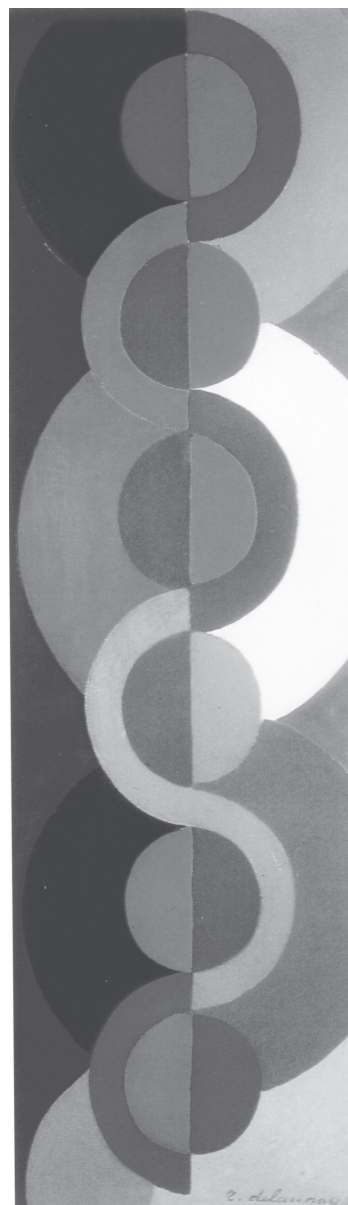

ESPACIO ABIERTO

**APS y acceso universal a los servicios
de salud en las condiciones del
SGSSS de Colombia. El caso 'Salud a
su Hogar' en Bogotá**

Román Vega Romero

Janeth Carrillo Franco



APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia

EL CASO ‘SALUD A SU HOGAR’ EN BOGOTÁ

Román Vega Romero . Janeth Carrillo Franco

Fecha de recepción: 3-10-06. Fecha de aceptación: 28-11-06

Resumen

Este artículo muestra los desafíos y oportunidades experimentados por los formuladores de la política de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS), en el proceso de diseño y puesta en práctica de un enfoque de atención primaria integral de salud (APIS), inicialmente llamada “Salud a Su Hogar” (Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Salud, 2004), entre finales de los años 2004-2005. En el marco de un sistema de atención de salud orientado por reglas de mercado regulado, y sin ningún apoyo de las autoridades nacionales de salud, la estrategia busca contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y reducción de las disparidades de salud de las comunidades marginadas y excluidas de la ciudad. Los resultados iniciales son favorables a la APIS porque indican mejoramiento del acceso a los servicios sociales y de salud, potenciación de la integralidad de la atención, fortalecimiento de las actividades de prevención y promoción de la salud, y estímulo a la acción intersectorial por la salud y a la participación comunitaria.

Palabras clave: protección social y salud, acceso universal y atención en salud, acción intersectorial y salud, atención primaria en salud, atención primaria integral en salud, salud e inequidad, atención en salud e inequidad, participación comunitaria y salud.

Abstract

This article shows the challenges and opportunities experienced by the Bogotá Secretary of Health’s policymakers when designing and implementing a Comprehensive approach to Primary Health Care (CPHC) called ‘Health To Your Home’ during the years 2004 and 2005. CPHC was used as a strategy for developing communities health through strengthening their access to health care and other social services, the development of a comprehensive approach to health care, and the improvement of their quality of life. CPHC implementation has taken place under the restrictive conditions of a market driven health care system and without any support from national health authorities. Initial results indicate that CPHC might be a useful approach for improving the access to and the comprehensiveness of health services provision, and may be useful as well for developing the health of excluded and marginalized communities by enabling the improvement of their quality of life through intersectorial action and community participation.

Key words: social protection and health, universal access and health care, intersectorial action and health, primary health care, comprehensive primary health care, health an inequity, health care and inequity, community participation and health.



Introducción

Este trabajo se elaboró para contribuir al análisis de las experiencias de autoridades locales de salud de América Latina, en el desarrollo de políticas de protección social en salud de la región y fue presentado en el panel “Extensión de la protección social en salud y acceso universal a la atención de salud: desafíos para los hacedores de políticas”, en el marco del 11º Congreso Mundial de Salud Pública y en el 8º Congreso Brasileiro de Salud Colectiva, este último realizado en la de Río de Janeiro, del 21 al 25 de agosto de 2006. El trabajo se elaboró a petición del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo del Canadá (CIID), para mostrar la experiencia del primer año de un grupo de formuladores de política que, en el marco de un gobierno de centro-izquierda —por primera vez elegido en la ciudad— desarrollaron la iniciativa de garantizar el derecho a la salud, con énfasis en las comunidades excluidas y marginadas, mediante la puesta en práctica de una estrategia de atención primaria integral de salud.

La estrategia se desarrolló en el marco del Sistema Distrital de Seguridad Social de Salud, expresión al nivel municipal del actual Sistema General de Seguridad Social de Salud de Colombia (SGSSS), cuya racionalidad política, económica y organizacional obedece al patrón de reforma de los sistemas de salud, impulsado por el Banco Mundial en el marco de las directrices emanadas del Consenso de Washington (Banco Mundial, 1987; 1993). En Colombia, tales políticas se aplicaron dentro del marco conceptual y operativo de lo que se ha llamado ‘pluralismo estructurado’ (Londoño, 1997; Frenk, Londoño, Knaul, y Lozano, 1998) que sirvió de fundamento a la creación del SGSSS, con la Ley 100 de 1993. El diseño y puesta en práctica de la APIS, en

Bogotá, fue un esfuerzo puramente local —de la Alcaldía Mayor de la ciudad, la SDS, la red pública de hospitales adscritos a la SDS y las comunidades— en la medida en que no contó con el apoyo explícito de la autoridad nacional de salud, ni de los aseguradores del SGSSS, porque creyeron que la estrategia estaba orientada fundamentalmente a acabar con la lógica de mercado del SGSSS.

Para mostrar esta experiencia se realizó un estudio de caso descriptivo, que logra exponer el marco conceptual y operativo del enfoque de APS puesto en práctica, algunas características del proceso de implementación, y algunos resultados iniciales de la estrategia. Este estudio no tiene la pretensión de ser una evaluación de los resultados de la APS en la ciudad. En lo fundamental busca enseñar a otros actores del país, la región y el mundo las oportunidades y desafíos que este enfoque de APIS y los formuladores de política tuvieron, en las condiciones de un sistema de atención de salud orientado por el mercado y su utilidad para avanzar en el desarrollo de la salud de las comunidades de bajos ingresos, excluidas y marginadas.

Objetivos

Mostrar las oportunidades y desafíos experimentados en el curso los años 2004 y 2005, por parte de los formuladores de política de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, durante la puesta en práctica de la estrategia de Atención Primaria Integral de Salud conocida como “Salud a Su Hogar”; así mismo mostrar los cambios operacionales en el desarrollo de los programas y de las actividades de los servicios de salud y algunos resultados en cuanto a esta última, como consecuencia de la ejecución de la estrategia.

Métodos

Se hace un estudio de caso descriptivo, usando dos recursos metodológicos: 1) un análisis documental sobre el diseño, implementación y seguimiento de algunos resultados de la estrategia, y 2) entrevistas semi-estructuradas a algunos de los principales tomadores de decisiones de la SDS durante los años 2004 y 2005.

Problema

Si bien el modelo de aseguramiento del sgsss de Colombia ha mejorado la accesibilidad financiera de la población de menores ingresos a los servicios de salud, aún no ha alcanzado la cobertura universal ni ha corregido las inequidades de utilización de los servicios según necesidad, entre los grupos de población de ingresos altos y bajos (Céspedes *et al.*, 2002; Flores, 2006; Le Bonniec, 2005; Restrepo, 2004; Rodríguez, 2005; Rodríguez Castillo y Ramírez, 2005). En el 2003, en Bogotá persistían las dificultades para el uso de los servicios de salud, particularmente entre los grupos sin capacidad de pago que no calificaban para obtener el subsidio de afiliación al régimen subsidiado, y entre los afiliados en los regímenes contributivo y subsidiado de más bajos ingresos,¹ por la existencia de barreras de acceso económicas como los copagos, y barreras de acceso geográficas, organizacionales y culturales (Secretaría de Hacienda Distrital, 2005).

El avance en el aseguramiento de la población tampoco ha resuelto el énfasis individualista y curativo del modelo de atención promovido por el sgsss; por el contrario, lo ha acentuado (Restrepo, 2004; Málaga, 2003; Tono, Velásquez y Castañeda, 2002; Flórez, 2002). El enfoque de mercado del aseguramiento y de la contratación y prestación de los servicios, y la existencia de distintos

regímenes de aseguramiento y planes de beneficio disímiles, han segmentado y fragmentado la atención, además de haber hecho inequitativa e ineficiente la asignación de los recursos, han dificultado la protección financiera de los hogares y creado serias dudas sobre la sostenibilidad fiscal del sistema (Rodríguez, 2005; Gottret & Schieber, 2006; Ramírez, Cortés y Gallego, 2002). En distintos contextos se ha mostrado que para mejorar la efectividad de la protección social en salud no basta con fortalecer la red de atención de salud, desde el punto de vista administrativo y financiero, si no se supera el enfoque predominantemente curativo, individual y descoordinado de la prestación de los servicios y se fortalecen las acciones de salud pública orientadas a afectar los determinantes sociales de la salud (Almeida, 2002; Unger *et al.*, 2006).

Justificación de la implementación

Aunque superar los problemas de accesibilidad, utilización, segmentación, fragmen-

¹ El diseño del Sistema General de Seguridad Social de Colombia pretende alcanzar la universalidad, afiliando a la población en dos regímenes de aseguramiento: primero, un régimen contributivo donde se afilian las personas con capacidad de pago y sus beneficiarios, mediante una contribución y, segundo, un régimen subsidiado donde se afilian, a través de un subsidio a la demanda, las personas sin capacidad de pago, luego de ser sometidas a una prueba de medios mediante una encuesta de selección de beneficiarios llamada SISBEN. Las personas aún no afiliadas al régimen subsidiado, pero que califican como pobres en la prueba de medios pueden demandar atención cuando se sienten enfermos y los prestadores reciben un subsidio a la oferta. Cada régimen tiene un plan de salud obligatorio (POS), pero el plan de beneficios del régimen contributivo es mayor que el del régimen subsidiado. El sgsss simula un cuasi-mercado con competencia regulada entre aseguradores y prestadores, públicos y privados, y elección libre de los usuarios entre las redes de prestación de servicios de salud contratadas por los aseguradores.



tación y falta de integralidad de la atención en salud requerirá cambios estructurales de fondo en el modelo actual de aseguramiento, son también necesarios otros en el sistema prestador de servicios de salud, que ayuden a universalizar el acceso, mejorar la equidad, coordinación e integralidad de la atención, promover la acción intersectorial por la salud y el empoderamiento, participación y movilización de los ciudadanos. En estos aspectos la APS puede hacer aportes importantes al mejoramiento de la salud de la población, y a la disminución de las disparidades en salud, aún en el marco del SGSSS (PAHO, 2005; Rosero Bixby, 2004; Draibe, 2002; Larizgoitia & Starfield, 1997).

La APS es mundialmente reconocida como una estrategia eficaz para mejorar la accesibilidad y equidad en la utilización de los servicios, la integralidad de la prestación de los mismos y la equidad de los resultados en salud (PAHO, 2005; CONASS, 2004; Starfield, Shi & Macinko, 2005). Por eso, teniendo en cuenta los problemas de acceso de los grupos de menores ingresos, excluidos y marginados de la ciudad a los servicios sociales y de salud; la necesidad de mejorar el trabajo sectorial e intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud; las restricciones normativas nacionales, la falta de compromiso político del gobierno nacional con la APS y la incidencia negativa del enfoque de mercado del SGSSS, en el marco del Plan de Desarrollo Distrital *Bogotá Sin Indiferencia* (Consejo Distrital, 2004) se decidió diseñar e implementar una estrategia de APS con enfoque integral para mejorar la protección social y garantizar el derecho a la salud, con énfasis en la población de menores ingresos, excluida y marginada (Alcaldía Mayor y SDS, 2004).

Marco conceptual

La Atención Primaria de Salud (APS) fue la estrategia propuesta en 1978 para lograr salud para todos en el año 2000. Hoy se sigue percibiendo y mostrando como la forma apropiada de implementar una respuesta integral a las necesidades de salud de los individuos, los hogares y la población, no sólo en términos de servicios sanitarios, sino como mecanismo para afrontar los principales determinantes sociales, económicos, políticos y culturales de la inequidad en salud, a través de la acción intersectorial por la salud y la participación comunitaria (Starfield, Shi & Macinko, 2005). Como fue concebida en Alma Ata, dicha estrategia debía promover una distribución más justa de los recursos, así como la superación de los modelos médicos prevalentes, que enfatizaban sobre una atención secundaria dirigida hacia la enfermedad, basada en servicios curativos caros y en una infraestructura hospitalaria de tipo urbano. La APS, por el contrario, debe hacer énfasis en los servicios preventivos, de costo razonable para la comunidad, en centros de atención accesibles, ayudar a coordinar la atención en los demás niveles de atención del sistema de atención de salud, y tener un enfoque articulado al desarrollo y la justicia social (OMS; Unicef, 1978).

Un año después de la conferencia de Alma Ata se propuso una APS selectiva en reemplazo de la integral, que incluía actividades puntuales y focalizadas en los grupos de mayor riesgo (niños y mujeres), en el marco de programas de atención verticales. Su objetivo fue abordar sólo las principales causas de mortalidad infantil en los países en desarrollo (Walsh & Warren, 1980). Mientras tanto, en los países centrales se implementó

la APS como el primer nivel de servicios de atención salud para toda la población (PAHO, 2005; Cueto, 2004; Magnusen, 2004) y en muy pocos países, como Cuba y Costa Rica, se mantuvo un enfoque integral de APS (Irwin y Scali, 2005). En el tiempo transcurrido, y según los contextos nacionales, la APS ha presentado variantes en su implementación, que pueden ser consideradas como modelos organizacionales con énfasis diferentes: modelos clínicos, centrados en el paciente y en el profesional de salud; modelos con enfoque familiar, centrados en el paciente, su familia (como su entorno más próximo) y en profesionales de la salud entrenados en medicina y salud familiar; modelos integrales y comunitarios que, sin dejar de tener en cuenta los anteriores aspectos, se han centrado en la población, en territorios específicos, en la acción intersectorial por la salud, y en la participación y movilización social y comunitaria (PAHO, 2005; Rosero Bixby, 2004; Lamarche, 2003).

Si un modelo organizacional de servicios de salud es considerado como APS, sea clínico o comunitario, se busca que cumpla con las principales características que la definen, como son: el primer contacto, que implica mejor accesibilidad y utilización de servicios de salud y sociales por parte de los pacientes y los ciudadanos en general, según necesidad; la longitudinalidad, o la existencia de una fuente identificable y continua de atención en el tiempo, que facilita el conocimiento de la persona como un todo y de su contexto; la integralidad, que implica la organización de la respuesta según las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, mediante una mejor y más equitativa organización y asignación de los recursos e intervenciones de la APS, del sistema de salud, y de otros sectores; y la coordinación, que se refiere a la integración y continuidad de la atención mediante la disponibilidad de información acerca de los problemas del paciente y los

servicios utilizados para hacer que esa información sirva mejor a las necesidades actuales de atención integrada del paciente y de la comunidad, independiente de la fuente y tiempo de atención, y de la conducción de la referencia y contra-referencia a través de los distintos niveles de atención (Starfield, Shi & Macinko, 2005; Starfield, 1998).

La articulación del enfoque de atención de salud integral e integrada del paciente, la familia y la comunidad, desde la estrategia de APS, se desarrolla combinando los métodos y enfoques de la medicina preventiva y la salud pública, entre los cuales cabe destacar el abordaje epidemiológico, territorial, de población e intersectorial de la salud pública, con la orientación epidemiológica, familiar y comunitaria de la medicina preventiva, todo lo cual lleva a abordajes multidisciplinares de las necesidades y atención de la salud y a la integración de la promoción de la salud con la prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad (Starfield, 1996; De Negri, 2003; Rhyne, Cashman, & Kantrowitz, 2005; Leavell & Clark, 1965). Se espera que la integración del enfoque clínico, familiar y comunitario de la APS, con el enfoque poblacional e intersectorial de la salud pública, en un marco de cumplimiento de los requisitos primordiales de la APS, permita organizar mejor el carácter y sentido equitativo de un sistema salud (PAHO, 2005) que tiene como fin mejorar la equidad en el acceso a la atención en salud, y ayude a fortalecer la participación comunitaria y la acción intersectorial por la salud, sin lo cual sería difícil mejorar la calidad de vida y reducir las disparidades de los resultados en salud (Starfield, Shi & Macinko, 2005).

Se decidió implementar el enfoque de Atención Primaria Integral de Salud (APIS) que sigue la tradición de Alma Ata (OMS y Unicef, 1978) pero teniendo en cuenta las enseñanzas recientes sobre los factores



que constriñen y facilitan su éxito (Cueto, 2004; Magnusen *et al*, 2004), y articulada al ‘modo promocional de calidad de vida y de la salud’ (De Negri, 2003; Secretaría Distrital de Salud, 2005). El modo promocional de la calidad de vida y de la salud se propone pasar de un modo de atención y de gestión de los servicios de salud, centrado en la curación de la enfermedad, a otro que con fundamento en la interdependencia de los derechos humanos económicos, sociales, políticos y culturales, haga énfasis en la promoción de la calidad de la vida y de la salud mediante el reordenamiento de los procesos y la acción sectoriales e intersectoriales, sociales y comunitarios, así como en la articulación de los servicios curativos, preventivos, educativos y de rehabilitación, individuales y colectivos, estimulando el ejercicio de la autonomía de las personas, el logro de la equidad social en salud, el desarrollo de agendas transectoriales de gobierno, la democracia participativa y la sostenibilidad ambiental (Secretaría Distrital de Salud, 2005, 17-18).

Desde el enfoque APIS así logrado se desarrolla un nuevo modelo de atención y de gestión, que busca integrar la atención clínica orientada a los individuos y las familias con acciones de salud pública y sociales orientadas a la población vulnerable y con mayores riesgos, haciendo énfasis en la prevención primaria, secundaria y terciaria (Leavell & Clark, 1965), en la acción intersectorial por la salud y en la participación comunitaria para enfrentar los determinantes sociales y ambientales de la salud. En su inicio, la estrategia tomó la forma de APS con orientación familiar y comunitaria (Starfield, 1996; OPS, 2003) buscando, además, desplegar una estrategia de oferta y prestación de los servicios que ayudara a romper barreras de acceso geográfico, organizacional y cultural, que eran problemas que habían sido detectados en la población objetivo, sin importar que ésta estuviese asegurada

o no (Alcaldía Mayor de Bogotá; Secretaría Salud, 2004; De Negri, 2003). En este esquema integral de APS se buscó mejorar la equidad en el acceso a los servicios de salud y a otros servicios sociales (educación, alimentación segura y nutritiva, bienestar social, vivienda, saneamiento básico, agua potable) de la población pobre asegurada y no asegurada, fortalecer la acción intersectorial y la participación comunitaria, para actuar sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud, mejorar la calidad de vida y reducir las disparidades en salud de la población. La estrategia se desarrolló siguiendo los principios de APS de primer contacto, longitudinalidad, integralidad, coordinación de la atención y corresponsabilidad social (Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Salud, 2004; Starfield, 1998), enlazados con los de autonomía, equidad, transectorialidad y democracia, construcción de imaginarios sociales y sostenibilidad ambiental, del ‘modo promocional de la calidad de vida y la salud’.

Operación de la APIS

La estrategia comenzó a implementarse de forma progresiva a partir de tres grupos de población prioritarios: primero, 390.000 familias sin capacidad de pago y vulnerables, no afiliadas al SGSSS, que en la terminología del Sistema se les denomina ‘vinculados’, y cuya atención es pagada por la SDS a la red pública de hospitales adscritos a la SDS y a otros prestadores privados (cuando los servicios no están disponibles en la red pública) mediante subsidios a la oferta; segundo, afiliados al régimen subsidiado a los cuales se les garantiza atención, según lo incluido en los contratos de prestación de servicios entre los hospitales públicos adscritos a la SDS con las aseguradoras del régimen subsidiado (ARS) y pagados mediante subsidios a la demanda; tercero, afiliados a otros

aseguradores, tanto del régimen subsidiado como contributivo, pero con contratos con otros prestadores distintos de la red pública adscrita a la SDS, en dependencia del grado en que las empresas promotoras de salud (EPS), que son las aseguradoras del régimen contributivo, asuman la estrategia de APS, se desarrollen convenios de cooperación entre las EPS y la Secretaría Distrital de Salud, y se fortalezca el ejercicio de las funciones de rectoría de la autoridad sanitaria a nivel distrital y nacional. Toda la población objeto de intervención, indistintamente de su estado de afiliación, tiene derecho a recibir simultáneamente los servicios de salud pública contenidos en el Plan de Atención Básica (PAB)² contratados por la SDS con la red pública de hospitales adscritos.

Desde el punto de vista sectorial, el modelo operativo incluye tres tipos de intervenciones y componentes de atención: primero, un conjunto de intervenciones clínicas individuales contenidas en los planes obligatorios de salud (POS) del aseguramiento contributivo y subsidiado³; segundo, un conjunto de actividades clínicas similares a las anteriores hasta el tope de las incluidas en el POS para

la población no asegurada (vinculada) reconocida como pobre por la prueba de medios llamada SISBEN; y tercero, otro conjunto de intervenciones colectivas e individuales, contenidas en el PAB que contiene las actividades de salud pública reconocidas por el SGSSS y con la responsabilidad de las autoridades territoriales de salud. Los dos primeros tipos de intervenciones están restringidos en su aplicación a los contenidos de los contratos y acuerdos entre la SDS, los aseguradores y los prestadores de servicios de salud públicos y privados; y el tercero es de carácter universal y gratuito y aplica a toda la población a través de contratos entre las entidades territoriales de salud y los prestadores públicos de servicios de salud del primer nivel de atención, como ya ha sido dicho antes. Además de la atención sectorial de salud, en estos grupos de población prioritarios se desarrollan simultáneamente diversos programas y actividades multisectoriales orientados a mitigar el hambre y mejorar la nutrición; garantizar saneamiento básico y agua potable; acceso a las instituciones educativas; mejorar las viviendas y reducir los riesgos ambientales; aumentar los ingresos familiares, entre otros. Se busca que las intervenciones intersectoriales promuevan la coordinación de acciones y la cooperación con los otros sectores y actores distintos del sector salud, así como el desarrollo de alianzas y abogacía por la salud, apoyándose en el “modo promocional de la calidad de vida y de la salud” y en el principio de co-responsabilidad social y participación comunitaria.

El modelo de atención con la responsabilidad de la SDS y de los hospitales públicos adscritos se apoya en el enfoque de gestión social del territorio, promovido por el Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Sin Indiferencia.” Este enfoque de gestión busca la articulación de las actividades clínicas contenidas en los POS con las del PAB y las acciones intersectoriales y sociales, operando en dos niveles según áreas

² El Plan de Atención Básica (PAB) incluye un conjunto de acciones de salud colectivas, consideradas como bienes públicos, con altas externalidades que incluyen promoción de la salud y prevención de la enfermedad, vigilancia epidemiológica, gestión local y participación social.

³ El Plan Obligatorio de Salud (POS) es un conjunto de servicios curativos, de promoción y prevención individuales, al que el afiliado cotizante y su beneficiario del régimen contributivo tienen derecho. Tal conjunto de servicios incluye actividades de protección específica, educación, consulta, diagnóstico y tratamiento terapéutico, hospitalización y cirugía, atención de accidentes, entre otros, seleccionados de acuerdo con criterios de costo-efectividad. El Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS) se garantiza a los afiliados al régimen subsidiado de los niveles 1 y 2 de pobreza del SISBEN, y cubre una proporción menor de servicios en comparación con los cubiertos por el régimen contributivo.



geográficas priorizadas por la precariedad de condiciones de vida de la población (Secretaría Distrital de Salud, 2004): primero, a nivel distrital y de las localidades⁴ mediante la construcción de diagnósticos distritales y locales de condiciones de calidad de vida y salud, la priorización de necesidades y la formulación participativa de políticas públicas, el diseño de planes y programas integrales de acción, y el desarrollo de agendas de gestión transectorial de gobierno que llevaran a lo que comenzó a llamarse como ‘acción social integral’; y, segundo, a nivel de microterritorios, con base en la gestión integral de la salud a través de planes integrales liderados por equipos básicos de salud familiar y comunitaria (Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Salud, 2004), entre las familias asignadas, junto con los servicios de salud pública en ámbitos tales como el entorno del barrio, los sitios de estudio y de trabajo, entre otros, y la participación comunitaria organizada, en un enfoque de gestión comunitaria transectorial, interinstitucional e intersectorial. El modelo de gestión y de atención, con responsabilidad de otros pagadores y prestadores, es de libre desarrollo en el marco de los contratos entre aseguradores y prestadores, o se ejecuta como parte de estrategias de desarrollo de redes de atención integradas por niveles de complejidad, y se restringe a los servicios clínicos y obligaciones contenidos en el POS.

En el enfoque de gestión integral por microterritorios de intervención, los servicios del PAB, los del POS contratados por los hospitales públicos a las ARS, y los contratados por la SDS a los hospitales públicos para la población pobre no asegurada, debían ser prestados por los equipos básicos multidisciplinarios

⁴ Las localidades son divisiones político administrativas en las cuales se descentraliza el Distrito y donde operan sistemas locales de salud orientados por los hospitales públicos de primer nivel de atención adscritos a la SDS.

de salud familiar y comunitaria, integrados por médicos, enfermeras, promotores y otro personal técnico y profesional complementario según necesidad, a los cuales se asignan de 800 a 1200 familias. Aunque esos equipos al principio debían operar en condiciones precarias, y sin ubicación en centros de salud formales, dada la insuficiencia de oferta de servicios de salud y las urgentes necesidades de salud no resueltas de las comunidades asentadas en los microterritorios de intervención, se había previsto que en el futuro operaran desde centros de atención primaria de salud, adecuados en su diseño físico, equipamientos y organización al enfoque familiar y comunitario y al trabajo en equipo los cuales, en la medida en que se desarrollara la estrategia, podrían ser certificados como tales, involucrando no sólo a los equipos pioneros, sino a todo el personal de salud que en ellos laborara. Con ello se buscaba extender la estrategia al conjunto de la ciudad, en forma progresiva, al menos en lo que a la responsabilidad de la Secretaría Distrital de Salud y la red pública de prestadores adscritos concernía.

Para operar en el microterritorio de intervención, los equipos debían ser previamente capacitados en competencias de salud pública, familiar y comunitaria para garantizarles los conocimientos y habilidades profesionales y técnicas, y la motivación suficiente, que exigía el enfoque de la estrategia. Su trabajo debía comenzar por la caracterización, con una ficha especialmente diseñada, de las familias y la comunidad del microterritorio asignado, a través de lo cual se podría conocer sus condiciones de vida, trabajo, educación, saneamiento básico, contexto del vecindario, estado del acceso a los servicios y estado de salud, entre otros. El rediseño del sistema de información, con un enfoque de base comunitaria, debería ayudar a la gestión de la prestación de los servicios en función de las necesidades sectoriales

y transectoriales de la población. En este sentido, el sistema de información que se organizara a partir de la caracterización de las familias debería ayudar a planificar las intervenciones de sectores distintos al de salud y coadyuvar en la coordinación de acciones intersectoriales, en la medida en que no sólo se podría contar con una línea de base sobre la situación y necesidades de las comunidades, sino también podría ayudar en el desarrollo de indicadores de seguimiento y evaluación que permitieran acopiar evidencias para alimentar los debates sobre políticas públicas de salud y sobre las relaciones entre contexto y modelos de APS, una falencia comúnmente reconocida para juzgar acerca de la efectividad de las intervenciones de atención primaria integral de salud. Según el estado de afiliación al SGSSS y las necesidades de atención de salud detectadas, se debían priorizar y definir las responsabilidades y actividades de intervención, a través de planes integrados, tanto sectoriales como intersectoriales. Se buscaba que el diseño incluyera la reordenación y reasignación de los recursos financieros disponibles de tal manera que no hubiese duplicación del gasto entre la SDS y los aseguradores.

La comunidad era actor central en el proceso, en la medida en que las decisiones de áreas de implementación de la estrategia, diagnóstico de la situación de salud, priorización de necesidades, formulación y aplicación de estrategias de intervención debían contar con su participación activa. En este sentido, se debían desarrollar círculos de participación comunitaria por equipo y microterritorio de intervención, una forma nueva de organización de la comunidad que a diferencia de las formas de participación detonadas por la lógica del SGSSS, sirvieran para *empoderar* la comunidad mejorando y fortaleciendo su organización, educando en la noción de derechos humanos interdependientes y en su exigibilidad, en el

control social por la base de las actividades y responsabilidades de las aseguradoras y de los prestadores de servicios de salud, en la exigencia de rendición de cuentas a todos los sectores relacionados con sus necesidades de salud y, sobre todo, en el conocimiento y reflexión acerca de su propia situación de salud y en la definición de las vías y medios apropiados para mejorarla. Se preveía que el papel principal de la SDS debería ser el de apoyo y rectoría, incluyendo la orientación política y técnica del proceso y la regulación del comportamiento de los prestadores y aseguradores, la asignación de recursos para aumento y mejoría de infraestructura, capacitación de recurso humano, y el seguimiento y evaluación de la estrategia.

Resultados esperados

Además de afectar los factores determinantes y de riesgo de la salud de los individuos, las familias y las comunidades, la APS debe contribuir al logro de por lo menos las siguientes metas distritales y microterritoriales concretas en el período del Plan de Desarrollo Distrital 2004-2008:

- afiliación de 300.000 personas en el régimen subsidiado en la ciudad;
- alcanzar coberturas útiles de vacunación en los territorios de intervención;
- disminuir la mortalidad infantil a menos de 15,1 por mil nacidos vivos en los territorios de intervención;
- disminuir la mortalidad por enfermedad diarreica aguda a 6,1 casos por 100.000 menores de cinco años en los territorios de intervención;



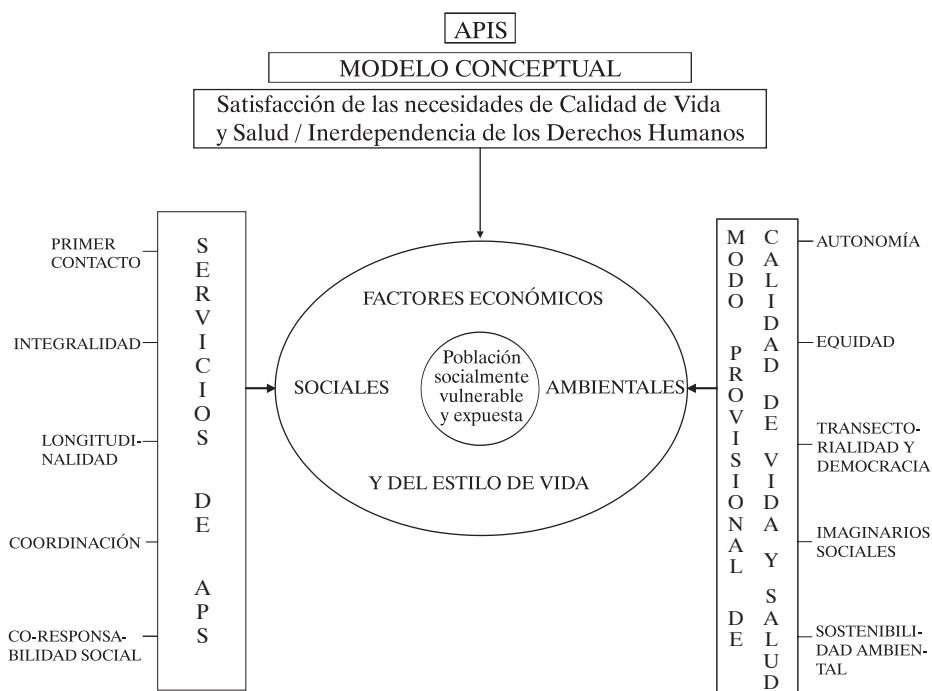
- disminuir la mortalidad por neumonía a 17,5 casos por 100.000 menores de cinco años en los territorios de intervención;
- disminuir el número de partos en adolescentes en un 17%;
- aumentar en 50% la cobertura de citología vaginal;
- mantener la prevalencia del VIH-Sida en 0.5 por 1000 o menos, entre otras.

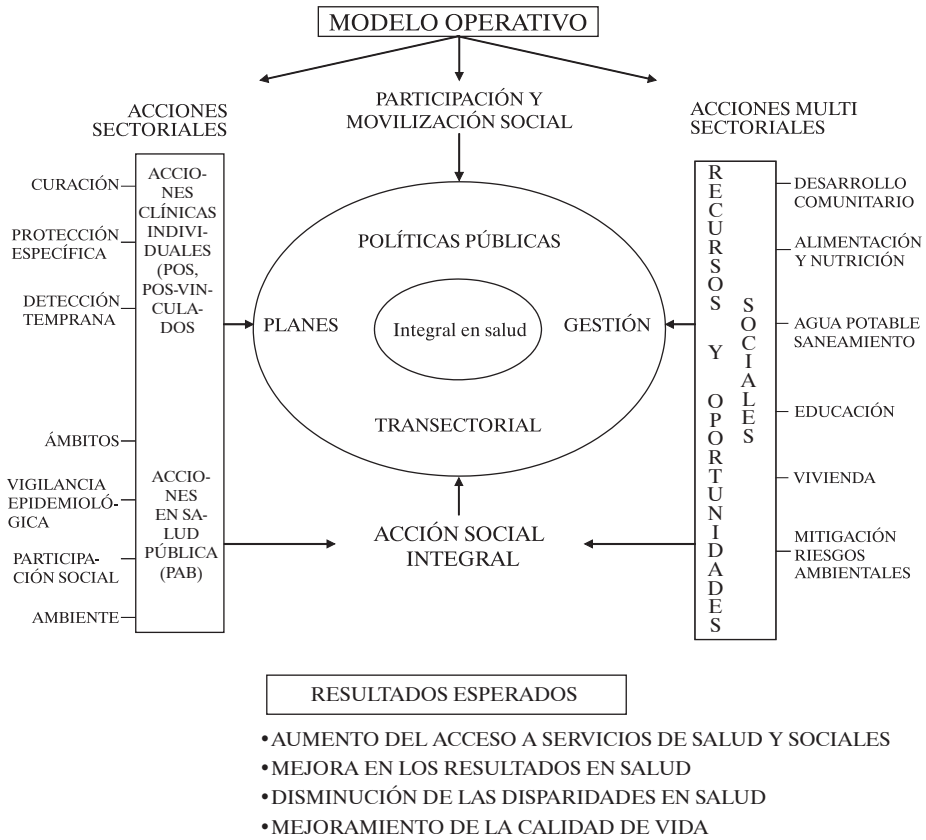
Desde el punto de vista de las acciones de otros sectores la APIS debe contribuir a fortalecer el acceso a los servicios sociales y apoyar el mejoramiento de la calidad de vida de vida de la población objeto de intervención.

Balance de actividades y resultados en el primer año de implementación

En Bogotá, la tasa de mortalidad infantil para el 2005 fue de 14,5 por mil nacidos vivos; la tasa la mortalidad por neumonía fue de 20 casos por 100.000 menores de cinco años; y la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda, de 2.6 casos por 100.000 menores de cinco años. Aunque continúa la tendencia de disminución de tales indicadores promedio del estado de salud de la población general de la ciudad, no hay aún información sistematizada o evidencias fruto de investigaciones que indiquen el impacto de la estrategia en resultados inmediatos, intermedios o finales en el microterritorio

FIGURA 1.
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA INTEGRAL DE SALUD DESARROLLADO EN BOGOTÁ





Fuente: diseño del los autores, 2006.

de intervención. Por eso, los datos acopiados con base en seguimientos se refieren más a actividades, productos y servicios desarrollados en el marco de la estrategia. Así, por ejemplo, de acuerdo con las fuentes de información consultadas (Secretaría Distrital de Salud, 2005; Fedesarrollo, 2006; entrevistas a los doctores Mario Hernández, Nancy Molina y Libia Forero, 2006; Hernández, González y Luque 2006; Hernández, Forero y Torres, 2005), desde finales de 2004 a noviembre de 2005 se habían caracterizado más de 100.000 familias, de las cuales 43.3% estaban afiliadas al régimen subsidiado, 32.2% al contributivo, 0.7% a otros regímenes y 23.7% eran no afiliadas; se había contribuido así al

logro del 95% de la meta de afiliación global al régimen subsidiado. Sin embargo, de acuerdo con las fichas de caracterización aplicadas, el 24% de las familias aún referían barreras de acceso económico y el 51% señalaba barreras de carácter geográfico para la utilización de los servicios de atención en salud.

En los microterritorios de intervención, el 100% de las maternas identificadas fueron captadas para control prenatal; se practicó citologías al 64 % de las mujeres entre 24 y 69 años sin citologías en el último año; se lograron coberturas útiles de vacunación, completando el esquema en el 66% de los niños menores de 5 años que no lo tenían;



100% de los casos de TBC identificados ingresaron al programa de tratamiento quimioterápico; 3700 familias tuvieron acceso a planes caseros de salud oral; 36% de las personas discapacitadas fueron remitidas a programas comunitarios o especializados de rehabilitación; 100% de casos de maltrato familiar fueron atendidos integralmente en programas de bienestar social y familiar; 50% de las personas con déficit nutricional fueron remitidas al programa Bogotá Sin Hambre; 88% de los niños desescolarizados fueron canalizados a los programas de la Secretaría de Educación.

La caracterización ha permitido crear los rudimentos de un sistema comunitario de información, útil tanto a los propósitos de planificación y programación de actividades sectoriales de atención primaria y de salud pública, como a los de intervención de otros sectores como vivienda, educación, Bogotá Sin Hambre, Bienestar Social y Familiar, y a las funciones de asesoría, vigilancia, seguimiento y evaluación de la autoridad sanitaria territorial. El PAB ha sido fortalecido y reorganizado en su operación, con un enfoque de intervención integral por ámbitos y poblaciones, que ha dado origen a planes integrales de intervención por zonas de residencia, sitios de trabajo y estudio en los microterritorios, elaborados con base en las necesidades detectadas en comunidades específicas y con la responsabilidad de la red pública de servicios y de la SDS, apoyados en la acción de otros sectores sociales y en la participación comunitaria. Igualmente, se han venido desarrollando políticas públicas y programas liderados por el Alcalde Mayor como la Política de Infancia y Bogotá Sin Hambre, entre otros, que han venido articulando y coordinando la acción de los distintos sectores del gobierno, no sólo en su diseño sino en su implementación y gestión.

Se ha firmado un convenio entre la Secretaría Distrital de Salud y catorce (14) empre-

sas aseguradoras para superar barreras de acceso y entregar atención de promoción y prevención a las gestantes, recién nacidos, menores de cinco años, discapacitados, población con enfermedades crónicas y adultos mayores identificados en los territorios donde opera la estrategia (Secretaría Distrital de Salud, 2006). Parte de este desarrollo ha sido la puesta en práctica de un programa de intervención integral para el control de la enfermedad respiratoria aguda, con enfoque clínico, comunitario e intersectorial, orientado a disminuir la reducción de la mortalidad infantil por neumonía. En general, en los territorios de intervención se comienza a observar un aumento significativo de las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, así como una disminución de la demanda de servicios curativos —por ejemplo, de los servicios de urgencia—, lo que podría indicar un uso más efectivo de los servicios de atención primaria de salud.

Para apoyar la estrategia se han capacitado 740 profesionales y técnicos en salud familiar y comunitaria, los cuales conforman 185 equipos de salud familiar y comunitaria (actualmente operan 141 equipos); también se ha capacitado a 400 líderes comunitarios. Sin embargo, las disímiles formas de contratación y de pago de los funcionarios y de las instituciones —capitación, salarios, evento— no han sido definidas para generar claros incentivos en función de los resultados en salud y de cumplimiento de los principios de APS. Por ejemplo, muchos carecen de la estabilidad laboral necesaria y de ingresos suficientes como para garantizar el cumplimiento de la longitudinalidad de la atención, el compromiso y la motivación que se requiere. Formas de pago como la capitación carecen de incentivos suficientes para garantizar el acceso a los servicios. En general, puede decirse que el cumplimiento de las funciones primordiales de la APS

—primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación—se ve afectado, en su conjunto, por la alta rotación del personal de salud bajo contrato con cooperativas de trabajo asociado, los salarios precarios y las inadecuadas formas de pago. Contradictoriamente, el personal de planta, que es generalmente estable y asalariado, aún ofrece resistencia al nuevo modo de atención, por falta de clarificación del papel de la estrategia, de cómo ella trabaja en términos profesionales y técnicos, sobre que esta no es una estrategia sólo para equipos de salud desligados de los centros de atención primaria, sino que los compromete a todos organizacional y físicamente (UBAS, UPAS, CAMIS, etc), y por la carencia de una perspectiva de apoyo político que fortalezca los valores y principios de la estrategia orientados a la reducción de las inequidades y a garantizar el derecho a la salud integral, en medio de un sistema de atención en salud fuertemente orientado por las reglas de juego del mercado.

Se han realizado más de 67 asambleas populares, 1122 reuniones comunitarias, y se han creado 27 círculos comunitarios de gestión. No obstante, la estrategia aún se mueve en el viejo marco estructural de participación comunitaria del Sistema Distrital de Salud, diseñado para generar un comportamiento de participación como consumidores en el molde del mercado, el cual dificulta tanto la organización como el empoderamiento de las comunidades de base, su genuina participación y movilización en la planificación y ejecución de las intervenciones por microterritorios, y en las decisiones de política por localidades y a nivel distrital. De otra parte, el enfoque de medicina comunitaria es débil o inexistente en muchos casos, lo cual genera desconfianza sobre su alcance técnico-científico y sobre su efectividad en la solución de problemas de salud de la población, así como resta energías al involucramiento ciudadano y comunitario y a la interacción entre éstos y los funcionarios de salud.

La gerencia de los hospitales aún está fundamentalmente orientada a la contención de costos y a la rentabilidad financiera, sin que se vislumbre un enfoque coherente con la necesidad de desarrollar estrategias gerenciales innovadoras, capaces de lograr la participación y el compromiso de distintos actores y sectores, y de actuar en función de resultados en salud. Por ejemplo, en algunas localidades como Ciudad Bolívar, el análisis y evaluación de la información del Hospital Vista Hermosa indica que la APS comienza a ser una estrategia que no sólo genera un margen adecuado de utilidad operacional sino que es eficiente y costo-efectiva, en tanto que ha estimulado la disminución de la demanda de recursos costosos como la atención por urgencias y el uso de procedimientos diagnósticos y medicamentos de alto costo, en la medida en que las actividades de promoción y prevención se han venido extendiendo y consolidando en la población de intervención. Un examen detallado de la APIS, en función de la probable disminución del uso intensivo de recursos en el primer nivel de atención y en la atención especializada podría ser útil para establecer su impacto financiero en los hogares y en los recursos fiscales de la ciudad.

El Alcalde Mayor de la ciudad se ha apropiado del tema y hace seguimiento de las actividades y rendición de cuentas a la ciudadanía; empero, dichas prácticas no son sistemáticas ni claras en las comunidades de las localidades, ni en las del microterritorio de intervención. Se han desarrollado debates técnicos y políticos con la Personería y en el Consejo de Bogotá, donde algunos sectores se oponen o prejuzgan que la implementación de la estrategia sea una amenaza para que avance el modelo de aseguramiento vigente y para la sostenibilidad financiera de la red pública de servicios porque presuntamente propicia la duplicación del gasto (Fedesarrollo, 2006; Consejo de Bogotá y Distrito



Capital, 2004; *El Espectador*, 4 de noviembre de 2005). Sin embargo, los hospitales siguen siendo superavitarios, particularmente los del primer nivel de atención, y no hay indicios de que pueda verse afectada su sostenibilidad financiera por la APS, como consecuencia de la estrategia (Secretaría Distrital de Salud, 2006).

Conclusiones, discusión y desafíos para los tomadores de decisiones

Aunque para el primer año de implementación no se había hecho una evaluación rigurosa y sistemática de la estrategia, que permitiera describir claramente las características del proceso de implementación, hacer inferencias científicas sobre sus actividades, impacto económico y en la salud de la población beneficiaria, aportes en la reducción de las inequidades en el acceso y en los resultados de salud, y sobre su costo-efectividad, los productos mostrados en este estudio de caso indican que éste no es un sistema paralelo al SGSSS y, por el contrario, puede complementarlo, o ser una buena alternativa para un sistema distinto, frente a problemas de inequidad en acceso, integralidad de atención y marcadas disparidades en resultados en salud que éste no ha podido resolver o parece agravar (Flores, 2006; Rodríguez, 2005; Málaga, 2003; Tono, Velásquez y Castañeda, 2002; Flórez, 2002).

La estrategia en implementación se muestra como una alternativa factible y sostenible para avanzar en el acceso universal y utilización equitativa de los servicios de salud, para mejorar la atención integrada e integral, y los resultados en salud de la población. De este estudio de caso puede colegirse que la APS en Bogotá no amenaza ni sustituye el aseguramiento; por el contrario, es el carácter de mercado del aseguramiento el que parece amenazar la implementación

de la APS, porque aunque existe legislación sobre actividades de promoción y prevención (resoluciones 412 y 3384 del 2000) que obliga a los aseguradores, la cobertura e impacto de estas actividades bajo la responsabilidad de los aseguradores ha sido inadecuada (Peñalosa, 2005). Dado que la APS puede integrar las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, tanto a nivel individual como familiar y comunitario, puede hacer eficaz la articulación entre los planes de beneficios del aseguramiento y las acciones de salud pública del Estado. Igualmente, los resultados sectoriales y extrasectoriales mostrados indican el enorme potencial que la APS tiene para promover la acción sobre los determinantes sociales de la salud y reducir las disparidades en salud con acciones intersectoriales y participación social y comunitaria.

La calidad y eficacia de la estrategia se ven amenazadas por la alta rotación laboral y la carencia de incentivos para los funcionarios capacitados en las competencias que demanda la APS integral. Así mismo, las formas de contratación y de pago entre aseguradores, SDS e instituciones prestadoras de servicios sin claros incentivos orientados a lograr resultados en salud, desvirtúan los principios en que se fundamenta la APIS. La disponibilidad de infraestructura institucional es insuficiente, y no es claro que los gerentes de los hospitales entiendan que la APIS no es un programita aislado de gobierno que se levantará una vez el actual gobierno cese en sus funciones, sino que se trata de una estrategia de largo plazo que requiere comprometer a toda la red prestadora, modificando la infraestructura física, la dotación de las instituciones, la cultura organizacional y las prácticas de trabajo y gestión. Se necesita fortalecer más la participación comunitaria en la definición de los presupuestos y en la formulación de políticas públicas; se requiere, igualmente, avanzar en la articulación y

fortalecimiento del sistema de información y comunicación, tanto en los servicios de APS como entre éstos y los demás niveles de atención de la red, así como mejorar la formulación de políticas públicas integrales y en el desarrollo de un enfoque de gestión menos tecnocrático, más participativo y promotor de la acción interinstitucional e intersectorial. La crítica sobre duplicación del gasto parece ser más bien un sofisma de la oposición política para obstaculizar el desarrollo de la estrategia; no obstante, debe evaluarse rigurosamente el impacto financiero y en costos de la estrategia, así como sus resultados en salud y equidad en el acceso.

Al parecer, en las condiciones de un sistema de aseguramiento de mercado como el de Colombia pueden coexistir distintos modelos de atención primaria, con un enfoque más comunitario e intersectorial en el sector público y más profesional en el privado; pero en cualquier escenario, se requiere fuerte rectoría, coordinación y liderazgo nacional y territorial para que la APS no se convierta en un mero instrumento de control de costos, y sirva al desarrollo de la salud de la población. La ausencia de legislación que obligue a todos los actores a asumir la atención primaria, la liberalidad de la reciente política nacional de prestación de servicios en esta materia (Ministerio de la Protección Social, 2005), y la falta de voluntad política del gobierno nacional para su desarrollo, dificultan el que pueda superarse la falta de compromiso de aseguradores y prestadores con modelos costo-efectivos de atención primaria de salud. En ausencia de reforma de fondo del sgss existente, y de liderazgo nacional, la acción de los gobiernos alternativos, aunque limitada por las normas y políticas nacionales, parece ser hoy el mejor instrumento para fortalecer la orientación hacia la equidad del sistema de salud en Colombia, a partir de los contextos locales.

Hace falta una evaluación rigurosa de la experiencia de APIS en desarrollo en Bogotá, que permita apreciar y documentar mejor las enseñanzas del proceso y de su estrategia de implementación, sobre todo, la influencia del contexto de las políticas de salud nacionales e internacionales, y el impacto que la estrategia ha tenido en los resultados en salud y en la reducción de las disparidades en salud de los grupos de población dónde se aplica. Es particularmente importante estudiar en la estrategia de implementación de la APIS lo relativo a la acción intersectorial por la salud, la experiencia de elaboración de agendas transectoriales de gobierno y la participación comunitaria. De igual manera, y en aras de encontrar respuestas al debate sobre duplicidad del gasto, se requiere una evaluación de la eficiencia financiera y del costo-efectividad de la estrategia. Esas tareas deben servir para acopiar evidencias que puedan ser interpretadas a la luz de los debates mundiales y nacionales sobre la vigencia de la APS y su papel en el fortalecimiento de los sistemas de salud que actúen sobre determinantes sociales de las disparidades en salud.

Bibliografía

- Alcaldía Mayor de Bogotá/Secretaría Salud, 2004. *Salud a Su Hogar. Un modelo de atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud*. Bogotá
- Almeida, C., 2002. "Health systems reform and equity in Latin American and the Caribbean: lessons learned from the 1980s and 1990s". *Cad. Saude Publica*. 18(4): 905-925.
- Banco Mundial, 1987. *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma*. Departamento de Población, Salud y Nutrición del Banco Mundial, Washington.
- Banco Mundial, 1993. *Informe sobre el desarrollo mundial: invertir en salud*. Washington.
- Céspedes, J. et al. 2002. "Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud". *Cad. Saude Publica*. 18 (4).



- CONASS. 2004. "Atenção Primária. Seminário do CO-NASS para construção de consensos". Documenta No. 2, Brasília, Abril: 14-16.
- Consejo de Bogotá /Distrito Capital, 2004. Debate a la Proposición 271 de 2004 aprobada en la sesión de la Comisión de Presupuesto del 13 de junio de 2004. Tema: programa que busca garantizar el acceso y la atención gratuita en salud a 390.000 familias no aseguradas sin capacidad de pago. Comisión Tercera Permanente de Presupuesto. Acta 049 de 2004. Bogotá.
- Consejo Distrital, 2004. Acuerdo Número 119 de 2004 "Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2004-2008, "Bogotá sin indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión". Alcaldía Mayor. Bogotá.
- Cueto, M. 2004. "The origins of primary health care and selective primary health care". *American Journal of Public Health*. 94 (11).
- De Negri, A. 2003. *O processo de contrucao da rede de municipios potencialmente saudaveis*. Vol 2. IPES. Brasil.
- Draibe, S. 2002. *Brasil: la protección social luego de veinte años de experimentación reformista. Taller Inter-Regional "Protección Social en una era insegura: un intercambio Sur-Sur sobre políticas sociales alternativas en respuesta a la globalización"*. PNUD. Santiago.
- El Espectador*. 4 de noviembre de 2005. "Salud en su Hogar, benéfico, pero...". Disponible en: <http://www.elespectador.com/html/i_portals/index.php>
- El Espectador*. 4 de noviembre de 2005. "Salud en su Hogar, con resultados para mostrar". Disponible en: <http://www.elespectador.com/html/i_portals/index.php>
- Entrevistas realizadas entre el 19 y el 26 de julio de 2006 a los doctores doctores Mario Hernández, director de Planeación de la Secretaría de Salud (2004-2005) y Secretario encargado (febrero - junio de 2005); Nancy Molina, directora de Salud Pública de la Secretaría de Salud (2004 - 2005) y Libia Forero, coordinadora operativa de APS de la Secretaría de Salud (actualmente).
- Fedesarrollo. 2006. "Análisis de las políticas de educación, salud y vivienda del Nuevo Plan de Desarrollo de Bogotá, Capítulo Salud." Bogotá.
- Flores, W. 2006. "Equidad y reformas del sector Salud en América Latina y el Caribe: enfoques y limitantes durante el período 1995-2005". Reporte comisionado por la Sociedad Internacional por la Equidad en Salud (ISEqH)- Capítulo de las Américas. Abril.
- Flórez, C.E. 2002. *La inequidad en el sector salud: una mirada de 10 años*. Fundación Corona - Fundación Ford, Bogotá.
- Frenk, J.; Londoño, J.L.; Knau, F.; Lozano, R., 1998. *Los sistemas de salud latinoamericanos en transición: una visión para el futuro*. Fundación Mexicana para la Salud.
- Gottret, P. & Schieber, G. 2006. *Health financing revisited. A practitioner's guide*. The World Bank. Washington.
- Hernández, L.J.; González, P. y Luque, L. 2006. "Observaciones al informe de la ENDS del 2005. Vigilancia en salud pública". Secretaría Distrital de Salud. Bogotá.
- Hernández, M.; Forero, L. y Torres M. 2005. "Avances en salud del gobierno democrático de la Alcaldía de Bogotá". En: *Informe alternativo sobre la Salud en América Latina*. Observatorio Latinoamericano de Salud/CEAS, Ecuador: 228-241.
- Irwin, A. y Scali, E. 2005. "Acciones sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprendizaje de las experiencias anteriores". Un documento de antecedentes preparado para la comisión Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Marzo.
- Lamarche, P. et al. 2003. *Choices for change: the path for restructuring primary healthcare services in Canada*. Canadian Health Services Research Foundation. Ottawa.
- Larizgoitia, I. & Starfield, B, 1997. "Reform of primary health care: the case of Spain". *Health Policy*. 41 : 121-137.
- Le Bonniec, Y. 2005. "Colombia: una apuesta aún incierta". En: Salama et al., (eds.). *Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social*. Colección Estudios sobre protección social, Tomo 1. CID, Universidad Nacional de Colombia: 157-176. Bogotá.
- Leavell, H.R. & Clark, E.G. 1965. *Preventive medicine for the doctor in his community. An epidemiologic approach*. 3rd edition. Mac Graw-Hill. 1965. Chicago.
- Londoño de la Cuesta, J.L. 1997. "Presente y futuro de la reforma de la seguridad social en salud" (entrevista hecha a Juan Luis Londoño por Gloria Arango). *Salud y Gerencia*. (15).
- Magnusen, L. et al. 2004. "Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy". *Health Affairs*. 23 (3): 167-176.
- Málaga, H. 2003. *Equidad y reforma de salud en Colombia: otras evidencias*. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo;



- Observatorio Universitario de Política Social y Calidad de Vida; Asociación Latinoamericana de Medicina Social-ALAMES. Bogotá: 179-182.
- Ministerio de la Protección Social. 2005. *Política nacional de prestación de servicios de salud*. Arte Lasser Publicidad. Bogotá.
- OMS y UNICEF. 1978 "Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS. Salud para todos en el año 2000: Estrategias". Organización Panamericana de la Salud. Washington.
- OPS. 2003. "A 25 años de la Conferencia de Alma-Ata: ¿Qué fue del lema "salud para todos"?". Comunicado de prensa. Washington D.C. 28 de Agosto. Disponible en: <http://En: www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps030828.htm.> Consultado en febrero de 2004.
- PAHO. 2005. "Renewing primary health care. A position paper of the Pan American Health Organization". WHO. August.
- Peñalosa Ramos, M.C. 2005. "Evaluación del desempeño de las entidades aseguradoras (EPS y ARS) en términos de su contribución al logro de uno de los fundamentos de la Ley 100 de 1993: la equidad de la prestación de servicios de salud en el SGSSS". Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Estudios Económicos, Archivos de Economía, Documento 284. Bogotá.
- Ramírez, M.; Cortés, D. y Gallego, J.M. 2002. "El gasto en salud de los hogares colombianos: un análisis descriptivo". Economía, Serie Documentos, Borradores de Investigación. (20). Marzo. Universidad del Rosario.
- Restrepo Zea, J.H. 2004. "¿Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud?" *Gerencia y Políticas de Salud*. 3 (6): 8-34.
- Rhynne, R.; Cashman, S. & Kantrowitz, M. 2005. "An introduction to community-oriented primary care (COPC)". En: R. Rhynne, R. Bogue, G. Kukulka y & H. Fulmer. *Community-oriented primary care: health care for the 21st century*. American Public Health Association. Washington: 1-15.
- Rodríguez Castillo, A. y Ramírez Chaves, C. 2005. "La garantía de la salud como derecho integral". En: L.J. Garay Salamanca y A. Rodríguez Castillo (eds.). *Colombia: diálogo pendiente*. Antropos 113-115 y 123-124.
- Rodríguez Salazar, O. 2005. "Avatares de la reforma del sistema de seguridad social, Ley 100 de 1993". En: Salama et al. (eds.). *Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social*. Colección Estudios sobre protección social, Tomo 1. CID, Universidad Nacional de Colombia: 177-231.
- Rosero Bixby, L. 2004. "Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasi-experimental". *Pan Am J Public Health*. 15 (2).
- Secretaría de Hacienda Distrital. 2005. "Hacia la garantía del derecho a la salud en Bogotá. Diagnóstico y políticas de salud en el Distrito Capital". *Cuadernos de la Ciudad*, Serie Equidad y Bienestar (6).
- Secretaría Distrital de Salud, Dirección Financiera, 2005. Informe del estado financiero de las ESE. Documento de respuesta a la Acción Popular No. 2005-239 presentada por el concejal Jorge Ernesto Salamanca. Bogotá.
- Secretaría Distrital de Salud, 2004. Diagnósticos locales con participación social. Documentos de síntesis. Bogotá.
- Secretaría Distrital de Salud. 2005. Balance de Salud a su Hogar (presentación). Mesa de trabajo Bogotá Cómo Vamos y Así Vamos en Salud. Noviembre 15 de 2005. Bogotá.
- Secretaría Distrital de Salud. 2006. Convenio de Cooperación Técnica Número 0592 – 2006, suscrito entre la Secretaría de Salud y la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral ACEMI, para el desarrollo de la estrategia de atención primaria en salud. Bogotá.
- Starfield, B. 1996. "Public health and primary care: a framework from proposed linkages". *American Journal of Public Health*. 86 (10): 1365-1369.
- Starfield, B. 1998. *Primary care. Balancing health needs, services and technology*. Oxford University Press. New York.
- Starfield, B.; Shi, L. & Macinko, J. 2005. "Contribution of primary care to health systems and health". *The Milbank Quarterly*. 83 (3): 457- 502.
- Tono T.; Velásquez, L. y Castañeda, L. 2002. *El impacto de la reforma sobre la salud pública. El caso de la salud sexual y reproductiva*. Fundación Corona – Engender Health – Fundación Ford. Bogotá.
- Unger, J.P. et al. 2006. "Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries". *International Journal of Integrated Care*. (6). September.
- Walsh, J.A. & Warren, K.S. 1980. "Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries." *Social Science and Medicine*. 14: 145-63.

