

Para efectuar la clasificación de los modelos de APS se hizo una confrontación cualitativa de las actividades desarrolladas por las diferentes IPS, frente a aquellas que se contemplan en los conceptos de APS integral, selectiva y básica descritas en la metodología.

En primer lugar se presenta una narración de los hallazgos de las entrevistas descritas en el instrumento presentado en el Anexo A, agrupando, cuando resulta pertinente, las respuestas obtenidas; esos hallazgos se comparan con los modelos teóricos definidos en el presente documento que principalmente se refieren a los principios planteados por Bárbara Starfield: Acceso, puerta de entrada, vínculo, portafolio de servicio, integralidad, coordinación, enfoque familiar, orientación a la comunidad y formación profesional y de esa manera generar unas conclusiones objetivas y al mismo tiempo contundentes de la investigación, logrando de esa forma el pleno cumplimiento de los objetivos planteados. La comparación se realiza confrontando de manera cualitativa los resultados de las encuestas, con los

diferentes atributos y estrategias definidas por la SDS para el desarrollo de actividades de APS, las que previamente han sido descritas en detalle dentro del documento.

4. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

En primer lugar se hace la presentación de los resultados de las entrevistas transcribiendo las respuestas tal y como fueron dadas por las correspondientes IPS y sin hacer un análisis mayor que el necesario para entender dichos resultados. A continuación se hace una discusión de los resultados, o sea se hace ahora sí el análisis de las respuestas obtenidas durante las entrevistas, interpretando sus implicaciones frente a los objetivos del estudio, de manera que se pueda pasar entonces a las conclusiones, que se presentan en un siguiente capítulo.

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1.1 Instituciones incluidas. En la siguiente tabla se presentan las instituciones incluidas en la investigación.

Tabla 2. Instituciones incluidas en la investigación.

Consecutivo	Institución	Nivel de complejidad
1	Gran Salud IPS Bosa	1º
2	Policlínico Santafé de Bogotá Ltda.	1º
3	CAMIT	1º
4	Centro Médico Nuevo Mundo	1º
5	Previmedica S.A. Bosa	1º
6	Policlínico Integral de Bosa	1º
7	Unidad Médica Granadina Ltda.	1º

Es pertinente reiterar que las IPS privadas seleccionadas en la localidad fueron inicialmente 8, sin embargo, una de ellas, Centro Médico Colsubsidio Chicalá – Bosa, no colaboró con la respuesta de la encuesta a pesar de las múltiples solicitudes tanto telefónicas como por correo electrónico.

Como se observa en la tabla 1, las 7 Instituciones Prestadoras de Salud privadas incluidas en la investigación, que son las que operan los territorios de los equipos de Salud a Su Casa en la localidad de Bosa, prestan servicios del primer nivel de complejidad, de acuerdo con lo definido por el SGSSS.

4.1.2 Convenios de contratación para la prestación de servicios. Tal como se muestra en el Anexo A, durante las entrevistas efectuadas durante la investigación se indagó por el número de convenios de contratación para la prestación de servicios que tiene firmados cada IPS y por la modalidad de dichos convenios. Los resultados se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 3. Tipo de contratación.

Consecutivo	Número de convenios	Por capitación	Por evento
1	2	2	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	0	0	0
5	1	1	1
6	0	0	0
7	1	1	0

En la tabla 3 se observa que 3 de las 7 IPS, es decir el 42.85%, tiene contratados sus servicios con una aseguradora o EPS, mientras que las otras 4 prestan sus servicios a pacientes particulares, quienes cancelan directamente cada atención

que reciben. Es importante mencionar el caso de la IPS número 5, Previmedica S.A. Bosa, que hace parte de la red propia de la aseguradora Humana Vivir, razón por la cual atiende pacientes tanto por capitación, como por evento. Las restantes dos instituciones contratan sus servicios mediante capitación, lo que quiere decir que ellas mismas son las encargadas de establecer los mecanismos para controlar el costo de los servicios que prestan a los pacientes, cuya atención han contratado.

Se destaca que al responder esta pregunta algunas de las IPS mencionaron situaciones como las que se citan a continuación.

- Una IPS que atiende usuarios del régimen subsidiado lo hace a pacientes de población del cabildo indígena de Bosa.

- Una de las IPS manifestó que “desde hace aproximadamente dos años no realiza actividades de promoción y prevención, considerando que, según la ley (Ley 1122 de 2007), este tipo de actividades deben ser realizadas por parte de la red pública. En temas como la atención en salud oral, esta separación de labores implica que la IPS pública realiza una parte de las actividades como la limpieza, mientras la institución privada realiza otra parte, por ejemplo la colocación de calzas; la IPS pública tiene ciertas restricciones en la oportunidad de acceso al servicio, por lo cual muchas veces el paciente prefiere pagar un poco más por la limpieza a la IPS privada con el propósito de recibir una atención más oportuna e integral.

- Algunas de las instituciones que atienden directamente a usuarios particulares manifiestan ser una alternativa para muchas familias que encuentran inconvenientes durante su proceso de atención cuando acceden como usuarios de una EPS, especialmente en materia de oportunidad, integralidad y de localización geográfica de la IPS adscrita.
- Una situación reiterada en varias de las entrevistas es que los usuarios de las EPS tanto del régimen contributivo como subsidiado manifiestan que deben hacer largas filas o colas desde las 4 de la madrugada cuando requieren una cita médica, siendo éste uno de los principales motivos por los cuales prefieren pagar una consulta particular en una IPS que además les asigna una cita oportuna, incluso para el mismo momento de la solicitud.

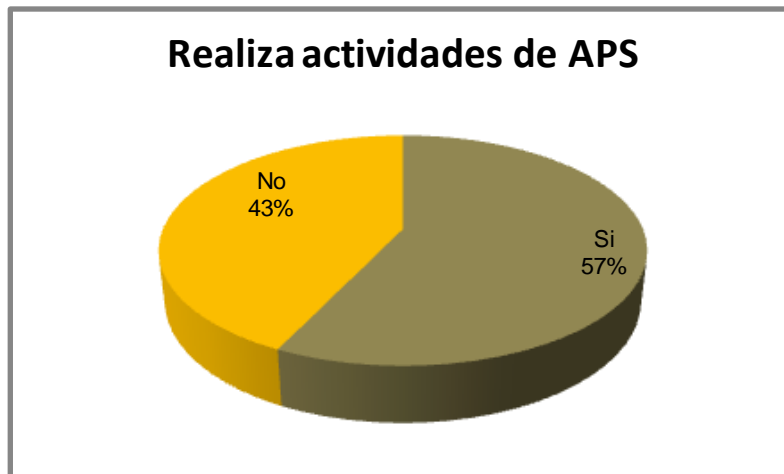
4.1.3 Realización de actividades de APS. Cuando se indagó a las IPS sobre la realización de actividades de APS, se obtuvieron las respuestas que aparecen en la siguiente tabla.

Tabla 4. Realización de actividades de APS.

Consecutivo	Realiza actividades de APS	
	SI	NO
1	X	
2	X	
3	X	
4		X
5	X	
6		X
7		X

Al mostrar los resultados de esa pregunta de manera gráfica, se observa la siguiente figura.

Figura 2. Proporción de IPS que realizan actividades de APS.



Se aprecia que la mayoría de las IPS incluidas en la muestra (57%) manifiesta que sí realiza actividades de APS; esto implica que algunas de las IPS que no tienen contratos con las EPS y que solo atienden a usuarios particulares, también manifestaron que realizan actividades de APS.

Dentro de las respuestas obtenidas a esta pregunta se destacan las siguientes:

- Algunas IPS consideran que las actividades que realizan son básicamente de APS, como atención de alteraciones del adulto, medicina general, odontología general, toma de muestras para laboratorio, entrega de medicamentos, radiología, e inclusive planificación familiar en una de las IPS.

- Algunas manifestaron no contar con actividades programadas de APS como tal y en cambio realizan aquellas actividades específicas para las cuales han sido contratados.
- Una de las IPS que no tiene contrato con EPS y que atiende a clientes particulares manifestó que realizan actividades de P y P por demanda de sus clientes, aunque no como un programa estricto, por ejemplo, realizan control prenatal, planificación familiar, consulta de niño sano, todas por solicitud directa del paciente o su familia.
- Es importante destacar que mientras unas de las IPS consideran que los servicios que prestan se pueden considerar en parte como actividades de APS, otras instituciones que prestan el mismo tipo de servicios consideran que éstos no deben considerarse propiamente como actividades de APS.

A los representantes de IPS que respondieron que no realizan actividades de APS se les preguntó la razón, obteniendo las siguientes respuestas:

- Porque por mandato legal las EPS las contratan con la red pública.
- Por el hecho de que se atiende solamente a usuarios particulares que no solicitan este tipo de actividades.
- Porque no se tienen convenios con aseguradoras.

A su vez, a las IPS que sí manifestaron realizar actividades de APS se les preguntó la razón por la cual sí las realizan, obteniendo las siguientes respuestas:

- Porque el convenio que tienen suscrito con la aseguradora les obliga a realizar ciertas actividades de APS como educación en salud, consejerías, higiene oral, salud visual, control del crecimiento y desarrollo del niño, vacunación, atención del embarazo, todas ellas dentro del primer nivel de complejidad.

- Por obligación legal se realizan algunas actividades de APS como por ejemplo las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, reporte de la información de importancia en salud pública.

- “El nivel de atención habilitado es el primero, es decir la razón de ser de la IPS es realizar actividades de atención primaria”.

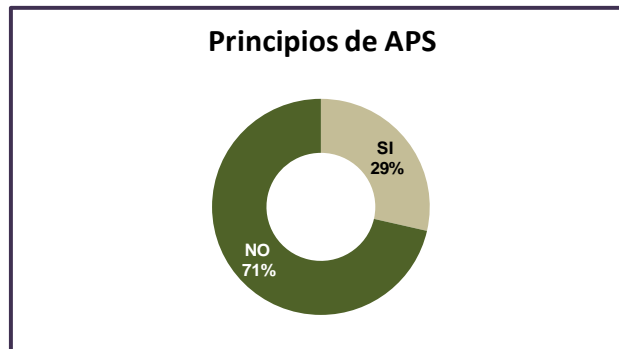
4.1.4 Modelo de atención de APS. La quinta pregunta del instrumento de entrevista aplicado preguntó si los programas y/o actividades de APS que desarrolla la IPS hacen parte o no de un modelo de atención diseñado para tal efecto con fundamento en los principios de APS. Las respuestas se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 5. Aplicación de los principios de APS.

Consecutivo	Aplicación de principios de APS	
	SI	NO
1		X
2	X	
3		X
4		X
5	X	
6		X
7		X

Los resultados se presentan en la siguiente figura.

Figura 3. Aplicación de un modelo de APS.



Se observa claramente que la gran mayoría (71%) de las IPS manifiestan realizar actividades de APS sin la aplicación de criterios científicamente definidos. Vale la pena mencionar que una de las instituciones entrevistadas manifestó desconocer el concepto de APS. De las dos IPS que respondieron afirmativamente la pregunta, una tiene convenio con EPS y la otra atiende solo paciente particulares.

Es necesario aclarar que las IPS que respondieron afirmativamente a esta pregunta, solamente cumplen con un modelo de APS básico, dado que los atributos de portafolio de servicios, coordinación, enfoque familiar y orientación a la comunidad no son aplicados o son aplicados en forma muy incipiente. Una de las IPS que dice aplicar los principios realiza básicamente atención por demanda y

la otra, la cual tiene convenio con una aseguradora, aunque tiene un programa propiamente organizado, solo está orientada hacia las actividades de promoción y prevención.

De acuerdo con los resultados de las entrevistas se logró establecer que las IPS cumplen en forma aceptable con los atributos de acceso, puerta de entrada, vínculo y formación profesional. Esta situación resulta común al 100% de las IPS incluidas en el estudio, independientemente de si respondieron afirmativa o negativamente la anterior respuesta, es decir, no resulta posible diferenciarlas con base en los atributos de las actividades de APS que desarrollan, aunque algunas incluyen más o menos servicios que otras.

En la siguiente tabla y gráfico se muestra la diferencia entre las IPS públicas (expuestas) y privadas (no expuestas) en el cumplimiento de los atributos de APS obtenida en la encuesta aplicada a los decisores en el marco del estudio “Aprendiendo de las experiencias de Atención Primaria Integral de Salud - APIS - en Bogotá y Santander” desarrollado actualmente por el grupo de Vega Romero y Cols.

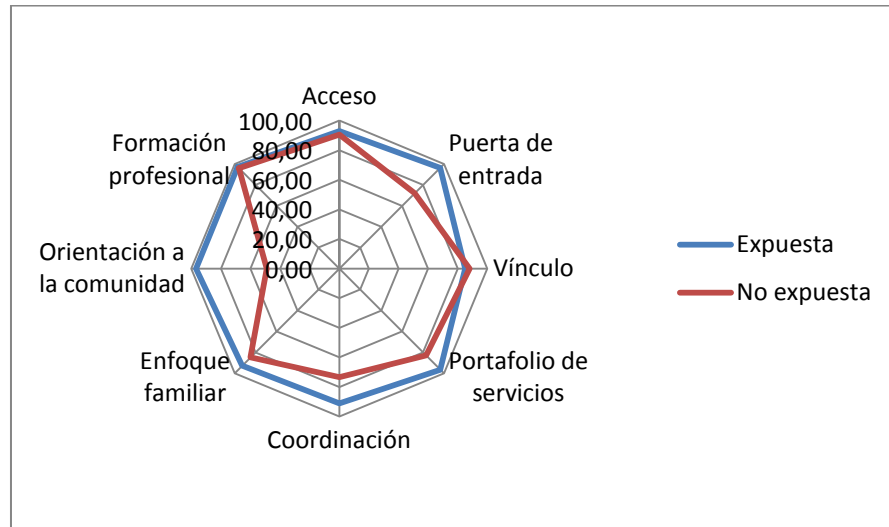
Tabla 6. Evaluación del desempeño de los atributos de APS en IPS de Bosa.

Dimensión	Tipo de IPS	N	Media	Error estándar	Diferencia de medias	Valor p
Acceso	Expuesta	11	92,96	0,22	2,38	0,28
	No expuesta	5	90,58			
Puerta de entrada	Expuesta	11	96,36	0,74	24,36	0,14
	No expuesta	5	72,00			
Vínculo	Expuesta	11	85,13	0,15	-2,96	0,24
	No expuesta	5	88,09			
Portafolio de servicios	Expuesta	11	96,51	0,28	13,55	0,04
	No expuesta	5	82,96			
Coordinación	Expuesta	11	90,99	0,43	17,64	0,25
	No expuesta	5	73,35			
Enfoque familiar	Expuesta	11	92,76	0,40	7,98	0,15
	No expuesta	5	84,78			
Orientación a la comunidad	Expuesta	11	96,88	0,34	47,78	0,00
	No expuesta	5	49,10			
Formación profesional	Expuesta	11	97,25	0,54	1,35	0,65
	No expuesta	5	95,90			

Fuente: Vega Romero R. y Cols. Aprendiendo de las experiencias de Atención Primaria Integral de Salud - APIS - en Bogotá y Santander.³⁵

³⁵ Vega Romero R. y Cols. Aprendiendo de las experiencias de Atención Primaria Integral de Salud - APIS - en Bogotá y Santander. Investigación en curso con el auspicio de Colciencias, Universidad Javeriana, Secretaría Distrital de Salud, Secretaría Departamental de Salud de Santander, Universidad Industria de Santander, Universidad de Ottawa.

Figura 4. Evaluación del desempeño de los atributos de APS en IPS de Bosa.



Fuente: Vega Romero R. y Cols. Aprendiendo de las experiencias de Atención Primaria Integral de Salud - APIS - en Bogotá y Santander.³⁶

En la tabla y gráfico anterior se observa que en el desempeño de los atributos de APS, las IPS públicas (expuestas) no presentan diferencia estadísticamente significativa con respecto a las IPS privadas (no expuestas), excepto en los atributos de portafolio de servicios y orientación a la comunidad cuyo valor de p es menor a 0.05. Sin embargo, según la información obtenida en forma directa por el presente estudio en la aplicación de la encuesta a coordinadores y/o administradores se encontró que adicional a los atributos de portafolio de servicios y orientación a la comunidad, las IPS privadas de la localidad de Bosa, tampoco aplican los atributos de coordinación y enfoque familiar, lo que lleva a ubicar a sus modelos de atención en un modelo de tipo básico de APS. Por el

³⁶ Vega Romero R. y Cols. Aprendiendo de las experiencias de Atención Primaria Integral de Salud - APIS - en Bogotá y Santander. Investigación en curso con el auspicio de Colciencias, Universidad Javeriana, Secretaría Distrital de Salud, Secretaría Departamental de Salud de Santander, Universidad Industria de Santander, Universidad de Ottawa.

contrario, es de anotar que teniendo en cuenta la información suministrada por lo coordinadores de las IPS, los atributos de acceso y vínculo son aplicados aceptablemente por las IPS privadas de la localidad, pues precisamente las dificultades de acceso en las IPS públicas es una de las razones que más motiva a las personas a acudir al sector privado. Por otro lado, la rotación de profesionales en las IPS privadas independientes, es prácticamente nula. Aunque el foco de la presente investigación son las IPS privadas, al realizar la comparación con las públicas, llama la atención la poca diferencia existente entre ambas en cuanto a la evaluación de desempeño de los atributos de APS, pues las públicas en teoría vienen implementando desde hace cinco años la estrategia de APS liderada por la Secretaría Distrital de Salud, lo cual invita a la reflexionar sobre si la estrategia de la SDS realmente está impactando a sus instituciones en la implementación de los atributos.

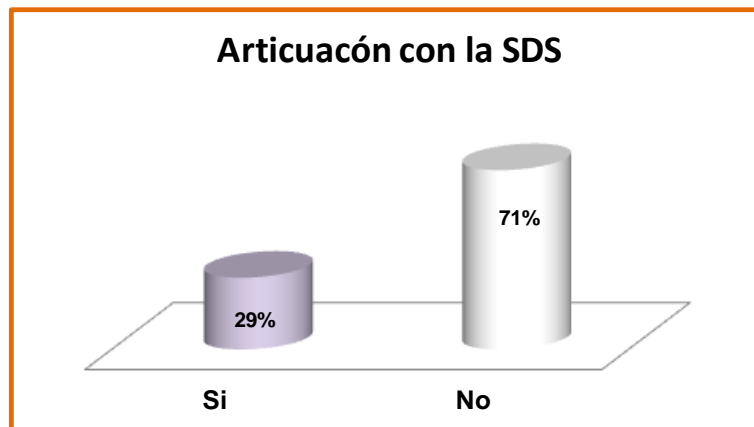
4.1.5 Articulación con la SDS. También se les preguntó a los entrevistados si las actividades de APS que realizan tienen alguna articulación con el programa de APS que desarrolla la Secretaría Distrital de Salud, encontrando las respuestas que se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 7. Articulación con programa de APS de la Secretaría de Salud.

Consecutivo	Articulación con SDS	
	SI	NO
1		X
2		X
3	X	
4		X
5	X	
6		X
7		X

En la siguiente figura se presentan esos resultados.

Figura 5. Articulación con la SDS



Se observa que solo 2 de las 7 instituciones manifiesta tener una articulación entre sus programas de APS con los definidos por la Secretaría Distrital de Salud, sin embargo, dichas instituciones manifestaron que la relación se da en el sentido del reporte obligatorio de estadísticas de Salud Pública y de notificación de eventos especiales, además de la asistencia a reuniones de vigilancia epidemiológica que se realizan periódicamente.

A las dos IPS que respondieron afirmativamente la pregunta anterior se les preguntó en qué sentido se da la articulación con la Secretaría Distrital de Salud, y éstas manifestaron que dicha relación se da mediante el reporte de las estadísticas (RIPS), la notificación de eventos especiales para Salud Pública, y la

asistencia a las reuniones a las que son citados como por ejemplo a los Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE). Una de las IPS manifestó que la articulación se da también en el momento de remitir a los pacientes a instituciones distritales de segundo nivel de complejidad.

También a las IPS que manifestaron que no tiene programas de APS articulados con la Secretaría Distrital de Salud se les preguntó por qué razón no se da esa articulación, y entre las respuestas obtenidas se encontraron las siguientes:

- La SDS no los ha involucrado en esos programas ni los ha invitado a ninguna reunión con ese fin.
- No conocen muy bien qué está haciendo la Secretaría de Salud en ese sentido.
- Solamente se sienten vigilados y obligados a reportar cierta información y de vez en cuando los invitan a una capacitación.

4.1.6 Actividades de APS desarrolladas. A las IPS que manifestaron desarrollar actividades de APS se les pidió señalar y en lo posible describir las características y la operatividad del modelo de APS diseñado, describiendo las siguientes actividades:

- Consulta asistencial de tipo curativo.
- Alteraciones del adulto.

- Consulta prioritaria.
- Odontología general.
- Medicina general.
- Entrega de medicamentos.
- Laboratorio clínico básico.
- Planificación familiar.
- Salud visual.
- Crecimiento y desarrollo.
- Club de crónicos.
- Salud sexual y reproductiva
- Educación en salud.

Manifestaron que para aquellas actividades que corresponden a los programas de P y P, realizan demanda inducida tanto de primera vez como para aquellos que no cumplen con las citas de control programadas.

Por la forma como las IPS describen el modelo y las actividades que incluyen, se concluye que tanto los que afirman realizar actividades de APS, como los que dicen equivocadamente que no, corresponden al modelo de APS conocido como básico o de primer nivel.

4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Lo primero que se debe destacar dentro de las conclusiones es que las IPS privadas que operan en Bosa no actúan de manera coordinada con los lineamientos de las ESE de la misma localidad ni con la Secretaría de Salud del Distrito. Esta situación coincide con el hallazgo mostrado en el trabajo de Vega et

al. en 2008 según el cual, si bien aún en contextos adversos como el de Colombia es posible que los gobiernos instrumenten políticas de salud y estrategias como la de APIS desarrolladas en Bogotá, que contribuyen en últimas a mejorar los resultados de salud (aunque no en todo el sistema de salud, ni en gran parte de las localidades de la ciudad, ni en las dimensiones requeridas), es evidente que no se ha logrado influenciar a los aseguradores y a un número substancial de prestadores, lo que se refleja en la ausencia de adecuada coordinación con los entes privados que hacen parte del SGSSS³⁷.

De acuerdo con los resultados de la encuesta, algunas de las IPS entienden por articulación, el reporte de los RIPS y la notificación obligatoria de los eventos de interés de salud pública, así como su participación en los COVE. Sin embargo, al momento de evaluar la calidad de las actividades de APS que realizan, se evidencia la ausencia de integración de tales actividades con las directrices definidas por la Secretaría Distrital de Salud.

La falta de articulación entre las actividades de las IPS privadas y las políticas de la autoridad local en materia de salud tiene un origen variado, como por ejemplo, la falta de convocatoria al sector privado por parte de la SDS a los centros privados independientes; a fallas propias del sistema de contratación y supervisión de aquellas IPS vinculadas con aseguradoras. Tratándose de instituciones que persiguen objetivos económicos, la aplicación efectiva de programas de APS que obedezcan a criterios médicos válidos y aprobados por la autoridad de salud solo

³⁷ VEGA-ROMERO Román et al. La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. En Medicina Social. volumen 3, número 2, mayo 2008. pp. 148 - 169

se dará en estas instituciones en la medida en que sean contratadas específicamente para ello, que reciban una contraprestación económica por hacerlo y que su ejecución esté sujeta a verificación, ya sea de parte de las aseguradoras y/o de parte de la autoridad directamente.

El control o auditoría de las aseguradoras y del estado son elementos claves al momento de establecer programas de APS, especialmente cuando se haga a través de IPS privadas que no hacen parte de la red propia de las EPS, dado que cuando se contrata este tipo de servicios mediante la modalidad de capitación, el éxito económico de estas IPS es mayor en la medida en que menor sea el gasto en que incurran, lo que necesariamente impacta de manera negativa la calidad de las actividades que realicen; sin embargo, la contratación mediante la modalidad de evento no garantiza tampoco que las actividades se realicen de manera adecuada, pues si bien es posible que mejore la calidad, en este caso sería seguramente muy bajo el nivel de población cubierta por tales programas. Se requiere lograr simultáneamente unos adecuados niveles de calidad y al mismo tiempo de cobertura de las actividades, sin romper el equilibrio económico del sistema. No se trata ni mucho menos de una tarea fácil, pero no por ello debe descartarse la posibilidad de lograrlo y de ir buscando progresivamente mejores estándares de atención en esta materia.

Las respuestas obtenidas en las entrevistas en cuanto al tipo de convenios y de servicios que prestan las IPS de la localidad de Bosa (numeral 5.1.2.) ponen en evidencia las barreras percibidas por los usuarios de la red pública para el acceso a los servicios a que tienen derecho como usuarios del plan obligatorio de salud;

estas barreras se presentan especialmente en la limitación de horarios para la asignación de citas, la oportunidad para la atención médica y la localización geográfica de las IPS correspondientes. El hecho de que los usuarios perciban estas barreras evidencia adicionalmente el hecho de que ellos acuden al servicio médico especialmente cuando lo requieren de manera urgente, es decir, no lo hacen como parte de un plan programado de APS sino que acuden a la medicina como una herramienta correctiva o curativa y no preventiva o predictiva.

En el numeral 5.1.2 también se menciona el hecho de que algunos usuarios prefieren pagar un valor adicional a lo que pagan como aporte al POS, con el objeto de recibir una atención más oportuna y acceder en horarios más flexibles. Esta situación refleja una oportunidad que tiene el SGSSS de ofrecer, para ciertos segmentos de la población, unos estándares de atención mejores a cambio de una contraprestación económica opcional y voluntaria de parte de esos usuarios; sin embargo, una medida de este tipo debe evaluarse y diseñarse cuidadosamente con el propósito de impedir que se convierta en una vía para estimular la deficiente atención de aquellas personas que no tienen interés en recibir ese tipo de valores agregados o que no están en capacidad económica de cubrir su costo.

El hecho de que algunas de las IPS evaluadas consideren que prestan servicios de APS y que en una respuesta posterior reconozcan que el diseño de estas actividades no obedece a criterios científicamente definidos, muestra el desconocimiento que existe en esta materia; una cosa diferente sería si las instituciones simplemente reconocieran que no prestan ese tipo de servicio debido a la forma como tienen contratados sus servicios, en lugar de pretender que sí lo

están haciendo y al mismo tiempo manifestar que no lo hacen de manera estructurada. Lo que se deduce de estas respuestas es que las IPS realizan actividades de APS sin conocerlo y adicionalmente muestra la falta de socialización y educación en este tema por parte de la autoridad local en salud que pretende implementar la APS como modelo de atención en el Distrito.

Por otra parte, también se observa que algunas de las IPS confunden la clasificación como instituciones de primer nivel con la realización de actividades de APS; este tipo de respuestas evidencia que algunos de los directivos de esas IPS desconocen lo que científicamente implica un programa de APS. De acuerdo con el decreto 3039 de 2007, las estrategias de la promoción de la salud y la calidad de vida a cargo de las entidades promotoras de salud - EPS, administradoras de riesgos profesionales - ARP e instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS incluyen la promoción del conocimiento de los derechos y deberes dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS en la población a su cargo, la promoción de entornos saludables en la población a su cargo y en el ámbito de los servicios de salud y del desarrollo individual integral por ciclo vital y de la adopción de estilos de vida saludables; la promoción de la salud mental con énfasis en el ámbito intrafamiliar y del uso racional, adecuado y oportuno de los servicios en salud, así como de la conformación de redes sociales de apoyo y de usuarios que faciliten los procesos de mejoramiento de la salud y calidad de vida³⁸; es importante resaltar que ninguna de estas actividades fue enunciada por las IPS dentro de los servicios que actualmente prestan. El mismo decreto establece que dentro de las responsabilidades de los actores del sector salud, a las IPS les corresponde, entre otras, la de Implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones de promoción de

³⁸ COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social Decreto número 3039 de 2007. Capítulo III. Líneas de política. p. 6.

la salud y prevención de los riesgos³⁹, la que tampoco es citada por las IPS entrevistadas.

En Bogotá se produjeron importantes avances tanto en el modelo de atención como en la interventoría de APIS; es así como la interventoría debe verificar aspectos como la Accesibilidad a la atención, la Integralidad en la atención, la Continuidad, y la Transectorialidad, elementos que fueron claramente definidos por medio de atributos verificables.⁴⁰ En 2007 la SDS formuló una nueva propuesta de política de prestación de servicios, cuyo objetivo general fue: “orientar y armonizar la prestación de servicios de salud acorde a las necesidades de la población en el Distrito Capital, para avanzar en la garantía del derecho a la salud y aportar en la mejora del estado de salud de las personas, enmarcado en la estrategia promocional de calidad de vida y salud y la Atención Primaria de Salud”⁴¹.

Obviamente esa política local tuvo que enmarcarse dentro de la política general del SGSSS dado que la Secretaría Distrital no tiene las facultades necesarias para modificar la estructura general de los regímenes contributivo y subsidiado, pero su promulgación es una evidencia de que, aún sin modificar dichas políticas marco, es posible introducir mejoras al modelo de Atención Primaria en Salud. Sin embargo, los hallazgos evidenciados en las respuestas dadas por las IPS de Bosa

³⁹ COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social Decreto número 3039 de 2007. Capítulo VI. Responsabilidades de los Actores del Sector Salud. p. 28.

⁴⁰ VEGA Román et al. Atención Primaria Integral de Salud Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad en salud. Secretaría Distrital de Salud. 2009. pp. 103 – 105.

⁴¹ *Ibíd.*, p. 112.

en la presente investigación, evidencian, como lo dijo ya Vega Romero, que hace falta aún mucho por hacer especialmente en lo relacionado con la articulación que se requiere de estos programas de índole público con los esfuerzos de carácter privado que adelantan las EPS, las ARP y las IPS.⁴² Sin embargo, con el propósito de hacer una evaluación lo más objetiva posible, es necesario tener presente que, de acuerdo con la evaluación presentada por La Universidad de la Sabana y la Fundación Santa Fe en 2008 a la estrategia de atención primaria en salud de Bogotá, los resultados de dicha estrategia reflejan aspectos tanto positivos como negativos, por lo que no resulta posible afirmar que la estrategia haya alcanzado aún todos los objetivos propuestos.⁴³

De manera general puede inferirse que si se desea que las IPS privadas se integren de manera efectiva al modelo de atención primaria en salud, se requiere modificar tanto los sistemas de contratación mediante los cuales se vinculan con las aseguradoras, como los mecanismos de auditoría que regirían su gestión. Adicionalmente las autoridades gubernamentales deberían involucrar a las IPS privadas en su políticas públicas, pues éstas siguen siendo preferidas por un sector de la población, ya sea por fidelidad con los profesionales o por encontrar en ellas las soluciones a las falencias que muestra el sector público . Sin embargo,

⁴² Al respecto Vega et al señalan: “la carencia de una política pública nacional que obligue a las EPS e IPS privadas a orientarse hacia la APIS debilita aún más el papel de rectoría, dado que tanto las EPS como las IPS privadas continúan desarrollando modelos de atención centrados en la curación y el control de costos que no han permitido una correcta articulación de las actividades e intervenciones en el marco de la APIS”. *Ibíd.* p. 181.

⁴³ El informe reveló que efectivamente las ESE adecuaron su estructura y procesos para facilitar el funcionamiento del programa y cumplir con los principios de la estrategia de APS definidos para el Distrito Capital, se recomienda implementar servicios como el de líneas telefónicas para información sobre programas y solicitud de citas, el acceso y la oportunidad para medicamentos esenciales diferentes a los requeridos en programas de promoción y prevención constituyen una barrera importante para el cumplimiento de principios como continuidad e integralidad, la transectorialidad es débil, y no se logra la articulación entre sectores para abordar los determinantes de la salud y el cumplimiento de los principios, tanto en las ESE como en las redes de atención, reflejan el cumplimiento de los mismos en los puntos de atención. Universidad de la Sabana y Fundación Santa Fe. Evaluación de la estrategia de atención primaria en salud adoptada para Bogotá, D.C. Bogotá 2008. pp. 19 - 21

teniendo en cuenta los modelos de capitación y de evento que usualmente rigen la relación entre aseguradores y prestadores, es probable que deban plantearse alternativas creativas de planeación, contratación, implementación y seguimiento de las actividades de APS, buscando impactos concretos y verificables de mejoramiento en los indicadores la salud. Una opción sería implementar unos sistemas de pago variable, es decir, que el monto del pago que las aseguradoras hagan a las IPS privadas tenga un componente que dependa del cumplimiento de ciertos indicadores de calidad de la aplicación de los atributos de la atención primaria en salud, indicadores que podrían ser medidos mediante actividades de auditoría de campo contratadas por las aseguradoras.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Los hallazgos de la presente investigación arrojan las siguientes conclusiones:

- Las IPS privadas que operan en la localidad de Bosa, no actúan de manera coordinada con las ESE de la localidad ni con la Secretaría de Salud del Distrito en materia de APS.
- Algunas de las IPS de la localidad de Bosa no tienen claridad conceptual sobre lo que implica un plan estructurado de atención primaria en salud.
- Tratándose de IPS de primer nivel, las diferentes instituciones realizan actividades que hacen parte de programas de APS; sin embargo, algunas de ellas no tienen claro que su labor contribuye, aún sin habérselo propuesto conscientemente, al desarrollo de estos programas.
- El sistema de contratación vigente entre las IPS de Bosa y las aseguradoras, no facilita la prestación ni la verificación de la prestación de servicios de APS.
- Los intereses económicos de las IPS no encuentran actualmente ningún incentivo para la realización de actividades de APS.
- Se presentan actualmente barreras de parte de las ESE para la atención de los usuarios del POS, cuya solución la encuentran con los servicios que ofrecen las IPS privadas.

- Los usuarios del SGSSS se han adaptado a las condiciones en que éste ha operado y en consecuencia solo acuden a las IPS cuando requieren acciones correctivas de su estado de salud.
- Algunos usuarios están dispuestos a pagar un valor adicional a su aporte periódico al POS con el fin de recibir una atención con estándares de calidad superiores a los ofrecidos por las actuales IPS contratadas que conforman la red de las aseguradoras.
- Las IPS privadas de Bosa sin convenios con aseguradoras no realizan programas estructurados con estrategias de promoción y prevención definidas por la legislación vigente.
- Las IPS objeto del presente trabajo no tienen diseñadas ni realizan actividades de APS con enfoque familiar, participación comunitaria ni acción intersectorial, que son algunos de los atributos definidos por la SDS dentro de la estrategia que se adelante con la participación de las ESE que conforman la red pública.

5.2. RECOMENDACIONES

Con base en los resultados de la investigación, se plantean las siguientes recomendaciones:

- Se debe buscar un modelo de contratación que facilite la articulación entre las IPS privadas, las ESE, las aseguradoras y la Secretaría de Salud del Distrito para la realización de actividades de APS, de manera que todos los

actores se vean beneficiados y al mismo tiempo los usuarios perciban y experimenten una mejor atención integral de su salud.

- Se recomienda que la Secretaría Distrital de Salud adelante jornadas de capacitación dirigidas a las IPS privadas para dar a conocer conceptos básicos así como las acciones que se adelantan en materia de APS.
- Se deben buscar mecanismos que incentiven a las IPS privadas a involucrarse en los programas de APS desarrollados por la SDS, dado que en la actualidad no tienen motivación alguna para hacerlo.
- De involucrarse en el futuro a las IPS privadas en los programas de APS, deben implementarse y/o fortalecerse acciones de auditoría, considerando que los intereses de las IPS no son los mismos de los demás integrantes del SGSSS.
- Se recomienda adelantar campañas de educación dirigidas a sensibilizar a los usuarios del SGSSS sobre la importancia y los beneficios que pueden obtener con su participación en las actividades de APS.

De acuerdo con Acosta (2005), en Norte América se destaca el desarrollo de la APS en Canadá, “la cual está reorientándose desde principios de este milenio hacia una medicina familiar y comunitaria de máxima efectividad y calidad, con énfasis en la promoción de salud y la prevención de la enfermedad para el conjunto de la población de un territorio, y como punto de entrada al sistema de

salud, buscando el mejor uso de los recursos disponibles”.⁴⁴ Vale la pena considerar este ejemplo y otros más, buscando elementos positivos de esos modelos con el fin de adaptarlos a la realidad colombiana y a las características propias del SGSSS que rige todo el sistema de atención en general.

Por otro lado, al momento de proponer y evaluar nuevas opciones para mejorar la APS, debe tenerse en cuenta que con la entrada en vigencia de la ley 100 se produjo un impacto positivo en diferentes aspectos con respecto a la situación previa⁴⁵, por lo que no necesariamente la implementación de un modelo de APS en el país deba descartar elementos del actual sistema. Es posible que con voluntad política, con gobernantes que se preocupen realmente por el bienestar del colectivo, y no solo por el de un grupo de privilegiados, se pueda armonizar un modelo de salud centrado en APS con el sistema de salud actual.

⁴⁴ ACOSTA Naydú. ¿Renovar la Atención Primaria en Salud? Centro de Proyectos para el Desarrollo. 2005. p. 3.

⁴⁵ De acuerdo con la investigación de Fedesarrollo, “El sector salud en Colombia: impacto del SGSSS después de más de una década de reforma”, los impactos positivos se reflejan sobre la presencia de enfermedades en los niños y el estado de salud al nacer, entre las más importantes. Los impactos sobre la mortalidad infantil, por su parte, son débiles, se observaron impactos positivos sobre el uso de servicios esenciales como los controles pre y postnatales, que afectan la creación de capital humano en el largo plazo, se presentaron impactos positivos sobre el gasto de bolsillo en salud de la población más vulnerable y se encuentran efectos significativos sobre la reducción del gasto en hospitalizaciones y en medicamentos. De acuerdo con los autores, estos resultados sugieren que el SGSSS ha reducido el impacto de choques exógenos de salud sobre la población más pobre, aunque también mencionan algunos resultados preocupantes. SANTA MARÍA Mauricio et al. “El sector salud en Colombia: impacto del SGSSS después de más de una década de reforma”. 2207. pp. 55-56.

BIBLIOGRAFÍA

ACOSTA Naydú. ¿Renovar la Atención Primaria en Salud? Centro de Proyectos para el Desarrollo. 2005. p. 3.

Colombia. Congreso de la República. Ley 1122 de 2007. Reforma al sistema general de seguridad social en salud. Diario Oficial. n. 46506. 9, enero, 2007. p. 60.

COLOMBIA. Ministerio de la protección social de Colombia. Decreto 3039 de 2007. por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Diario Oficial. Agosto 10 de 2007. p. 8.

Col-OPS-OMS. Encuentro nacional Bogotá, 26, 27 y 28 de mayo de 2005, Modelos de atención basados en APS en el marco del SGSSS descentralizado: estrategia de garantía del derecho a la salud. Obtenido en www.col.ops-oms.org/eventos/2005/encuentroaps/memorias).

Hernández Sampieri, Roberto; et al. Metodología de la Investigación. 2ª. Editorial McGraw-Hill. México, D.F., 2001. Pág. 52 – 134.

Macinko J, Almeida C and Klingelhofer DSP. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. Health Policy and Planning 2007. pp. 167-177.

Midgley 2000. Complementariedad metodológica cuali – cuantitativa. G. (2000). Systemic Intervention: Philosophy, methodology, and practice. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.

OMS. Consejo Ejecutivo. Actas resumidas. Ginebra. 2007. 232 pp.

OMS. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. 2008. Documento electrónico. Disponible en Internet. Consultado en noviembre 12 de 2010. [www.who.int /social_determinants](http://www.who.int/social_determinants)

OPS - OMS. Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la APS. La renovación de la APS en las Américas: orientación estratégica y programática para la organización. 2005. Documento electrónico. Disponible en Internet. Consultado en noviembre 13 de 2010. www.paho.org

Organización Mundial de la Salud - OMS. Los Hospitales y la Salud para Todos. Informe de un comité de expertos sobre la función de los hospitales en el primer nivel de Envío de Casos. Ginebra. Suiza. 1987. p. 17.

Organización Mundial de la Salud – OMS. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra. 1998. p. 10 – 14

Organización Panamericana de la Salud - OPS. 55a sesión del Comité Regional realizado en Washington, D.C., EUA, 22 al 26 de septiembre de 2003. Documento electrónico. Disponible en Internet. Consultado en noviembre 20 de 2010. www.paho.org.

OPS. Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington, C.C., EUA, 22 al 26 de

septiembre de 2003. Documento electrónico. Disponible en Internet. Consultado en noviembre 21 de 2010. www.paho.org

OPS. DECLARACION DE ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Documento electrónico. Disponible en internet. Consultado en noviembre 21 de 2010. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

OPS. ¿Es posible extender los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud? Lecciones aprendidas de la extensión de los programas verticales. Washington, D.C, 2007. Documento electrónico. Disponible en Internet. Obtenido en www.paho.org

SANTA MARÍA Mauricio et al. "El sector salud en Colombia: impacto del SGSSS después de más de una década de reforma". 2007. pp. 55-56.

STARFIELD Bárbara. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. (1ra Ed.). Barcelona. Masson. 2001.

Universidad de la Sabana y Fundación Santa Fe. Evaluación de la estrategia de atención primaria en salud adoptada para Bogotá, D.C. Bogotá 2008. pp. 19 – 21

VEGA Román, MARTÍNEZ Jorge, ACOSTA Naydú. Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud – APS. Pontificia Universidad Javeriana. 2009. p. 24.

VEGA Román et al. Atención Primaria Integral de Salud Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad en salud. Secretaría Distrital de Salud. 2009. pp. 103 – 105.

VEGA Román. Formulario de presentación del proyecto a Colciencias. Documento inédito. p. 11.

VEGA Román y Cols. Aprendiendo de las experiencias de Atención Primaria Integral de Salud - APIS - en Bogotá y Santander. Investigación en curso con el auspicio de Colciencias, Universidad Javeriana, Secretaría Distrital de Salud, Secretaría Departamental de Salud de Santander, Universidad Industria de Santander, Universidad de Ottawa.

VEGA Román y Cols. La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. En Medicina Social volumen 3, número 2, mayo 2008. Documento electrónico. Disponible en Internet. Consultado en noviembre 14 de 2010 www.medicinasocial.info

VEGA, Román. La Salud requiere una lógica distinta a la del mercado. Entrevista. En Momento Médico. Documento electrónico. Disponible en Internet. Consultado en diciembre 1 de 2010.

http://www.asmedasantioquia.org/momento_medico/edicion_82/roman_vega.htm

Werner y Cols La Psicología de la Salud Latinoamericana: Hacia la Promoción de la Salud. En: Revista Internacional de Psicología de la Salud Vol. 2, nº 1. 2001. p 153-172.

ANEXO A. INSTRUMENTO DE ENTREVISTA

**Instrumento para la recolección de
la información**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE SALUD**



La información suministrada es confidencial y solo será utilizada con fines académicos

Evaluación sobre la realización de actividades de Atención Primaria en Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter privado en la localidad de Bosa de Bogotá

Formulario de encuesta para directivos de instituciones prestadoras de salud

A. Datos de identificación

Numero consecutivo: _____ Fecha entrevista (DD/MM/AA): _____

Nombre del funcionario informante: _____

Cargo: _____

Nombre institución: _____

Dirección Institución: _____ Teléfono: _____

Nivel de complejidad: _____

B. Orientación general a la APS

1. ¿cuantas aseguradoras tiene contrato/ convenio para la prestación de servicios de salud?: _____

2. Favor citar las EPS con las que tiene contrato/ convenio, forma de pago según sea por eventos o por capitación.

EPS	Forma de pago
_____	_____
_____	_____
_____	_____

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

3. ¿la institución realiza programas y/o actividades de atención primaria en salud a la población asignada por las aseguradoras?: Si ____ No ____ No sabe ____

4. Si respondió NO a la pregunta 3, favor informar la razón por la que no las realiza:

5. Si respondió SI a la pregunta 3, favor informar la razón por la cuál las realiza:

5. ¿Los programas y/o actividades de APS que desarrolla la IPS hacen parte de un modelo de atención diseñado para tal efecto con fundamento en los principios de APS?: Si ____
No ____



6. ¿Los programas y/o actividades de APS que desarrolla la IPS tienen alguna articulación con el programa de APS que desarrolla la Secretaría de Salud Distrital? Si ____ No ____

7. Si respondió SI a la pregunta anterior (6), favor informar en que sentido se da esa articulación:

8. Favor señalar y en lo posible describir, las características y operatividad del modelo de APS diseñado por la IPS: _____

9. Si respondió NO a la pregunta 6, favor informar por qué no se ha dado dicha articulación: _____

ANEXO B. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE LA INVESTIGACIÓN DE COLCIENCIAS

	 <p style="font-size: small;">ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría SALUD</p>	<p>deproyectos ltda. www.deproyectos.com</p>	<p style="font-size: x-small;">La información suministrada es confidencial y solo será usada con fines estadísticos</p>			
<p>EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA ESTRATEGIA DE APS EN LOS HOSPITALES DE BOSA, SAN CRISTOBAL, DEL SUR, TUNJUELITO, USME, VISTAHERMOSA DE BOGOTA</p> <p>2010</p> <p>CUESTIONARIO PARA DECISORES O SUPERVISORES DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN</p>						
A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTROL						
Formulario No.:	<input type="text"/>	Diligenciado por: Profesional	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	Encuestador	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>	
Fecha de Entrevista:	Día	Mes	Año	EC	EI	Resultado:
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EC: Encuesta Completa
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 0 1 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EI: Encuesta Incompleta
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre del Encuestador:	_____		<input type="text"/>	Supervisor:	_____ <input type="text"/>	
Crítico:	_____		<input type="text"/>	Digitador:	_____ <input type="text"/>	
Decisor o Gestor Informante:	_____			Cargo:	_____	
B. INFORMACION GENERAL DEL PROFESIONAL						
1. Título o formación académica: _____						
2. Dirección: _____						
3. Teléfonos: Fijo <input type="text"/>						
4. Correo electrónico: _____						
5. FAX: <input type="text"/>						
6. Tipo de IPS: CAF <input type="text"/> CAMI <input type="text"/> UPA <input type="text"/> CENTRO AMBULATORIO PRIVADO <input type="text"/> UBA <input type="text"/>						
7. Nombre de la IPS: _____						
8. Funciones que desempeña:						
Administrador (a)			<input type="text"/>	Enfermero (a)		<input type="text"/>
Agente Comunitario de Salud			<input type="text"/>	Médico (a)		<input type="text"/>
Gestor(a), Coordinador(a), Director(a)			<input type="text"/>	OTRO Profesional de Salud, ¿Cuál?: _____		<input type="text"/>
9. Tiempo que ha trabajado desempeñando la misma función: <input type="text"/> Años <input type="text"/> Meses						

Para evaluar los diferentes atributos, se realizaron las preguntas que se presentan de manera resumida a continuación.

DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS	10. ¿Para asignar recursos en los Centros de Atención, se consideran las diferentes necesidades de salud de la población a ser atendida?
	11. ¿Para asignar recursos, se consideran las diferencias socioeconómicas de la población?
	12A. ¿Para responder a las necesidades de salud de la población más vulnerable, existen programas especiales de atención básica?
	12B. En caso afirmativo a la pregunta anterior, ¿cuáles son esos programas especiales y cuál es el porcentaje (aproximado) de población cubierta por cada uno de estos? (en caso de no conocer esta información, deje en blanco).
ACCESO	13. ¿Durante los últimos 6 meses, los Centros de Atención tuvieron una adecuada* oferta de los medicamentos esenciales?
	14. ¿Durante los últimos 6 meses, los Centros de Atención tuvieron una adecuada* disponibilidad de equipos tecnológicos e insumos para cumplir con sus funciones esenciales?
	15. ¿Los Centros de Atención, exigen algún pago a los usuarios / clientes para ser atendidos en programas de prevención y promoción? (p ej vacunación, control prenatal, planificación familiar, control de crecimiento y desarrollo)
	16. ¿Las cuotas moderadoras y copagos son adecuados y no le impiden buscar a los usuarios cualquier servicio en los Centros de Atención?
	17. ¿Usted considera que la cercanía a los Centros de Atención es adecuada y no le impide a los usuarios buscar los servicios de atención?
	18. ¿Qué porcentaje de la población que solicita diariamente atención por este Centro, puede obtener una consulta médica (no urgente), en un plazo de 24 horas?
	19. ¿Con qué frecuencia los Centros de Atención atienden pacientes durante el fin de semana?
	20. ¿Durante el funcionamiento de los Centros de Atención, con qué frecuencia existe un número de teléfono?
	21. ¿Cuándo los Centros de Atención están cerrados, con qué frecuencia existe un número de teléfono para solicitar citas?
	22. ¿Con qué frecuencia un cliente / usuario tiene que esperar menos de 30 minutos después de la hora asignada de su cita en los Centros de Atención, para ser atendido por un profesional de salud?
	23. ¿Los Centros de Atención, con excepción de la atención de urgencias, están abiertos por lo menos un día de la semana después de las 18 horas (6 pm)?
	24. Indique el horario normal de funcionamiento de los Centros de Atención Primaria (o básica):
PUERTA DE ACCESO	25. ¿Excepto en casos de emergencia, se requiere una consulta en los Centros de Atención antes que el usuario / cliente sea remitido a otro nivel de atención? (Ejemplo: una clínica, hospital o una consulta especializada)
VINCULO	26. Con qué frecuencia los usuarios / clientes son examinados por el mismo profesional de salud cada vez que consultan?
	27. ¿Qué porcentaje de los Centros de Atención tienen población adscrita o asignada?
	28. Si un usuario / cliente tiene una duda sobre su tratamiento, ¿puede acceder para hablar con el mismo profesional que lo atiende?
	29. Considera que en los Centros de Atención ¿los profesionales de salud le dan tiempo suficiente a los usuarios / clientes para que expliquen bien sus dudas y preocupaciones?
	30. Con qué frecuencia los profesionales de salud de los Centros de Atención, ¿utilizan la historia clínica del usuario / cliente de APS en línea?
	31. Con qué frecuencia los profesionales de salud de los Centros de Atención, ¿utilizan la misma historia clínica del usuario / cliente en cada consulta?
	32. ¿Con qué frecuencia los profesionales de salud están informados sobre todos los medicamentos utilizados por el usuario / cliente en el momento de la atención?
	33. ¿Los profesionales de salud son informados de manera pronta, cuando el usuario / cliente no consigue obtener o comprar un medicamento prescrito?

PORTAFOLIO DE SERVICIOS	34. Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)	
	35. Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años)	
	36. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)	
	37. Detección temprana de las alteraciones del Adulto (Mayor de 45 años)	
	38. Detección temprana de las alteraciones del embarazo	
	39. Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres	
	40. Atención de enfermedades de transmisión sexual	
	41. Control / tratamiento de tuberculosis	
	42. Control / tratamiento de enfermedades endémicas	
	43. Control / tratamiento de enfermedades epidémicas	
	44. Atención de enfermedades crónicas	
	45. Tratamiento ambulatorio de heridas	
	46. Cirugías ambulatorias	
	47. Consejería sobre el riesgo del uso de alcohol o tabaco	
	48. Problemas de salud mental no graves	
	49. Control / tratamiento de problemas de nutrición	
	50. Educación en salud	
	51. Educación sobre violencia intrafamiliar	
	52. Educación sobre accidentes domésticos	
	53. Educación y atención preventiva odontológica	
	54. ¿Para qué porcentaje de los servicios mencionados, existen protocolos específicos de atención en los centros de atención?	
	COORDINACIÓN	55. ¿A qué porcentaje de niños se les hace historia clínica, para el registro obligatorio de atención?
		56. ¿A qué porcentaje de niños se les entrega un registro de las vacunas realizadas o del monitoreo del crecimiento infantil?
		57. ¿Para cuál porcentaje de embarazadas existe un registro obligatorio de control prenatal?
58. ¿A qué porcentaje de embarazadas se le entrega un registro sobre las consultas prenatales o resultados de exámenes?		
59. ¿Existen normas y protocolos definidos para referencia y contrareferencia de información sobre pacientes entre los niveles de atención?		
60. ¿Con qué frecuencia, los profesionales de salud de los Centros de Atención utilizan las normas definidas para referencia y contrareferencia?		
61. Cuando un usuario / cliente requiere ser referido hacia otro servicio, ¿los profesionales de atención básica de los Centros acuerdan con ellos o les indican los posibles lugares de atención?		
62. ¿Existen mecanismos formales en los Centros de Atención, para agendar las consultas con un especialista?		
63. ¿Cuando los pacientes de los Centros de Atención son referidos a otro servicio, los profesionales de atención básica le proporcionan información escrita al servicio referido?		
64. ¿Los profesionales de atención básica de los Centros de Atención, reciben información escrita sobre los resultados de las consultas referidas al especialista?		
65. ¿Qué porcentaje de los Centros de Atención prestan servicios de recolección de muestras o realización de exámenes de laboratorio de apoyo diagnóstico?		
66. En los Centros de Atención, ¿existen normas y protocolos definidos para la realización de exámenes de laboratorio de apoyo diagnóstico?		
67. ¿Todos los días existe recolección de muestras para exámenes de laboratorio en los Centros de Atención?		
68. ¿Los resultados de los exámenes de laboratorio, son remitidos hacia los centros de atención?		
69. ¿La cita para la consulta de control del usuario / cliente para conocer los resultados de los exámenes, es realizada automáticamente por la Unidad / Centros de Atención?		
70. ¿El usuario / cliente es consultado sobre su disponibilidad de tiempo, para esa cita de control?		
71. ¿Existe en los Centros de Atención, supervisión periódica para revisar las necesidades de referencia a otros niveles de atención?		
72. ¿Los Centros de Atención permiten que los usuarios / clientes conozcan sus registros médicos o historia clínica?		
73. Los registros médicos en los Centros de Atención, ¿siempre están disponibles cuando un profesional examina un usuario / cliente?		
74. En los Centros de Atención ¿existe auditoría periódica de las historias clínicas o los registros médicos?		

ENFOQUE FAMILIAR	75. ¿Qué porcentaje de las historias clínicas son diligenciadas con enfoque familiar,(p ej familiograma ecomapa) en los Centros de Atención? (y no por individuo)
	76. Durante la consulta, ¿los profesionales de salud de los Centros de Atención normalmente piden información sobre enfermedades de otros miembros de la familia?
	77. Los profesionales de salud de los Centros de Atención, ¿tienen posibilidad de hablar con la familia del usuario / cliente para discutir su problema de salud?
	78. Durante la anamnesis o antecedentes de la historia clínica, los profesionales de salud de los Centros de Atención ¿normalmente preguntan sobre factores de riesgo social o condiciones de vida del usuario / cliente? (Ejemplo: desempleo, disponibilidad de agua potable, saneamiento básico, etc)
ORIENTACIÓN A LA COMUNIDAD	79. Encuestan a los usuarios / clientes para saber si los servicios ofrecidos están respondiendo a las necesidades de salud percibidas por la población
	80. Encuestan a los usuarios / clientes para identificar los problemas de salud de la población.
	81. ¿Tienen representantes de la comunidad participando en la toma de decisiones y seguimiento de los servicios ofrecidos en los Centros de Atención (p ej juntas directivas, comités de participación comunitaria)?
	82. ¿Ofrecen servicios de salud en las escuelas?
	83. ¿Ofrece visitas domiciliarias a los usuarios o clientes como parte de la atención?
FORMACIÓN PROFESIONAL	84. ¿Trabajan o se ponen de acuerdo con otras instituciones, organizaciones o grupos de la comunidad, para planear o realizar programas intersectoriales?
	85. ¿Tienen autonomía para reorganizar la oferta de servicios con base en los problemas o las necesidades identificados en la comunidad?
	86. ¿Qué porcentaje de días a la semana, los Centros de Atención cuentan con por lo menos un médico?
	87. En los Centros de Atención, los enfermeros u otros profesionales ¿complementan regularmente a los médicos en la atención de la población?
	88. En los Centros de Atención, ¿qué porcentaje de médicos recibe entrenamiento específico en el área de atención primaria?
AUTOEVALUACIÓN DE CONFIANZA EN LAS RESPUESTAS	89. En los Centros de Atención, ¿qué porcentaje de otros profesionales de salud recibe entrenamiento específico en el área de atención primaria?
	90. En los Centros de Atención, ¿los equipos de atención primaria, son capacitados para actuar acorde con la diversidad cultural de la comunidad? (Ejemplo: grupo étnico,cultura, nivel socioeconómico, etc)
	91. ¿Las respuestas se basaron en datos, documentos o informes publicados?
	92. Para aquellas preguntas que contestó sin poder consultar datos, ¿qué porcentaje de confianza hay en las respuestas?