



Este artículo es una publicación de la Corporación Viva la Ciudadanía  
Opiniones sobre este artículo escribanos a:

[semanariovirtual@viva.org.co](mailto:semanariovirtual@viva.org.co)

[www.viva.org.co](http://www.viva.org.co)

---

## **A propósito del decreto sobre Atención Primaria en Salud**

**Mauricio Torres Tovar**

**Médico salubrista – Miembro del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social**

La aspiración puesta en la Declaración de Alma-Ata<sup>1</sup> por la comunidad mundial en 1978 de salud para todos y todas; como medio para lograr la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en los sistemas de salud ha sido hasta hoy una estrategia distorsionada, reducida, transformada, burlada por esa mayoría de comunidad de naciones que se ha traicionado a sí misma.

El reconocimiento hecho en Alma-Ata de la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población entre países y al interior de los países sigue hoy plenamente vigente. Al igual que el reconocimiento que la promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico, social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida; a alcanzar la paz mundial<sup>2</sup>.

La esencia de la APS según lo expresó la declaración, es que la atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud del que constituye la función central; 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<sup>3</sup>.

El borrador de decreto que en el mes de marzo dio a conocer el Ministerio de Salud y Protección Social para reglamentar el componente de APS que quedó consignado en la Ley 1438 de 2001<sup>4</sup>, desconoce la esencia de la estrategia y la burla nuevamente al vaciarla de su sentido y contenido central.

---

<sup>1</sup> En ese momento ciudad de la República Socialista Soviética, hoy de Kazajistán.

<sup>2</sup> OMS. Declaración de Alma-Ata, 1978. [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)

<sup>3</sup> Ídem.

<sup>4</sup> Decreto borrador "Por el cual se reglamenta la estrategia de Atención Primaria en Salud, en el componente de servicios de salud, mediante las herramientas de Redes Integradas de Servicios de Salud y Equipos Básicos de Salud".

No era de esperarse otra cosa, cuando el Ministerio de Salud y Protección Social desde hace 18 años viene siendo funcional a las políticas de privatización de la salud en el país. Ahora se trata de instrumentalizar la APS para colocarla al servicio del negocio del aseguramiento de la salud y no para resolver los problemas concretos de salud de las poblaciones.

### **El contenido del Decreto**

La Ley 1438 de 2011<sup>5</sup> en el artículo 12 estableció adoptar la estrategia de APS constituida por tres componentes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación comunitaria.

La propuesta de Decreto se refiere específicamente a la reglamentación de la estrategia de APS en el componente de servicios de salud, la conformación de las redes integradas de servicios de salud y la organización de los equipos básicos de salud.

El Decreto entiende estas redes como el conjunto funcional de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda. Y define que la conformación de estas redes se realizará a través de los procesos de análisis territorial de la atención en salud, organización, habilitación y articulación de las redes.

Propone que sean las EPS quienes organicen las redes, al seleccionar y determinar los prestadores de servicios de salud y proveedores que de manera coordinada, garantizarán la prestación y provisión de los servicios definidos en el POS. La articulación de las redes estará a cargo de las Entidades Territoriales en coordinación con las EPS, a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

En relación al componente de talento humano, aspecto clave en el desarrollo de la APS, el Decreto establece los equipos básicos de salud, conformados como mínimo por un auxiliar de enfermería y un auxiliar de salud pública y sus funciones serán realizar el diagnóstico familiar, identificar el riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios, informar sobre el portafolio de servicios en salud, promover la afiliación al sistema, inducir la demanda de servicios, facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación, y suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica. La Dirección Departamental o Distrital de Salud establecerá el número de equipos básicos de salud.

### **Las críticas no se hicieron esperar**

Dado el contenido de este Decreto las voces de protesta en contra no se hicieron esperar y en este sentido se han conocido diversos pronunciamientos

---

<sup>5</sup> Que es última reforma a la Ley 100, pero ya se empezó a hablar de otra reforma en el Congreso de la República, ¿cuántas más iremos a tener sin resolver estructuralmente los problemas esenciales del sistema de salud de Colombia?

de sectores sociales, académicos y de los entes territoriales de salud. Yo me sumo a estas voces críticas.

Lo primero es que el Decreto fragmenta la iniciativa de la APS, al no incorporar elementos centrales como son la acción sobre los determinantes de la salud, la actuación inter y transectorial y la participación comunitaria, buscando sólo desarrollar el componente de prestación de servicios. Lo que básicamente propone el Decreto es establecer una relación funcional entre instituciones prestadoras de servicios de salud y asignarles unos equipos de salud poniéndolos en función de la lógica administrativa del aseguramiento.

La APS es una estrategia con una real capacidad resolutive que se constituye en una puerta de fácil acceso a los servicios de salud por estar cerca de los lugares donde viven y trabajan las comunidades. Esto demanda contar con un enfoque territorial-poblacional que permita abordar territorios específicos comprendiendo sus dinámicas poblacionales, teniendo como paso inicial la lectura e interpretación de necesidades sociales y sanitarias con la propia comunidad para organizar la respuesta de servicios tanto de salud como otros (por ejemplo: educación, nutrición, ambiente, asistencia social, vivienda), en un enfoque de trabajo intersectorial y transectorial.

De ahí que la configuración de redes de servicios no es simplemente relacionar instituciones, sino interpretar los territorios con sus dinámicas para implantar geográficamente el conjunto de instituciones que lo cubran de manera apropiada en los diferentes niveles de complejidad que demanden sus necesidades sanitarias y sociales, estableciendo un adecuado flujo de referencia y contra-referencia de las personas entre estos niveles, resolviendo el problema de fragmentación y descoordinación que hay en la red prestadoras de servicios de salud en el país.

De otro lado, definir la coordinación de estas redes en cabeza de las EPS es categóricamente un error. La APS en estrategia territorial debe tener como instancia rectora a los entes territoriales de salud. Son las secretarías municipales y distritales de salud como autoridades sanitarias las que deben tener la gobernanza de la APS y no un conjunto de empresas que ya de manera sobrada han demostrado su espíritu mercantil en contra de la comprensión de la salud como derecho humano. Dejar la coordinación de la APS en las EPS es profundizar el problema de la falta de rectoría sanitaria que tiene el sistema de salud.

En relación a la propuesta de configuración de los equipos de salud, tal como lo formulan no se pueden llamar básicos sino exiguos. Este aspecto revela la falta de seriedad técnica con la propuesta y el exacto sentido que se le quiere dar a la APS, un instrumento más al servicio de la lógica del aseguramiento, expresada claramente en las funciones que se le asignan a estos equipos.

Los equipos de salud de la estrategia de APS son el elemento fundamental porque son finalmente quienes interactúan directamente con la población en sus territorios y deben tener adecuadas competencias resolutive, garantizando la oportunidad, integralidad y continuidad en la atención; aspectos

completamente deteriorados en nuestros servicios de salud con la implementación de la Ley 100.

Por tal razón la conformación de estos equipos no puede reducirse a un par de técnicos. Si se quiere ser serios en la propuesta estos equipos deben estar configurados por un grupo de profesionales de la salud y las ciencias sociales que logran atender adecuadamente el conjunto de problemáticas de salud desde una perspectiva integral que aborde las esferas física, mental y social. Además, estos equipos deben contar con personal que efectivamente cumpla una labor de correa de transmisión entre la comunidad y el sistema de salud, promoviendo y garantizando la participación de la comunidad. Aquí vale la pena mencionar que Colombia tuvo una experiencia valiosa entre los años 60 y 80 en la figura de los y las promotoras de salud, agentes de salud desaparecidos con la Ley 100, que tiene que ser recuperada para la implementación de la APS.

Por último, en tanto la APS debe contribuir a afectar los determinantes de la salud, dado que no estamos hablando de un simple primer nivel de atención con escasa capacidad resolutoria y acciones aisladas de prevención y educación<sup>6</sup>, requiere de un análisis territorial de la situación de salud y no un simple análisis de atención en salud como lo expresa el Decreto<sup>7</sup>, lo cual permite ir más allá de la identificación de los riesgos de salud para evidenciar el conjunto de determinantes de salud presentes en el territorio, requiriendo problematizarlos y jerarquizarlos para plantear estrategias de solución que son de carácter intersectorial e interinstitucional, lo cual demanda un enfoque integral de calidad de vida<sup>8</sup>.

### **Mirar las experiencias cercanas**

El pronunciamiento que hizo la Mesa Intersectorial por el Derecho Fundamental a la Salud refiere la necesidad de revisar las experiencias que hemos tenido en nuestro país y que se dan en otros países de la región, donde la implementación de la estrategia de APS ha logrado aportar efectivamente en la realización del derecho a la salud de las poblaciones<sup>9</sup>.

Por esta razón, el Decreto es muy pobre en su desarrollo, dado que no necesitamos ir muy lejos para ver como se ha desarrollado esta estrategia. La reciente experiencia de Bogotá, de lo que inicialmente se llamó Salud a su Hogar y posteriormente Salud a su Casa, debe ser sin lugar a dudas un

---

<sup>6</sup> Secretaría Distrital de Salud. Salud a su Hogar. Un modelo de atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. 2004.

<sup>7</sup> Facultad de Medicina. Universidad de los Andes. Observaciones y Recomendaciones al proyecto de Decreto "Por el cual se reglamenta la estrategia de Atención Primaria, en el componente de servicios de salud, mediante las herramientas de las Redes Integradas de Servicios de Salud y los Equipos Básicos de Salud". Bogotá. 29 de marzo de 2012.

<sup>8</sup> Grupo Guillermo Fergusson. La estrategia promocional de calidad y vida, una vía hacia la equidad y el derecho a la salud. Bogotá, 2007.

<sup>9</sup> Mesa intersectorial por el derecho fundamental a la salud. Ministerio de Salud derrumba con un Decreto alcance de la Ley 1438. Se acaba con las esperanzas de mejorar el sistema de salud colombiano. Marzo, 2012.

referente para el diseño y puesta en escena de la APS en el país<sup>10</sup>. Igualmente, las experiencias cercanas<sup>11</sup> de implementación de la estrategia en Cuba, Brasil, Costa Rica, Venezuela y las hechas directamente por las comunidades en Guatemala, El Salvador y el sur de México.

Estas experiencias demuestran que de acogerse seriamente la iniciativa de APS, es posible desarrollar un sistema nacional de salud con alta capacidad resolutoria, que no desangra sus finanzas en abultados gastos de atención de enfermedades complicadas, al poder evitarlas con la acción de promoción, prevención y atención primaria, además de la posibilidad de contribuir a afectar los determinantes de la salud en un trabajo de carácter intersectorial con fuerte participación de las comunidades.

La APS debe ser reconocida como centro del sistema de salud pero también de la política de salud, que la articule con las políticas sociales para garantizar una real acción intersectorial, como lo expresó el pronunciamiento de la cumbre de Secretarios de Salud Departamentales, al sostener que la APS debe ser asumida como política pública en cabeza de los gobernantes e incorporada en las agendas de los Consejos de Política Social y de Gobierno<sup>12</sup>. Esto desde luego no se va a lograr con Decretos débiles como éste que propone el Ministerio de Salud.

### **¿Qué hacer?**

¿Qué hacer frente a esta situación? ¿Tendremos que resignarnos a que el Ministerio de Salud sancione otra norma más que no contribuye a resolver los graves problemas por los que atraviesa el sistema de salud, con el agravante acá de vaciar de su contenido la importante estrategia de APS?

El debate sobre este tema de la APS debe ser amplio en el país, desafortunadamente sabemos que los procesos democráticos en la toma de decisiones en el sistema de salud son pobres y marginales.

Lo cierto es que desde los sectores sociales, políticos y académicos progresistas tenemos el deber de impulsar un debate sobre este tema y bien valdría la pena gestar un escenario con actores internacionales, que incluya a gobiernos de la región con experiencias en el impulso de la APS, organismos internacionales de salud (OMS-OPS) y expertos académicos de la APS, entre otros, que contribuya a hacer visible y audible las críticas a la forma como el Gobierno pretende desarrollar la APS.

En Colombia tenemos experiencias, conocimientos y trayectorias sociales y técnicas suficientes para desarrollar un sistema de salud garante del derecho a la salud, pero no tenemos la voluntad de las élites políticas ni del gobierno

---

<sup>10</sup> Alcaldía Mayor de Bogotá. Suplemento No. 14. Agosto de 2011.

<sup>11</sup> Acosta N, Pollard J, Vega R; Ronald L. Atención primaria integral en salud en Sudamérica: contexto, logros e implicaciones políticas Cuadernos de Saúde Pública; 27(10):1875-1890, Oct. 2011.

<sup>12</sup> Cumbre de Secretarios de Salud Departamentales. Declaratoria de los Secretarios de Salud Departamentales de Colombia. Pereira, 14 de Marzo de 2012.

nacional para ir en este camino. No queda otro camino más que seguir fortaleciendo y articulando esfuerzos entre el conjunto de sectores sociales y políticos que consideramos la salud como un derecho que permita gestar un cuerpo de poder capaz de llevar a la realidad los cambios en salud que nos merecemos.

También tenemos la experiencia y el ejemplo de comunidades que han construido respuestas propias de atención en salud con el espíritu de la APS, experiencias de nuestras comunidades indígenas y campesinas. ¿Qué tal si profundizamos y avanzamos en estas respuestas propias, construyendo un nuevo sistema de salud desde la propias comunidades?

**Edición N° 00301 – Semana del 4 al 10 de Mayo de 2012**