

INTRODUCCION

Aunque Bogotá es la ciudad con mayor grado de desarrollo económico, social y cultural de Colombia, tiene serios problemas de pobreza, desigualdad social y del sistema de salud que se traducen en profundas disparidades en salud. Asumir tal desafío ha requerido desarrollar políticas públicas y sociales cuyas características le deben permitir al gobierno incidir en forma eficaz sobre los factores determinantes de tales disparidades y, particularmente, mejorar el acceso y uso de los servicios sociales y de salud.

Una de las estrategias asumidas por los dos últimos gobiernos distritales de Bogotá para el logro de sus metas ha sido la Atención Primaria de Salud (APS), la cual empieza a implementarse desde el año 2004 a través del programa Salud a su Hogar posteriormente denominado Salud a su Casa (SASC) en la red de hospitales públicos adscritos a la Secretaría Distrital de Salud.

Después de 6 años de implementación de la estrategia resulta importante realizar una aproximación que permita analizar la experiencia y sus efectos en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, con el fin de que el Distrito y el nivel nacional, puedan identificar aciertos y desaciertos, así como factores favorecedores y limitantes que permita a futuro fortalecer la política sanitaria de la ciudad y del país.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar la experiencia de implementación de la APS a partir de los valores y principios, gestión y logros alcanzados, con énfasis en los factores contextuales y de la implementación que han podido limitar o favorecer su desempeño y resultados.

Objetivos Específicos:

- Determinar el diseño e implementación de la estrategia de APS y establecer la influencia de factores del contexto y contenido de las políticas en el desarrollo de la misma.
- Evaluar el desempeño de los atributos de la APS.
- Evaluar la contribución de la APS a los resultados en salud y a la equidad en salud.

MATERIALES Y METODOS

Enfoque metodológico: investigación acción participativa

Objetivo específico 1:

Estudio cualitativo multicaso en 7 de las 20 localidades de Bogotá donde se ha implementado la estrategia de APS bajo el programa Salud a su Casa (SASC), incluyendo al menos una localidad de cada una de las 4 subredes de atención en salud de Bogotá D. C.

El estudio se realizó en tres fases. I) Análisis documental sobre el contexto y contenido de política a nivel nacional, distrital y local. II) Entrevistas semiestructuradas (18) y talleres (14) con comunidades, funcionarios directivos y operativos del programa SASC a nivel distrital y local. III) Triangulación de la información y discusión con diferentes actores para caracterizar el modelo de APS desarrollado y los factores de contexto, contenido de política y proceso, que lo explican.

MATERIALES Y METODOS

Objetivo específico 2:

Estudio cuasiexperimental transversal comparativo entre actores expuestos a la APS en instituciones de salud públicas y no expuestos en instituciones de salud privadas.

Para la valoración de desempeño de atributos de APS se aplicó la encuesta validada por Almeida y Macinko (2006) a cuatro tipos de actores: usuarios, acompañantes de usuarios, profesionales y decisores y/o supervisores. Los atributos evaluados fueron: acceso, puerta de entrada, vínculo, integralidad o portafolio de servicios, coordinación, enfoque familiar, orientación comunitaria y formación profesional. En el caso de los decisores se valoró adicionalmente la distribución de recursos financieros.

Objetivo específico 3:

Estudio cuasiexperimental ecológico que identificó las asociaciones y posibles efectos de la implementación de la APS sobre los resultados en salud y equidad en salud en 16 localidades.

Para el análisis de contribución de la APS a los resultados en salud: 1) se construyó un índice (IAPS) de cobertura combinando las variables de cobertura de caracterización e intensidad de APS mediante el método de componentes principales; 2) se estableció la tendencia en el periodo 2004-2009, de los indicadores de resultado en salud seleccionados. 3) se realizó un análisis de la relación entre la tendencia de los indicadores de resultado en salud seleccionados y el Índice de Cobertura de la APS; las relaciones se cuantificaron con coeficientes de correlación. 4) se realizó un análisis multivariado pre y post tomando como puntos de corte el 2003 (año previo a la implementación del programa SASC) y 2007 (corte al cuarto año de implementación del programa) por disponibilidad de variables socioeconómicas de control. El análisis se realizó utilizando regresiones de Poisson para ver la contribución del IAPS a los resultados en salud, clasificando las localidades en dos grupos de acuerdo al comportamiento en el IAPS.

Para el análisis de contribución de la APS a la equidad se construyeron, en primera instancia, las curvas e índices de concentración (IC) por medio de los cuales se analiza la inequidad en la distribución de los indicadores seleccionados. Posteriormente, para determinar el efecto que tiene la implementación de APS en la reducción de estas inequidades en las diferentes localidades, se realizó la descomposición de los IC utilizando para ello la metodología de Odonell, van Doorslaer, Wagstaff y Lindelow (2008).

RESULTADOS

1. EL MODELO DE APS IMPLEMENTADO EN BOGOTÁ

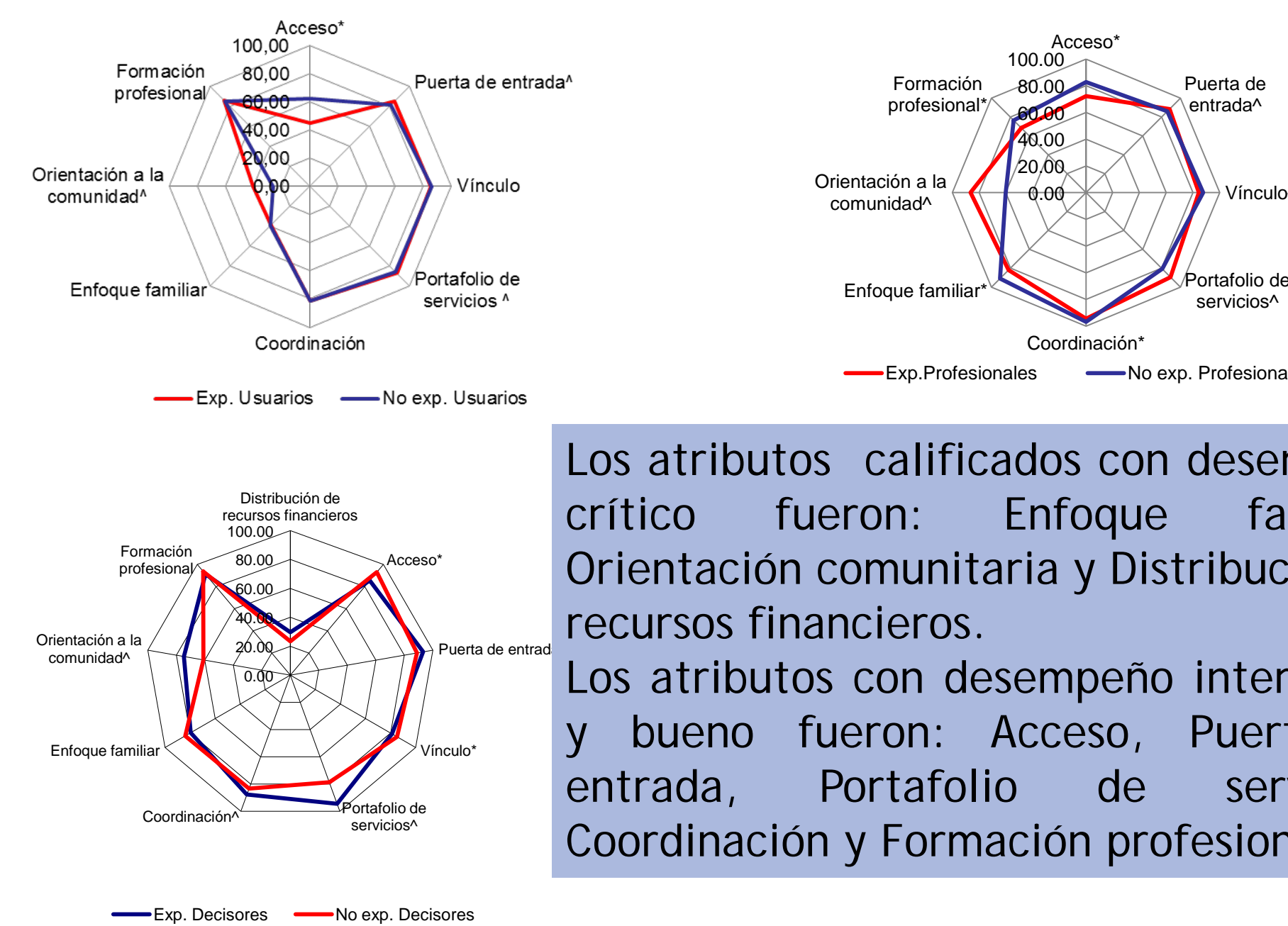
Modelo Híbrido de APS: el modelo identificado es *integral* al incluir algunos componentes de orientación comunitaria, familiar e intersectorial; *selectivo*, al operar con intervenciones costo efectivas y verticales; y *de atención básica*, al predominar un enfoque de atención médica curativa de primer nivel.

El *Modelo Híbrido* es el resultado de la tensión permanente entre los factores del contexto, contenido de la política y del proceso de implementación a diferentes niveles, que refleja intereses contrapuestos de los actores. El enfoque neoliberal de la política social y de salud a nivel nacional, basada en la gestión social del riesgo, la atención gerenciada en salud, la desterritorialización de las acciones, la lógica de rentabilidad financiera del sistema, y la discrecionalidad y falta de relevancia dada a la APS, han impuesto limitaciones estructurales para que se pueda desarrollar un enfoque de APS integral.

RESULTADOS

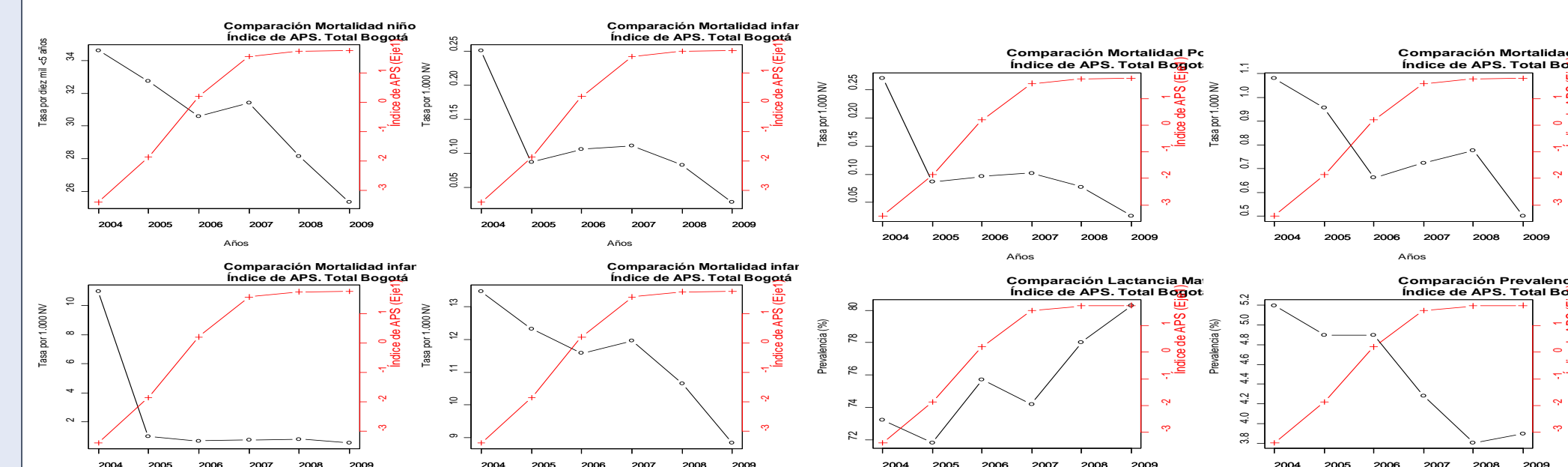
A estas influencias se suman las políticas de flexibilización laboral que generan inestabilidad del recurso humano que opera la estrategia y la debilidad en la formación profesional y técnica del recurso humano que dificultan su apropiación y por ende su implementación.

2. CALIFICACIÓN DE ATRIBUTOS DE DESEMPEÑO DE APS:



Los atributos calificados con desempeño crítico fueron: Enfoque familiar, Orientación comunitaria y Distribución de recursos financieros. Los atributos con desempeño intermedio y bueno fueron: Acceso, Puerta de entrada, Portafolio de servicios, Coordinación y Formación profesional.

3. CONTRIBUCION DE APS A LOS RESULTADOS EN SALUD:



El análisis de tendencias sugiere que los indicadores de salud mejoran (disminuye la mortalidad y la desnutrición, y aumentan coberturas de vacunación y prevalencia de lactancia materna) a medida que incrementa la intensidad de la APS.

Modelos de regresión de Poisson para los resultados analizados

Variables	IRR				
	Mortalidad infantil	Mortalidad menores 5 años	Mortalidad infantil por Neumonía	Mortalidad posneonatal por Neumonía	Mortalidad infantil por EDA
IAPS 2003	1,07*	1,08*	0,94	0,96	0,68
IAPS 2007	0,93*	0,9*	0,98	1,07	0,62
Grupo 2003 (Mayor intensidad APS, D menor intensidad APS)		1,09	0,96	0,67	
Grupo 2007		0,93	0,83	0,59*	0,63
Índice Calidad de Vida	0,5*	0,97	0,91*	0,99	0,9
Regimen contributivo	1,01*	0,99	1,01*	0,99	1
Cobertura alcantarrillado	1,03*	1,04	1,02*	1,01	1,03

Variables	IRR		
	Mortalidad posneonatal por EDA	Desnutrición menores 5 años	Lactancia materna exclusiva
IAPS 2003	1,76*	0,97*	0,58*
IAPS 2007	0,43*	0,93*	1,07*
Grupo 2003		0,42	1,06
Grupo 2007		0,39	1,06*
Índice Calidad de Vida	0,87	1,2	0,92*
Regimen contributivo	1,02	0,96	1*
Cobertura alcantarrillado	0,93	0,76	1,02*

Diferencias de los IRR 2003-2007 por resultado analizado

Indicador APS /Indicador salud	IAPS		Grupo	
	2003	2007	2003/2007	2003/2007
Mortalidad infantil	1,07	0,93	0,87	0,93
Mortalidad menores de 5 años	1,10	0,95	0,85	0,83
Mortalidad infantil por Neumonía	0,94*	0,98*	0,98	0,60
Mortalidad Pos neonatal por Neumonía	0,96*	1,07*	1,12	0,63*
Mortalidad Infantil por EDA	1,54	0,69*	0,42	0,64*
Mortalidad Pos neonatal por EDA	1,76*	0,43	0,25	1,426*
Desnutrición Aguda	0,98	0,93	0,96	0,88
Prevalencia de lactancia Materna	0,98	1,07	1,09	1,07

* Resultado estadísticamente no significativo

Los modelos de regresión de Poisson sugieren relación entre el incremento de la APS y la reducción del 13% al 15% de la mortalidad infantil y mortalidad en menores de 5 años. Reducción entre el 4% y el 17% en la desnutrición aguda. Aumento del 9% en la prevalencia de lactancia materna.

CONTRIBUCION DE LA APS A LA EQUIDAD:

Índices de Concentración 2003 -2007 por resultado analizado

Variable	2003	2007	Diferencia 2003-2007
Mortalidad infantil	-0,177	-0,120	0,057
Mortalidad menores de 5 años	-0,174	-0,128	0,046
Desnutrición Aguda	-0,011	-0,129	0,118
Lactancia Materna exclusiva*	-0,135	-0,166	0,032

* Se invierten las diferencias por tratarse de condiciones favorables de salud

La variación en el IC en los dos periodos observados muestran una reducción de la inequidad en el año 2007, periodo posterior a la implementación de la APS.

Contribución de IAPS a los índices de concentración 2003 - 2007

Variable	Coeficiente		Promedio		Elasticidad		Contribucion		Diferencia 2003/2007
	2003	2007	2003	2007	2003	2007	2003	2007	
Mortalidad menores de 5 años	0,132	-0,237	33,528	31,739	0,209	-0,123	0,001	0,035	-0,034
Mortalidad infantil	0,005	-0,120	15,571	14,207	0,004	-0,028	0,000	0,008	-0,008
Desnutrición Aguda	0,021	0,012	6,372	5,081	0,006	0,001	0,000	0,000	0,000
Lactancia Materna	0,086	0,141	70,274	72,291	0,287	0,166	0,001	0,047	0,046

El análisis de los cambios en la distribución de los indicadores de salud muestran efectos asociados con APS en la reducción de la inequidad de los indicadores de salud, disminuyendo la mortalidad infantil y en menores de 5 años y aumentando la prevalencia de la lactancia materna.

CONCLUSIONES

- Aunque la Política Distrital de Salud busca desarrollar una APS integral, las tensiones entre el contexto y el contenido de las políticas nacionales y las distritales han dado como resultado una *APS Híbrida*.
- Factores relacionados con las limitaciones estructurales de las políticas nacionales de salud, laboral y social explican la restricciones para desarrollar la APS integral, pero así mismo algunas debilidades desde el diseño y direccionamiento a nivel distrital y la lógica en la que los hospitales públicos se debaten (la sostenibilidad financiera y la prestación integral de servicios).
- El programa SASC a través del cual se implementa la APS se ha reducido a una estrategia basada en el trabajo de gestores comunitarios cuyo papel principal es la inducción de demanda a servicios y la promoción de la participación comunitaria para identificar necesidades.
- Aunque se han identificado avances en el acceso e integralidad de los servicios, estos son aún insuficientes. Existen debilidades en la puerta de entrada, el vínculo, la coordinación, el enfoque familiar, la orientación comunitaria, la formación y vinculación del recurso humano, los sistemas de información y la intersectorialidad.
- La APS implementada en la ciudad, pese a sus limitaciones, ha logrado contribuir en el mejoramiento de algunos indicadores de salud y equidad.
- Es importante considerar que para alcanzar una APS integral y cumplir los objetivos propuestos en el diseño de la misma hacen falta cambios políticos estructurales que permitan que esta sea la estrategia que oriente el sistema de salud en su conjunto.

REFERENCIAS

- Alcaldía Mayor de Bogotá/Secretaría Distrital de Salud. "La Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá" (Versión publicada, 10-06-04) 2004.
- Almeida C, Macinko J. 2006 Validação de Uma Metodologia de Avaliação Rápida das Características organizacionais e do Desempenho dos Serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em Nível local. Série técnica 10. Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde. Brasil: OPAS/OMS, Ministério da Saúde. Pág. 72-73, 122.
- Macinko, Guanais and Marinho de Souza Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J. Epidemiol. Community Health* 2006;60:13-19
- Macinko, J., et al. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil. *Social Science & Medicine* (2007), doi:10.1016/j.socscimed.2007.06.028.
- Vega-Romero R, Acosta-Ramírez N, Mosquera-Méndez PA, Restrepo-Vélez MO. 2008. La política de Salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. *Medicina Social*, Vol 3, No. 2, Mayo 2008. www.medicinasocial.info
- Wagstaff, A., Paci, P. and Doorslaer, E. van (1991) On the measurement of inequalities in health. *Soc. Sci. Med.* 33, 545-557