

Investigaciones en equidad en calidad de vida y salud

Reseña Reconstructiva

La política de salud en Bogotá, 2004-2008.

Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud.

Autor: Román Vega Romero y otros.

Elaborada por: Germán Granada Osorio¹

Referencia bibliográfica del texto:

La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. Foro Nacional por la Salud. Bogotá, 2008.

Román Vega-Romero, Naydú Acosta-Ramírez, Paola Andrea Mosquera-Méndez, María Ofelia Restrepo-Vélez.

Sobre el autor (a):

Román Vega-Romero. PhD, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Ex Secretario Distrital de Salud.

María Ofelia Restrepo-Vélez. PhD, Univ. Javeriana.

¹ Profesional en Filosofía. Magíster en Estudios Sociales. Profesional Especializado 1 del Grupo Funcional de Investigaciones y Cooperación Internacional, Dirección de Planeación y Sistemas, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Breve descripción del texto:

Esta investigación muestra las evidencias sobre la experiencia de la política de salud y de la estrategia de Atención Primaria Integral de Salud (APIS) desarrollada por el gobierno local de Bogotá durante el período 2004-2007. Palabras claves: Atención primaria integral de salud; derecho a la salud; equidad en salud; gobierno local.

Identificación del objeto de estudio:

Evaluar la estrategia de APIS en su implementación en Bogotá, entre el 2004 y el 2007, como una estrategia efectiva para mejorar la salud de la población y reducir las inequidades en salud al enfrentar los determinantes sociales de éstas. Se trata de establecer si la APIS ha contribuido o no a la reducción de las inequidades en salud 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.

Identificación del problema:

Las políticas desarrolladas en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993, no propicia el desarrollo de la estrategia de APS, dada la hegemonía de la salud como un servicio asistencial, y peor aún, como un negocio.

Los defectos de la política de aseguramiento en salud afectan en forma grave la equidad en la accesibilidad y utilización de los servicios por la falta de universalidad, la asimetría de los beneficios y las múltiples barreras de acceso de tipo geográfico, económico y organizacional generadas por los aseguradores como estrategia para aumentar su rentabilidad económica.

Identificación del enfoque teórico:

La Atención Primaria Integral de Salud (APIS), se fundamenta en la Declaración de Alma-Ata, el Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Bárbara Starfield, y el enfoque de salud pública denominado 'modo promocional de calidad de vida y salud', que es una estrategia para materializar el derecho y la equidad en salud, a la vez que para promover el carácter integral de la APS. No se debe confundir con Atención Básica en Salud.

Identificación del procedimiento metodológico:

El proceso de implementación de la estrategia de APIS prioriza los territorios de estratos 1 y 2, que concentran la mayor cantidad de población en situación de

pobreza, a partir de tres frentes de acción: la población con difícil acceso a los centros tradicionales de atención de primer nivel; la población con mejor acceso relativo a los servicios de atención primaria tradicionales; los ámbitos de vida cotidiana de las comunidades, las familias, el barrio, la escuela, el jardín infantil, el centro de trabajo.

La Secretaría Distrital de salud inició el programa “Salud a su Hogar” (SASH), que fue la primera iniciativa desarrollada en el marco de la APIS. La operación se inició siguiendo los siguientes pasos: Priorización de los territorios de intervención por condiciones de vida y salud; Movilización social y comunitaria; Organización de equipos de atención en salud familiar y comunitaria; Caracterización de la situación de salud de individuos, familias y entorno social; Adscripción de las familias a los equipos de atención; Definición, concertación y ejecución de planes integrales de acción; Seguimiento y evaluación de los resultados de las intervenciones.

Identificación del procedimiento para el análisis de la información:

Entre septiembre del 2004 y diciembre del 2006, se conformaron 280 territorios por los equipos de Salud a su Hogar en las zonas más pobres y vulnerables; se caracterizaron y adscribieron a estos equipos un total de 260.077 familias (850.953 individuos). Para septiembre de 2007, esta cantidad ascendió a 1.163.307 individuos, para una cobertura del 36.84% de la población de los estratos 1 y 2. Para diciembre de 2006 las coberturas de control prenatal para el

total de gestantes caracterizadas eran de 71.67%, las de citología del 34.69%, y las de crecimiento y desarrollo de 52.35% y 49.67% en niños menores de 1 año y de 1 a 4 años, respectivamente, con mejoras sustanciales en la utilización y adherencia a estos programas. Se realizaron un total de 89.562 actividades educativas a familias con menores de 5 años para la prevención, detección precoz, manejo y control de las enfermedades respiratorias y diarreicas agudas. También se capacitaron cerca de 300 líderes comunitarios en prevención de enfermedades prevalentes de la infancia. Se identificaron 42.117 personas hipertensas, 12.267 diabéticas a quienes se les capacitó para la promoción de patrones de consumo sano, y remitidas a programas de prevención y control. Fueron identificadas 12.138 personas con algún tipo de limitación o discapacidad y 5.900 con problemas de nutrición, quienes han sido remitidas a los comedores comunitarios del programa Bogotá Sin Hambre, y se les ha hecho seguimiento y educación. A 855 niños atendidos en salas ERA se les realizó seguimiento por parte de los equipos de SASH para evitar complicaciones y reingresos. La estrategia contemplaba mejorar la habitabilidad de la vivienda (entre 2004 y 2006 se beneficiaron 8573 familias; se realizaron acciones de información y educación a otras 9.752 familias, saneamiento básico y prevención de riesgos en el hogar).

La investigación comparó el comportamiento de las tasas estandarizadas de mortalidad para los indicadores mencionados agrupando las localidades de acuerdo al grado de cobertura de la estrategia medido por cantidad de individuos caracterizados (baja, mediana y alta cobertura).

Resultados:

A pesar de que el periodo de tiempo transcurrido entre la implementación y la evaluación de la APIS es relativamente corto, y a pesar de las dificultades para analizar la información a nivel de los territorios de intervención, hay algunos logros inmediatos coherentes con las expectativas sobre la política social de Bogotá:

Disminución de las tasas de Mortalidad infantil, postneonatal, por neumonía y EDA, en menores de 5 años de Bogotá, continúan con una tendencia decreciente a partir de la implementación de la estrategia (entre 2004 y 2006 estas tasas cayeron en 12.61%, 12.93%, 45.20% y 67.10% respectivamente).

Los hallazgos indican que las localidades con más altas coberturas presentan menores tasas de mortalidad para la mayoría de los indicadores (mortalidad infantil, postneonatal y por neumonía en menores de 5 años) con excepción de mortalidad por EDA en menores de 5 años.

Aportes para el diseño de proyectos de investigación en equidad en calidad de vida y salud:

La APIS demuestra que aún en contextos adversos, como el de Colombia, es posible que gobiernos comprometidos con el derecho y la equidad en salud puedan dar pasos en la dirección de instrumentar políticas que ayuden a mejorar la respuesta a las necesidades de la población y, en particular, de aquella en peores condiciones socioeconómicas. La APIS desarrollada en Bogotá parecen

haber contribuido a mejorar la integralidad y la coordinación de las acciones individuales y colectivas en el sector público, a hacer un mejor uso de los recursos y a mejorar los resultados de salud y de equidad en salud, aunque no en todo el sistema de salud, ni en gran parte de las localidades de la ciudad, ni en las dimensiones requeridas.

Los aseguradores y los prestadores de servicios no asumen la promoción, prevención, además no existe coordinación con el ente rector, la SDS en este campo.

Por lo tanto, hay debilidad en la orientación familiar y comunitaria, aunado a que la participación comunitaria sea formal en las instituciones; que la acción intersectorial no haya podido extenderse, entre otros aspectos, han impedido un desarrollo sostenible de la política de salud local y del enfoque de APS analizado.