

UNA MIRADA COMPARATIVA A LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE COLOMBIA Y MÉXICO

A COMPARATIVE LOOK AT THE PRIMARY CARE SYSTEMS IN HEALTH OF COLOMBIA AND MEXICO¹

Natalia Pino Gómez², Lina María Montenegro Castrillón³, Natalia Vargas Silva⁴

Resumen

En Latinoamérica ha surgido un proceso de desarrollo marcado por la reaparición de la Atención Primaria de Salud como eje central de los sistemas de salud. Los gobiernos han asumido el compromiso de renovar esta estrategia como base de sus sistemas de salud. Partiendo de esta premisa se realizó una revisión narrativa de literatura asociada al tema Atención Primaria en Salud de México y Colombia mediante la exploración en distintas bases de datos científicas como Pubmed, Scopus y Science Direct. En la búsqueda y ejecución se consideró información de los últimos 19 años de su realización. De acuerdo con la investigación al realizar el análisis comparativo uno de los hallazgos encontrados es que ambos países cuentan características y necesidades sociales fundamentalmente diferentes, las barreras que existen para la óptima implementación de la atención primaria en salud como estrategia de mejoramiento de sus respectivos sistemas de salud tienen algunos aspectos en común, como lo son las brechas organizacionales que se reflejan en sistemas de salud fragmentados y la falta de promoción de la atención primaria en salud como estrategia integral para mejorar estos sistemas.

Palabras claves

Atención Primaria, Colombia, México, Sistema de Salud

Abstract

In Latin America, a development process has emerged marked by the reappearance of Primary Health Care as the central axis of health systems. Governments have made a commitment to renew this strategy as the basis of their health systems. Based on this premise, a narrative review of the literature associated with the topic Primary Health Care of Mexico and Colombia was

¹ Documento resultado de trabajo de grado, modalidad pasantía, 2019.

² Natalia Pino Gómez. Estudiante de pregrado del programa de Fisioterapia, Fundación Universitaria María Cano – Sede Popayán, e-mail: nataliapinogomez@fumc.edu.co

³ Lina María Montenegro Castrillón. Estudiante de pregrado del programa de Fisioterapia, Fundación Universitaria María – Sede Popayán Cano, e-mail: linamariamontenegreocastrillon@fumc.edu.co

⁴ Natalia Vargas Silva. Estudiante de pregrado del programa de Fisioterapia Cano – Sede Popayán, Fundación Universitaria María Cano, e-mail: nataliavargassilva@fumc.edu.co

carried out through the exploration in different scientific databases such as Pubmed, Scopus and Science Direct. In the search and execution information of the last 19 years of its realization is considered. According to the research when conducting the comparative analysis, one of the findings found is that both countries have fundamentally different social characteristics and needs, the barriers that exist for the optimal implementation of primary health care as a strategy to improve their health systems. Health systems have some aspects in common, such as the organizational gaps that are considered in fragmented health systems and the lack of promotion of primary health care as an integral strategy to improve these systems.

Keywords

Primary Care, Colombia, Mexico, Health System

1 INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria en Salud (APS), ha sido uno de los temas que más se ha discutido durante las últimas cuatro décadas, no sólo a nivel nacional, sino a nivel mundial. Dentro de este marco histórico, se ha pretendido que el sistema de salud y la APS se articulen de una forma coherente y funcional dentro de los procesos que intervienen, tanto de promoción y prevención como asistenciales, adaptándose a los cambios, no solo estructurales, sino coyunturales que son propios de las modificaciones que discurren a lo largo del tiempo y en todos los campos que la influyen (políticos, sociales, culturales, económicos) (Clavijo Padilla & Quesada Parra, 2012).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la Atención Primaria es un enfoque para la salud y el bienestar centrado en las necesidades y circunstancias de las personas, las familias y las comunidades. Aborda la salud y el bienestar físicos, mentales y sociales de una forma global e interrelacionada (Organización Mundial de la Salud, 2019). La atención primaria se basa en un compromiso con la justicia social y la equidad y en el reconocimiento del derecho fundamental al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, tal como dispone el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (Organización Mundial de la Salud, 2019).

El concepto de atención primaria de salud se ha reinterpretado y redefinido en varias ocasiones. En algunos contextos se ha referido a la prestación de servicios de asistencia sanitaria personal ambulatorio o de primer nivel. En otros, se ha entendido como un conjunto de intervenciones sanitarias prioritarias para las poblaciones de ingresos bajos (también denominada atención primaria selectiva). En otros casos se ha considerado un componente esencial del desarrollo humano, con especial hincapié en los aspectos económicos, sociales y políticos. Sin embargo, en los países como Colombia y México dista de conseguirse (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Conocer la situación presente de otros países, especialmente en aquellos que presentan similitud es obligado para todos los sectores. Las comparaciones internacionales ofrecen un medio

excelente para analizar la propia realidad con otra perspectiva, ampliar horizontes y aprender cómo funcionan en otros países distintas combinaciones de recursos, esquemas de organización y normativas. En cierta medida, lo que sucede en otro país puede ser considerado un valioso experimento natural que puede ser usado para obtener conclusiones. El objetivo del presente trabajo es comparar dos sistemas de salud de diferente concepción, desarrollo y factores, los cuales han tenido momentos críticos en la cuestión económica principalmente, y su importancia en ambos países.

El presente trabajo nos da un pequeño panorama de las diferencias que se distinguen entre Colombia y México, mediante comparativo de ambos países y realizando una contrastación de ambos sistemas denotando sus debilidades y fortalezas existentes, para determinar las sugerencias como aporte a los sistemas de salud de una manera concluyente.

2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA O TEMA

En Colombia la APS se remonta desde los años 80 a partir de la asistencia pública. Inició con un enfoque primitivo, con la prestación de servicios de baja complejidad con promotoras rurales y personal auxiliar de salud. Su objetivo fue ampliar la cobertura a grupos prioritarios de la población, como parte del sistema de salud. Sin embargo, sólo comenzó a existir como normativa formal del Sistema General de Seguridad Social en Salud a partir de la aprobación de la Ley 1438 de 2011, cuando era evidente la crisis de las acciones de salud pública y la ausencia de un modelo eficaz de atención en salud para el manejo de los riesgos individuales y colectivos bajo el esquema de aseguramiento (Vega Romero & Acosta Ramirez, 2014)

En los últimos diez años Colombia ha obtenido importantes resultados en salud, sin embargo, dichos resultado no son homogéneos por lo que el problema de la APS se centra en la inequidad en salud entre las regiones lo que ha impedido avanzar en la calidad de vida de la población y en resultados en salud de manera homogénea. Las innovaciones en el sistema de salud colombiano comprenden modificaciones al plan obligatorio de salud y a los montos de la unidad de pago por capitación, la integración vertical entre empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios, así como el establecimiento de nuevas fuentes de recursos para lograr la universalidad e igualar los planes de beneficios entre los distintos regímenes (Guerrero *et al*, 2011).

En el caso de México a inicios del siglo XXI, el país ingresó con un sistema de salud marcado por la incapacidad de ofrecer protección financiera en salud a más de la mitad de su población, esto como resultado y causa de las desigualdades sociales que han caracterizado el proceso de desarrollo del país. Consciente de que la falta de protección financiera era su principal debilidad, México ha emprendido una reforma estructural para mejorar el desempeño del sistema de salud mediante el establecimiento del sistema de protección social en salud, el cual ha introducido nuevas reglas de financiamiento e incentivos. La reforma ha permitido un incremento significativo en la inversión pública en salud, al tiempo que realinea los incentivos para garantizar una atención de mayor calidad técnica e interpersonal (Frenk, 2007). En México el acceso a los servicios de salud, a diferencia de los países desarrollados, es un determinante social básico de la salud. La demanda de servicios de salud se concentra en la atención primaria,

pero el diseño reúne la oferta de servicios en la atención hospitalaria, lo que genera disonancia entre las necesidades y el diseño vigente de los servicios de salud (Duran Arenas, Salinas Escudero, Grandos García, & Martínez Valverde, 2012).

3 REVISIÓN DE LITERATURA

A partir de la revisión la narrativa de literatura se evidencian estudios cuantitativos y cualitativos en lo que respecta a los sistemas de salud y APS no solo de los países como Colombia y México sino también de América Latina donde puede evidenciar sistemas fraccionados como en el caso de Colombia sistemas basados en el aseguramiento. Estos sistemas de salud según su estructura y organización han introducido cambios basados en los lineamientos internacionales, sin embargo, en ambos sistemas de salud persiste una tendencia a adoptar mediante el aseguramiento un paquete básico de servicios y fortalecimiento de la competencia en la prestación con la participación de la mezcla pública y privada (González, 2014).

De acuerdo a los estudios encontrados se apuntan a que, en Colombia, existe un gasto muy bajo en lo que respecta en salud a todo esto se le suma la alta tasa de mortalidad antes de los cinco años de edad y la poca disponibilidad alimentaria para escolares, en comparación con otro país de Latinoamérica lo que se concluye en una situación preocupante (Castro, 2012) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). En cuanto a México, si bien existe una mejor atención en salud desde el punto de vista práctico, aún hay camino por recorrer en cuanto a la integración de los diferentes elementos del sistema (Gómez, 2011) (Saavedra, Berenzon y Galván, 2016).

4 MATERIALES Y METODOS

La investigación se realiza mediante la búsqueda de información relacionada con sistemas de salud y atención primaria en salud en México y Colombia asociada a los términos (Primary health care of México and Colombia, Primary health care America Latina): empleando una combinación de las diferentes palabras claves en distintas bases de datos científicas en revistas indexadas, así como PubMed, Scopus, Science Direct y fuentes de información de carácter oficial de ambos países. En la búsqueda y ejecución de la revisión bibliográfica se consideró el criterio de inclusión sobre información de los últimos 19 años de su realización. A partir de cada documento encontrado se extrajo y sintetizó la información de interés, procurando que al integrarla dentro del contenido de este artículo se mantuviera una estructura lógica y organizada.

5 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Para el desarrollo de este capítulo respecto a la atención primaria en salud de México y Colombia es necesario considerar cada sistema de salud por separado iniciando por los conceptos de sistemas de salud y atención primaria, para posteriormente realizar el análisis comparativo de estos.

5.1 Sistemas de salud

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define al Sistema de Salud como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero (OMS, 2019).

Los sistemas de Salud en América Latina en la actualidad enfrentan dos desafíos, primer desafío las presiones demográficas: la disminución de la tasa de fecundidad y el incremento constante de la esperanza de vida (actualmente de un promedio de 75 años para la región) han dado lugar a la transición demográfica, lo cual implica un proceso inherente de envejecimiento poblacional. De hecho, las proyecciones estiman que el grupo etario correspondiente a los mayores de 60 años es el que tendrá la mayor tasa de crecimiento a partir de 2015 (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2017). Segundo desafío de forma asociada a la transición demográfica se encuentra la transición epidemiológica se refiere al cambio en el perfil de morbilidad y mortalidad, en el cual disminuye la mortalidad por enfermedades infecciosas, padecimientos materno-infantiles y las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se convierten en las principales causas de morbimortalidad (Guanais, Regalia, Pérez y Anaya, 2018). Dicho lo anterior cabe resaltar que los sistemas de salud de los países, idealmente, se formulan en base a las características propia de sus habitantes, necesidades y expectativas; debido a esto, el modelo del sistema de salud de los países no es estrictamente igual.

5.2 Atención primaria en salud

Para la Organización Panamericana de Salud (OPS) la Atención Primaria en Salud se define como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y un coste que la comunidad y el país podemos asumir en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoconfianza y autodeterminación (Organización Panamerica de Salud, 2019).

La Atención Primaria en Salud dentro de sus objetivos busca fortalecer la promoción de modelos basados en la promoción de salud y prevención de enfermedades, y debe estar presente en todos los entornos en que se desarrolla la población, y en cualquier proceso que la ciudadanía reciba y participe en la atención y cuidado de la salud. Cabe resaltar que la APS no es equivalente a un primer nivel de atención, de igual forma posee características que la distingue como potencializar la mejora en la salud de la población lo que puede ser definido como una estrategia efectiva, coordinada y sustentable para proporcionar servicios de salud al grueso de la población, enfrentar los retos del sistema de salud y mejorar la equidad (Guanais, Regalia, Pérez y Anaya, 2018).

Dicho lo anterior se asocia un ejemplo a un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud siendo este el que orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la

solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Los principios que se requieren para mantener un sistema de esta naturaleza son la capacidad para responder equitativa y eficientemente a las necesidades sanitarias de los ciudadanos, incluida la capacidad de vigilar el avance para el mejoramiento y la renovación continuos; la responsabilidad y obligación de los gobiernos de rendir cuentas; la sostenibilidad; la participación; la orientación hacia las normas más elevadas de calidad y seguridad; y la puesta en práctica de intervenciones intersectoriales (Organización Panamericana de Salud, 2019).

5.3 Sistema de salud en Colombia

El sistema de salud colombiano está compuesto por un sector de seguridad social y por un sector privado. Su eje es el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que incluye dos regímenes: contributivo y subsidiado, aunque algunos miembros de instituciones específicas pertenecen a un régimen especial (5,4%). El contributivo afilia a trabajadores asalariados, pensionados e independientes, y el subsidiado a las personas sin capacidad de pago (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). La cobertura de afiliación aumentó de 96,6% en el 2014 a 97,6% en el 2015 (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Dentro del sistema, la Superintendencia Nacional de Salud tiene entre sus funciones promover el mejoramiento de la calidad en la atención en salud y fortalecer la inspección, la vigilancia y el control del aseguramiento en materia de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)(Organización Panamericana de la Salud, 2019).

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria y se hace a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) públicas o privadas. Las EPS entregan las contribuciones por cotización al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), que les retorna el monto de la unidad de pago por capitación ajustada por riesgo, de acuerdo con su afiliación. Los proveedores de atención son las Instituciones Prestadoras de Servicios, que pueden estar integradas o no a las EPS. El sector exclusivamente privado es utilizado por la población mediante la contratación de seguros de servicios de salud y el pago de bolsillo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Actualmente Colombia está haciendo su transición al nuevo modelo de Atención Integral en Salud –MIAS, el cual el gobierno colombiano a través de la resolución 429 de 2016 (Ministerio de Salud y de la Protección Social, 2016), promulgó la política de Atención Integral en Salud, que pretende generar mejores condiciones de salud para la población a través de la regulación de la intervención sectorial e intersectorial, sustentado en lo dispuesto por un gran volumen de normatividad previa que comprende desde la ley 100 de 1993 y sus posteriores modificaciones incluyendo la ley 1438 de 2011 (Congreso de la Republica, 2003) que pretendía fortalecer y la Atención Primaria en Salud, el Plan decenal de Salud Pública, hasta la de más reciente expedición, la Ley estatutaria 1751, que luego de una gran controversia, consagró por fin la salud como un derecho fundamental (Moreno Gomez, 2016)

Surge entonces la Política de Atención integral en Salud y el MIAS como la alternativa para la solución de los problemas y para ello retoma estrategias como la Atención Primaria en Salud

con enfoque familiar y comunitario, el cuidado y gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial, con lo cual se pretende lograr la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública a través de procesos de gestión social y política intersectorial en contexto. Pretende el MIAS garantizar una atención en salud con equidad, centrada en las personas, con estándares de oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad, por medio de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales dirigidos a coordinar las acciones e intervenciones (Congreso de la Republica, 2003) (Ministerio de Salud y de la Protección Social, 2012) (Moreno Gomez, 2016).

5.3.1 Determinantes sociales de la salud en Colombia

Dentro de los determinantes sociales de la salud en Colombia se encuentra, la desigualdad de ingresos para el 2015 era alta, reflejada por un coeficiente de Gini de 0,522. Hasta 27,8% de la población estaba bajo la línea de pobreza. La implementación de reformas salariales contribuyó a la reducción del desempleo hasta alcanzar a 8,9% en el 2015. Los fenómenos climáticos como el niño y la niña han causado daños tanto directos (muertes y lesiones) como indirectos sobre la salud de la población, en determinantes como la pobreza, la inseguridad alimentaria y el menor acceso a agua segura. En el 2015, 91,2% de la población contaba con acceso a fuentes mejoradas de agua potable y 81,1% a instalaciones mejoradas de saneamiento, aunque la cobertura en los sectores rurales e indígenas es baja (OPS, 2019).

La violencia y la inseguridad ciudadanas constituyen un problema importante, junto al impacto del conflicto armado de más de cinco décadas con la guerrilla. Esto ha dado lugar a fenómenos como el crimen organizado, el desplazamiento forzado y un confinamiento estimado de 8 millones de personas. En el 2013, los homicidios ocuparon el segundo lugar (57,38 muertes por 100 000 habitantes como causa externa en hombres y décimo en mujeres (5,05 muertes por 100 000 habitantes). Se registra una importante emigración, en especial hacia Estados Unidos (34,6%), España (23,1%), Venezuela (20,0%) y Ecuador (3,1%). En este último país, los nacionales colombianos representan 98% de los inmigrantes. La situación de vulnerabilidad e inequidad en la población se mantiene además por la limitada institucionalidad en los lugares donde se concentra la población indígena, campesina y afrodescendiente, entre otras. También contribuyen a esta situación factores como los cultivos y la minería ilegales y la alta dispersión de población en las regiones aisladas (OPS, 2019) .

Uno de los grandes retos de Colombia en materia de salud pública radica en generar un equilibrio en las amplias diferencias existentes entre los distintos grupos poblacionales que lo conforman. Entender la salud como el resultado coherente y armónico de la interacción entre el individuo, la sociedad y las condiciones en las que su vida tiene lugar es premisa necesaria para la construcción y logro de un mayor nivel de bienestar que el logrado hasta el momento (Calderón , Botero, & Martinez, 2011).

El sistema de salud colombiano se compone de un extenso sector de seguridad social financiado con recursos públicos y un descendiente sector exclusivamente privado (Guerrero, Gallego,

Becerril, & Vásques, 2011). Su eje principal es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que a su vez se compone del régimen contributivo y el subsidiado.

Las entidades promotoras de salud (EPS) son los entes a través de los cuales las personas pueden afiliarse al sistema, las cuales pueden ser públicas o privadas; estas reciben las cotizaciones y a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS) ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) (Giedion & Uribe, 2009) (Vargas, Castro, Rodríguez, Téllez, & Salazar, 2012) .El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 - 2021, establecido en el marco de la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud del país llevada a cabo por medio de la Ley 1438 de 2011, plantea la implementación de estrategias de intervención colectiva e individual basadas en un sistema participativo e intersectorial y tiene como eje transversal la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para lograr un impacto positivo en los determinantes sociales y económicos de la salud en el país (Ministerio de Protección Social-República de Colombia, 2019). El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 asume un abordaje de enfoques múltiples: salud como derecho, determinantes sociales de la salud, enfoque diferencial y enfoque poblacional.

Dicho lo anterior Colombia se enfrenta a una incipiente transición demográfica y epidemiológica que requiere la aplicación de elementos conceptuales y operativos basados en estrategias que busquen generar cambios de políticas neoliberales a sociales, empoderamiento del sector salud, de los procesos de construcción social, de seguridad, de la dignidad de los pobres frente a los ricos en un país o región, basándose también en el principio de precaución en la implementación de tecnologías que afecten el modo de vida, el ambiente, la economía y la aceptación social.

5.3.2 Perfil epidemiológico general de Colombia

Para el 2015, la tasa global de fecundidad estimada fue de dos hijos por mujer, con un leve descenso respecto al quinquenio 2010, que fue de 2,1; la edad promedio de las mujeres al primer nacimiento fue de 21,7 años, la mediana del intervalo entre nacimientos de 50,7 meses, el uso de métodos modernos de planificación familiar por mujeres unidas de 13 a 49 años fue de 80,9%; el método más usado fue la esterilización femenina, seguido por los anticonceptivos orales. El 42,4% de las mujeres unidas no deseaba tener más hijos y el promedio ideal de hijos deseados era 1,6. La proporción de mujeres que recibieron cuatro o más atenciones prenatales fue 92% en zona urbana y 83,7%, rural; el parto institucional era 96,9% (Ministerio de Salud y Protección Social; Profamilia , 2016) (Profamilia, 2016) (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Durante el período 2010-2014, la razón de mortalidad materna se redujo de 71,64 a 53 por cada 100 000 nacidos vivos, y fue 2,84 veces más alto en los departamentos del quintil con mayor índice de pobreza. El 60% de las muertes maternas se concentraban en 50% de la población más pobre y analfabeta. En el 2014, el 18% de las muertes maternas se produjo en madres de 10 a 19 años; 24% en población indígena y afrocolombiana, y 30% en madres con un nivel de educación igual o inferior a primaria (Ministerio de Salud y Protección Social; Profamilia , 2016) (Profamilia, 2016) Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Con relación a las causas de muerte materna, las obstétricas directas representaban 46,6%: los estados hipertensivos gestacionales (25%), las hemorragias (14%) y las originadas por abortos (7,5%) fueron las más frecuentes. Las causas obstétricas indirectas alcanzaban a 33%: 24% por enfermedades del sistema respiratorio y 18% por enfermedades del sistema circulatorio. Entre el 2013 y el 2014, las muertes maternas tardías se incrementaron en 21,4% (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Entre el 2010 y el 2013, la mortalidad infantil bajó de 18,36 a 17,25 por 1000 nacidos vivos, mientras que la mortalidad en menores de 5 años lo hizo de 15,7 a 14,1 por 10000. Estas tasas son 20 veces más altas en hijos de madres sin escolaridad, que son pobres y que viven en zonas rurales. La mortalidad neonatal aportó 62% de las muertes ocurridas antes del primer año de vida, y fue de 7,3 por 1000 nacidos vivos en el 2013 (31 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)) (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

En el 2013, 82% de las muertes en niños menores de 5 años ocurrió durante el primer año de vida: sus principales causas fueron prematuridad, malformaciones congénitas, trastornos respiratorios, sepsis bacteriana del recién nacido, infecciones del tracto respiratorio e intestinal, y desnutrición. En niños de 1 a 4 años, las primeras causas de muerte fueron las malformaciones congénitas, la neumonía y el ahogamiento accidental. La mortalidad específica en niños de 1 a 4 años por enfermedades del sistema respiratorio representó 15,42% de las muertes, aunque se evidencia una disminución de 12,01 a 7,17 muertes por cada 100 000 menores en el período 2010-2013. El grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias contribuyó con 10,94% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Los escolares (6 a 11 años de edad) representan el 16% de la población. Durante el período 2009-2014, en este grupo etario el principal motivo de consulta fueron las enfermedades no transmisibles en 53,17%, seguidas por las enfermedades transmisibles y nutricionales en 24,80%. Las primeras causas de muerte en el 2013 fueron las neoplasias hematológicas y los accidentes de transporte terrestre (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)(Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Entre el 2009 y el 2014, las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de consultas en adolescentes (56,86%), seguida de las enfermedades transmisibles y nutricionales con 17,55, sin diferencias por sexo. En el 2013, entre las causas de muerte destacaron los homicidios y los accidentes de transporte terrestre, en ambos sexos, aunque las tasas son más altas en varones que en mujeres (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

La edad de inicio del consumo de alcohol es 16 años en los hombres y 18 años en las mujeres. El 49,2% de los jóvenes de 18 a 24 años consume alcohol. El mayor consumo de sustancias ilícitas en el último año fue de 8,7% en el grupo de 18 a 24 años y 4,8% en los adolescentes. El mayor consumo de marihuana se observó en los jóvenes de 18 a 24 años (8,2%), seguidos por los adolescentes (4,3%). La cocaína ocupa el segundo lugar de consumo en los jóvenes de 18 a

24 años, con 2% (32) (Observatorio de Drogas de Colombia, 2013) (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

En el 2014, la tasa de violencia fue de 81,9 por 100000 en los niños de 10 a 14 años, y en 96,24 entre los de 15 a 19 años, con predominio de mujeres en 9% y 28%, respectivamente. El 52% de los casos de violencia de pareja sucedieron en la población de entre 15 y 29 años, con una tasa entre los 15 y 17 años de 57,9 por 100 000, 18,5 veces más en mujeres que en hombres. La tasa de examen médico legal por delito sexual fue de 192,91 por 100000 niños de 10 a 14 años y de 90,44 por 10000 adolescentes (15 a 17 años) (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2014) (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Las enfermedades no transmisibles fueron el primer motivo de atención con 68,68% durante el período 2009-2014. El perfil de las primeras causas de muerte en el 2013 es claramente diferente entre los adultos de 20 a 44 años y los de 45 a 64 años. En los primeros destacan los homicidios y los accidentes de transporte terrestre como las dos primeras causas, mientras que en los segundos las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y algunos tipos de cáncer (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)(Organización Panamericana de la Salud, 2019).

En el 2013, 30% de las personas de 60 años o más y 7% de las personas de 80 años o más continuaban trabajando. Según datos de la Encuesta de Calidad de Vida del 2013, el 50% de las personas adultas mayores percibían su salud como buena y no referían ningún tipo de limitación para realizar actividades cotidianas (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2013) (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

La principal causa de morbilidad en personas de 60 años o más era hipertensión, seguida de artritis o artrosis, diabetes y enfermedades cardiovasculares. En el 2013, las primeras causas de muerte en personas de 65 años y más fueron enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en ambos sexos, pero con tasas mayores en hombres que en mujeres (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

En el 2015, la feminización de la jefatura familiar aumentó a 36,4%. El tamaño promedio de los hogares urbanos y rurales fue de 3,5-3,6 personas. Los tipos de familia más comunes son nucleares (33,2%) y extensos biparentales (12,8%) (29). El 64,1% de las mujeres ha sufrido violencia psicológica mediante situaciones de control, especialmente celos e intimidación. El 31,9% de las-actualmente o alguna vez unidas notificó agresiones físicas por su pareja o expareja (Ministerio de Salud y Protección Social; Profamilia , 2016). El 16,1% de las mujeres agredidas acudió para recibir tratamiento o consejería, más en las zonas urbanas que en las rurales (Ministerio de Salud y Protección Social; Profamilia , 2016)(Organización Panamericana de la Salud, 2019).

La tasa de accidentalidad en el 2014 fue de 7,7 por 1000 afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales. Los sectores con mayores tasas fueron agricultura, ganadería, caza y silvicultura (17,7), seguidos por suministro de electricidad, gas y agua (12,1), construcción (11,1),

industrias manufactureras (10,9) y explotación de minas y canteras (10,2%) (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Según el censo del 2005, la población de afro-descendientes era de 10,62%, la de indígenas de 3,43% y la del pueblo Rom (Gitano) de 0,01% (1). En la ENDS del 2015, el 14,4% de las mujeres se auto reconoció como indígena o afro (29). El MSPS trabaja con las comisiones de salud indígena, afro-descendientes y del pueblo Rom, como referentes específicos para el sector, lo cual permite incluir acciones necesarias en el Plan Nacional de Desarrollo, dirigidas a interactuar con la institucionalidad en materia de salud (Departamento Nacional de Planeación, 2018)(Organización Panamericana de la Salud, 2019).

En el 2015, la información desagregada por etnia indicó que en la mortalidad general 87,85% de los registros tiene información étnica; de estos, 91,57% fue clasificado como de otras etnias, 6,40% como afro-descendiente y 2,02% para indígenas, Rom, raizales o palenqueros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). En el 2013, la razón de mortalidad materna más alta se encontró en las poblaciones de palenqueros de San Basilio y de indígenas, con 1075,3 y 355,7 muertes por cada 100000 nacidos vivos, respectivamente. Entre el 2008 y el 2013 los indígenas notificaron 17 600 muertes, para un promedio anual de 2933 defunciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

En 2009-2013, la tasa de mortalidad neonatal en la población indígena disminuyó en 2,5 muertes, pasando de 13,96 a 11,42 por 1 000 nacidos vivos, es decir una disminución de 18%. En el 2009 esta tasa fue 67% más alta que la de la población no indígena -hacia el final del período esta relación bajó a 59% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)(Organización Panamericana de la Salud, 2019).

En el 2013, la principal causa de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio 29,9% de las muertes y 16,1% de años de vida potencialmente perdidos (AVPP), con una tendencia al descenso desde 166,43 muertes por 100 000 habitantes en el 2005 a 144,65 en el 2013. Le siguen las neoplasias (17,9% y 14,5%, respectivamente), en particular de estómago (16,5% de los cánceres) en hombres y de mama en mujeres (12,6% de los cánceres) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)(Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Entre el 2005 y el 2013, las tasas ajustadas por homicidios bajaron 30%, lo cual se traduce en 13,22 muertes menos por cada 100 000 habitantes -de 44,05 a 30,83 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). En el mismo período, la principal causa transmisible fue la enfermedad respiratoria aguda, cuyas tasas ajustadas se redujeron en 8,52% de 18,43 por 100000 habitantes en el 2005 a 16,86 en el 2013. Finalmente, las tasas de infección por el VIH/sida se mantuvieron en un rango de 5,10 y 6,03 durante el mismo lapso (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). En el 2014, se notificó una tasa bruta de mortalidad de 4,41 por cada 10000 habitantes (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

En el 2014 el país se declaró libre de sarampión, rubéola y rubéola congénita, y en el 2015 logró una cobertura de primera dosis de vacuna contra sarampión, rubéola y parotiditis de 93,96%, y

en segunda dosis, de 87,5%. La notificación de casos sospechosos de sarampión entre el 2012 y el 2015 fue en promedio de 1430 casos, de los cuales 3 fueron importados. Asimismo, las coberturas de vacunación contra difteria, Bordetella pertussis y tétanos (DPT) fueron de 93% para la primera dosis y de 91% para la tercera dosis (Organización Panamericana de la Salud, 2016). Los últimos tres picos epidémicos de tos ferina fueron en el 2006, el 2009 y el 2012. En este último año hubo una incidencia de 8,5 casos por 100000 habitantes, la más alta en los últimos 20 años (Instituto Nacional de Salud, 2015) (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

En Colombia el dengue es un problema reemergente dado por la creciente transmisión, el aumento de brotes de dengue grave, la circulación simultánea de serotipos, la infestación por *Aedes aegypti*, la introducción de *Aedes albopictus*, la urbanización y los ciclos epidémicos cada dos o tres años. Entre el 2010 y el 2014 la letalidad por dengue grave aumentó de 2,3% a 6,3% (Gómez, 2015)(Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Los primeros casos autóctonos de chikunguña fueron confirmados en septiembre del 2014. Su incidencia en el 2014 fue de 396 por 100000 habitantes en riesgo, con una letalidad de 0,02%, mientras que para el 2015 fue de 1359 casos por 100000 con la misma letalidad. Durante el 2015 se notificaron 359282 casos en 712 de los 951 municipios donde se registró el *Aedes aegypti*. El 24 de septiembre del 2015 se declaró el cierre de la epidemia (Salas, 2015) (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

En octubre del 2015, el MSPS confirmó los primeros casos de infección por el virus de Zika (ZIKV) y demostró su circulación en 34 de las 36 entidades territoriales. El 25 de julio del 2016 se declaró el cierre de la epidemia, con 8 826 casos confirmados y 91640 sospechosos por clínica; 6058 casos confirmados y 11962 sospechosos en gestantes; 21 casos confirmados de microcefalias asociados al ZIKV; 608 casos de síndromes neurológicos (Síndrome de Guillain-Barré, polineuropatías ascendentes, entre otros) con antecedentes de enfermedad febril compatible con infección por ZIKV (Instituto Nacional de Salud, 2016)(Organización Panamericana de la Salud, 2019).

La leishmaniasis es endémica en casi todo el país. Se estima que hay 11 millones de personas en riesgo, principalmente en zonas rurales. Entre 95% y 98% de los casos son cutáneos. La forma mucosa se presenta entre 1% y 4% y la visceral entre 0,1 y 1,5 % (Vega & Gomez, 2015). En el período 2010-2013 se observó una reducción en los casos de leishmaniasis cutánea y mucosa (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

En el 2015 se notificaron 1018 casos de Chagas, de los cuales 996 fueron crónicos y 22 agudos. La letalidad por casos agudos fue de 0,07% (Vegas, 2015). Colombia forma parte de la Iniciativa de Países Andinos (IPA) y la Iniciativa de los Países Amazónicos para la Vigilancia y Control de la Enfermedad de Chagas (AMCHA), cuyo propósito es fortalecer el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento. En el 2013, se verificó la interrupción de la transmisión vectorial domiciliar de *Trypanosoma cruzi*, por *Rhodnius prolixus*, en 10 municipios de cuatro departamentos (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

La malaria es una enfermedad endémica en zonas por debajo de los 1.500 msnm en 100 municipios, donde se registra el 95% de la carga. Su notificación descendió de 117638 casos en el 2010 a 52416 casos en el 2015 (44). En la relación *P. vivax* / *P. falciparum* se observa una inversión de la fórmula parasitaria de 3,0:1,0 a 1,0:3,0, lo cual podría deberse al aumento de casos y brotes en la región pacífica, donde predomina la especie *P. falciparum*. En el período 2010-2015 se notificó un caso de fiebre amarilla, y en el 2016, 6 casos en 5 departamentos (Instituto Nacional de Salud, 2016)(Organización Panamericana de la Salud, 2019).

En Colombia hay una epidemia de VIH, con una tasa para el 2014 de 11,6 por cada 10 000 habitantes. Dicha epidemia tiene una gran prevalencia en hombres que tienen sexo con otros hombres, mujeres trans, personas que se inyectan drogas, habitantes de la calle y mujeres trabajadoras sexuales. Su prevalencia en el grupo etario de 15 a 49 años se estima en 0,45%. La epidemia se concentra en grandes ciudades, con 86% de los casos notificados. Entre 1983 y el 2014 notificaron 101 158 casos, con 71% en hombres. La relación hombre-mujer ha disminuido de 27,5: 1 en 1987 a 2,5: 1 en el 2013. El grupo más afectado está entre los 15 y 49 años, con 86% de los casos notificados y tendencia al aumento. En ese período, 22% de los casos de VIH, al momento de la notificación, estaba en estadio sida (Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, 2014) (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Entre el 2009 y el 2014, 65% de las atenciones de salud estaba relacionado con enfermedades crónicas no transmisibles. La Encuesta Nacional de Salud reveló que 22,82% era hipertenso; en el 2015, 6,4% de la población afiliada al SGSSS consultó por hipertensión arterial. El 1,43% de la población afiliada tenía diabetes, tasa inferior a 3,51% los cálculos de la Encuesta Nacional de Salud 2007. En el 2015, la prevalencia de enfermedad renal crónica fue 2,5% en mujeres y 1,6% en hombres (Cuenta de Alto Costo, 2015) (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

En el período 2005-2013 hubo 3756 muertes por desnutrición en menores de 5 años, con un promedio de 417 muertes anuales. Asimismo, entre el 2005 y el 2016 se produjo un descenso de 14,87 por cada 100000 menores de 5 años a 6,77. En el 2013, la mortalidad por esta causa fue 8,92 veces más alta en el primer quintil de pobreza; 72% se concentraba en 50% de la población que tiene menos acceso a fuentes de agua mejorada, y 80% lo hacía en 50% de la población que encuentra más barreras al acceso a los servicios de salud de la primera infancia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)(Organización Panamericana de la Salud, 2019).

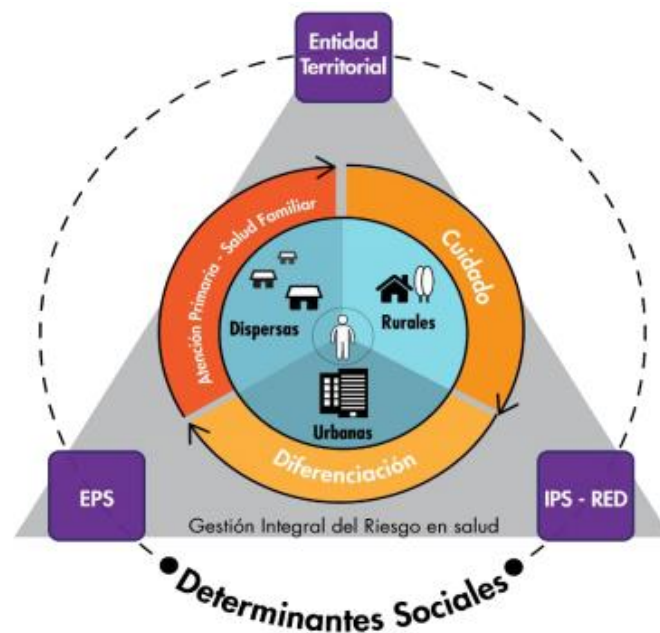
5.3.3 Situación de salud general en Colombia

En Colombia posterior a la promulgación de la Constitución Política de 1991 se implementó el Sistema de Seguridad Social Integral a través de la Ley 100 de 1993, normatividad que incluye el sistema de pensiones, de salud y riesgos profesionales. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se enmarca en los principios de universalidad, solidaridad, eficiencia, unidad, descentralización y participación. La Seguridad Social es un servicio público prestado por entidades privadas y públicas bajo la dirección, coordinación y control del Estado acorde con lo explicitado en el Artículo 48 Constitución Política (Ariza MarqueZ, Donado Martinez, & Tatis Rodriguez, 2017).

La política de salud en el país hasta la fecha ha promovido la búsqueda de la calidad y la eficiencia del sistema de atención en salud, fundamentado en la competencia regulada entre las Empresas Promotoras de Salud (EPS aseguradores) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS y ESE), a través del desarrollo de modelos biomédicos de asistencia básica de carácter individual, familiar, o domiciliaria, determinados por los aseguradores y prestadores de servicios bajo el criterio de costo beneficio y costo efectividad, como estrategias de control de costos y de competencia en el mercado de la salud (Ariza MarqueZ, Donado Martinez, & Tatis Rodriguez, 2017) .

El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”. Tanto la política como el modelo integral de atención de salud tratan de mejorar la calidad, la sostenibilidad y la equidad sanitaria. Plantean un marco de acciones y prestaciones desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social en todas las etapas de la vida, lo más cerca posible a su cotidianidad (MinSalud, 2016).

Figura 1. Política de atención integral en salud.

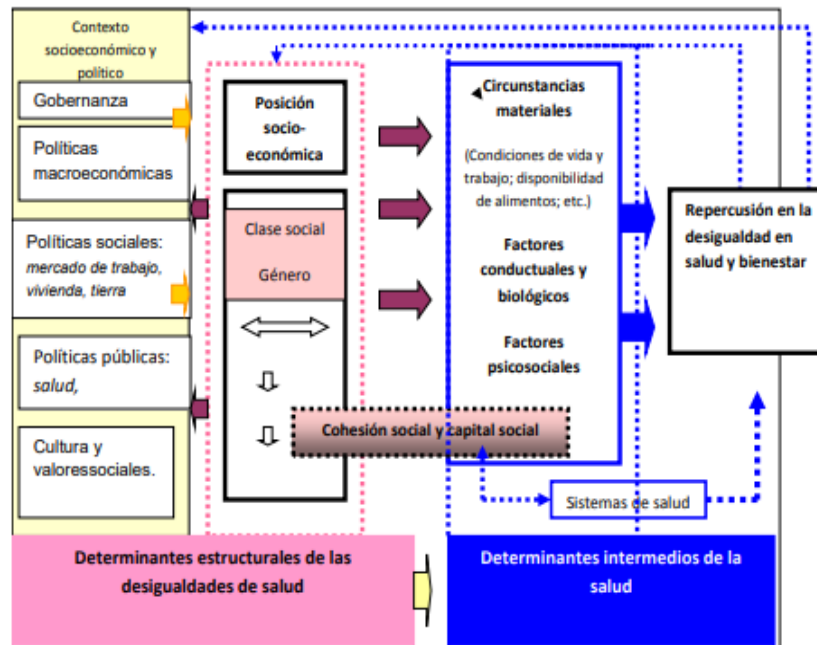


Fuente: MinSalud – 2016.

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, retoma la propuesta de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (Ver Figura 2) y establece como meta central alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los determinantes sociales de la salud y mitigando los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables. Para ello, orienta su acción en tres grandes objetivos estratégicos: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la

salud; cero tolerancias con la mortalidad y discapacidad evitable y mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes (MinSalud, 2013).

Figura 2. Marco conceptual de los determinantes sociales de la Salud.



Fuente: MinSalud-2013.

En cuanto a la atención Primaria tiene una larga trayectoria en el país; desde que se lanzó la estrategia en Alma Ata en el año 1978, Colombia la introdujo en su sistema de salud. En los últimos diez años, el país ha obtenido importantes resultados en salud, sin embargo, éstos no son homogéneos siendo el principal problema, tanto en la implementación de la atención primaria en salud como otras estrategias, la inequidad en salud entre las regiones que ha impedido avanzar en la calidad de vida de la población y en resultados en salud de manera homogénea (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). Desde 2011, el gobierno nacional ha adelantado iniciativas de reforma para dar protagonismo al papel de la atención primaria, siendo ejemplos de ello la Ley 1438 de 2011 y la expedición de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) en 2016 (Guanais, Regalia, Pérez y Anaya, 2018).

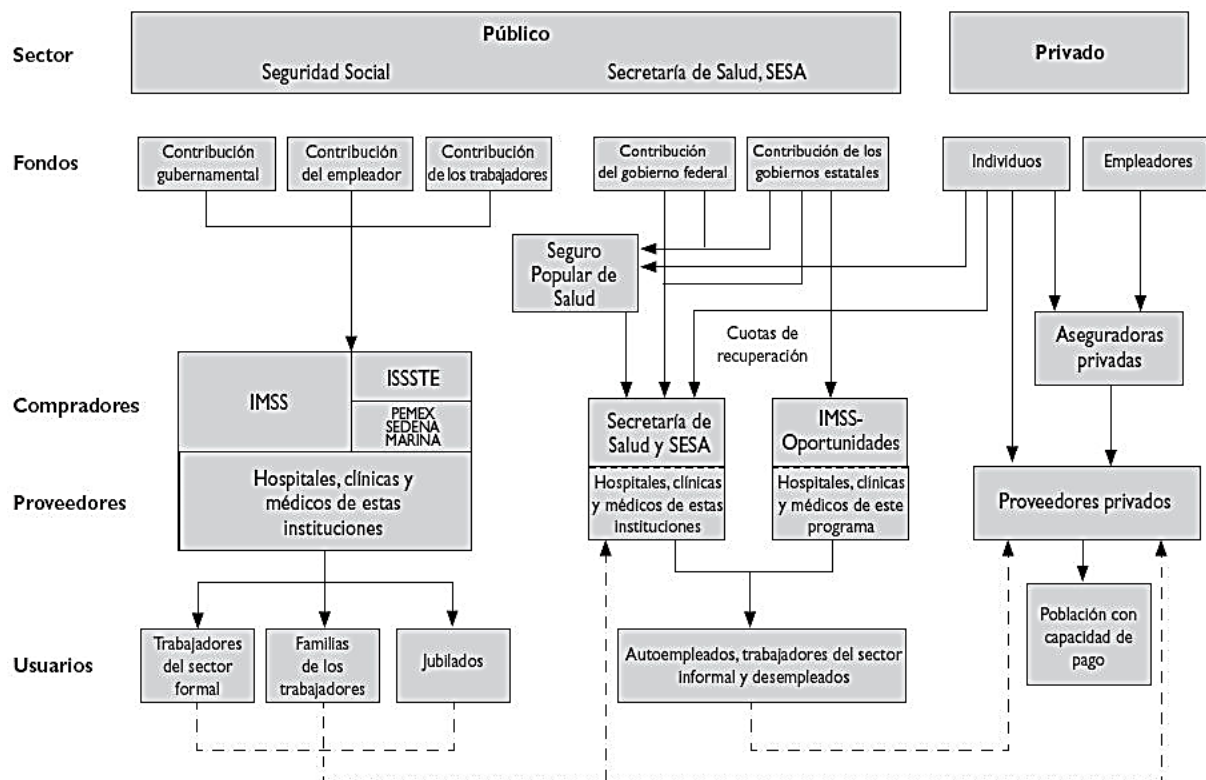
De igual forma la percepción general sobre la calidad de atención primaria tampoco es favorable, especialmente en el sistema público y en el seguro social. Además, la opinión negativa que el usuario tiene sobre el sistema en general incide en la percepción de calidad de la atención primaria. La falta de coordinación entre los entes responsables del sistema genera un alto nivel de fragmentación dentro del sistema de salud en Colombia. Por otro lado, es posible que los usuarios desconozcan la importancia o no valoren las ventajas de la atención primaria. De esto nace la necesidad de informar al usuario sobre estos aspectos con buenas campañas de comunicación, tanto a nivel nacional como en las EPS e IPS.

5.4 Sistema de salud en México

El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros, que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS Oportunidades (IMSS-O). El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago.

El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. Tanto la SSa como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). La población de responsabilidad de la SSa y de los SESA se atiende en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal. El SPS se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SSa y a los SESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados). Finalmente, el sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados (Gómez Dantés, Sesma, & Becerril, 2011).

Figura 3. Sistema de Salud México.



Fuente: Sistema de salud de México – 2011.

5.4.1 Determinantes sociales de la salud en México

Dentro de los determinantes sociales de la salud en México se encuentra la economía informal que emplea el 57,8% de la población económicamente activa, genera el 24% del PIB y no está cubierta por la seguridad social. En 2015, el 1% más rico de la población representaba el 21% del ingreso nacional, lo que causa desigualdades. En 2015, la escolaridad media fue de 9.1 años. El porcentaje de la población que vivía en la pobreza en 2014 era del 46,2% (61,1% en las zonas rurales y el 41,7% en las zonas urbanas) y el porcentaje que vivía en la pobreza extrema era del 9,5%. En 2010, el 76.4% de la población eran propietarios de viviendas, una proporción que había disminuido al 67.7% en 2015 (OPS, 2019).

En 2010, se recogieron unas 86.357 toneladas de residuos sólidos urbanos. Un 93.0% de los desechos sólidos del país se envían a plantas de tratamiento; sin embargo, todavía hay vertederos en áreas abiertas como carreteras, cañadas, barrancos y cauces. En 2014, el 26.6% de los inmigrantes en los Estados Unidos eran de origen mexicano. México también es un país de tránsito para los centroamericanos que se dirigen a los Estados Unidos. La mayoría de los desastres son causados por tormentas tropicales y huracanes, que tienen importantes impactos económicos y de salud. En 2013, las tormentas tropicales Ingrid y Manuel se combinaron para producir una tormenta intensa y prolongada. Las pérdidas económicas totalizaron US \$ 4.816 millones, la segunda cifra más alta desde el terremoto de 1985 (OPS, 2019).

Aproximadamente 500,000 hectáreas de bosque y área de selva se degradan anualmente, especialmente por cambios en el uso de la tierra y la tala ilegal. La contaminación del aire constituye un problema de salud pública. Es por eso que el país ha establecido 176 estaciones

para monitorear partículas atmosféricas, ozono, dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno y monóxido de carbono. El gasto total en salud representó el 6.2% del PIB en 2012; sin embargo, en 2015 disminuyó a 5.6% (OPS, 2019).

Según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), unos 35,4 millones de personas estaban afiliadas al IMSS, 7 millones al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Gobierno (ISSSTE) y 49,8 millones al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Sin embargo, el Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social informó en 2014 que el 18,2% de la población experimentó dificultades para acceder a los servicios de salud. México tiene 12 acuerdos de libre comercio con 46 países, siendo Estados Unidos su principal socio comercial (OPS, 2019).

En el 2013, se puso en marcha la Cruzada Nacional Contra el Hambre, estrategia dirigida a la población que se hallaba en pobreza extrema y con carencia alimentaria. Esta estrategia estuvo integrada por 70 programas federales que se aplicaron en 1012 municipios. Para su instrumentación se creó la Comisión Intersecretarial, compuesta por 16 secretarías, la Comisión Nacional de los Pueblos Indígenas, el Instituto Nacional de las Mujeres y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. En relación con el 2013, la evaluación realizada en el 2015 mostró un incremento en el acceso a los servicios de la salud, de 9,2% a 32,9%, y la carencia alimentaria disminuyó de 100% a 42,5% (OPS, 2019).

El Programa de Inclusión Social Prospera está destinado a la población que se halla en pobreza extrema y prevé transferencias condicionadas en educación, salud, nutrición e ingresos. Participan tres secretarías: Educación, Desarrollo Social y Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y los gobiernos estatales y municipales. Este programa surgió en 1988 y fue cambiando de denominación y objetivos específicos; así, se nombró Solidaridad en el período 1988-2002, Progresá en 2002-2007 y Oportunidades en 2007-2014. A partir del 2014, con el nombre de Prospera, incorporó la creación de empleos y la inclusión productiva de las mujeres. Entre los logros del período 2010-2014 se puede mencionar el incremento de la permanencia escolar entre los jóvenes (10 meses más en los hombres y 8 meses más en las mujeres) (CONEVAL, 2017) (OPS, 2019).

5.4.2 Perfil epidemiológico general de México

En el 2014, el inicio de la vida sexual fue de 17,7 años. A pesar de que 98,7% de las mujeres en edad fértil tenía conocimiento de algún método anticonceptivo, solo 51,6% utilizaba alguno. La necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos a nivel nacional fue de 4,5%; esta cifra fue mayor entre las mujeres de 15 a 19 años de edad (con 11,5%) y entre las indígenas (7,5%). Las mujeres embarazadas de 15 a 49 años recibieron en promedio 8,5 consultas durante la gestación y 80,0% de ellas tuvo su primera revisión prenatal durante el primer trimestre de la gestación. Del 2009 al 2014, de cada 100 partos ocurridos en México, 46 fueron cesáreas y 54, partos normales (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2015).

Desde 1999 hasta el año 2012 la duración promedio de la lactancia materna fue de 10 meses, con una considerable reducción de este tipo de alimentación en el medio rural: de 36,9% a

18,5% (15). La tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) mostró un descenso constante que entre el 2011 y el 2014 fue de 35,0%; en el 2015 esta tasa fue de 12,5 defunciones por 1 000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad en menores de 5 años presentó una disminución desde el 2010 (17,2 defunciones por 1 000 nacidos vivos) al 2014 (15,1 defunciones por 1 000 nacidos vivos), cifra que se mantuvo en el 2015 (Presidencia de la República).

En general, 5,1% de la población padece algún deterioro de sus funciones que le causa discapacidad. Esto se debe fundamentalmente a alguna enfermedad (39,4%), la edad avanzada (23,0%) y a causas congénitas (16,0%). En el 2014, se comprobó que 54,1% de las personas con deterioro de sus funciones vivía en situación de pobreza, lo que conducía, a su vez, al rezago educativo que presentaba 51,1% de ellas; esta proporción es mayor que la de las personas que no tenían ninguna limitación física y que también presentaban retraso en la educación (16,4%) (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2015).

En la población indígena, la mortalidad por ENT fue casi el doble (16,0%) de la tasa nacional y el índice de mortalidad infantil fue de 62,8%. En el 2015, de los 6 270 934 afiliados a los servicios de salud, 85,6% correspondía al SPSS, 9,7% al IMSS y 2,9% al ISSSTE y 1,9 a alguna institución de salud. Las carencias con respecto al acceso a la salud en los estados con mayor concentración de población indígena estuvieron siempre por encima de 36%; entre ellos sobresale Puebla con una carencia de 41,8% (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2015).

La mitad de las defunciones en niños menores de 1 año se debieron a afecciones en el período perinatal, y 25% fue por malformaciones y anomalías cromosómicas. La tercera causa de muerte estuvo constituida por gripe y neumonía (9%) (Organización Panamericana de la Salud, 2016). Las malformaciones y las anomalías cromosómicas representaron la primera causa de muerte en niños menores de 5 años, seguidas por la gripe y la neumonía (17,0% de las muertes) y los accidentes de transporte terrestre (13,1%) (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

En los escolares (5 a 9 años de edad), los tumores malignos del tejido linfático fueron la primera causa de muerte y representaron 10,0% del total de los decesos; como segunda causa, a los accidentes de transporte terrestre les correspondió 29,9%, y a las malformaciones y anomalías cromosómicas, 16,0% (Organización Panamericana de la Salud, 2016). En los adolescentes de sexo masculino (de 10 a 19 años de edad), la primera causa de muerte la constituyeron los accidentes de transporte terrestre (16,9%), y para las mujeres los suicidios con 9,3%. La tercera causa de muerte mostró una variación por sexos: para los hombres fueron los suicidios (8,5%) y para las mujeres, los homicidios (8,0%) (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

La diabetes mellitus fue la primera causa de muerte en los adultos (mayores de 35 años), con 15,0% de las defunciones; en el grupo de 75 años o más esta fue la segunda causa de muerte. En el grupo de 20 a 44 años de edad, los homicidios representaron la primera causa de muerte, con un riesgo de morir por encima de 4 muertes por 100 000 habitantes (**Tabla 1**) (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

Tabla 1. Mortalidad proporcional por grupos de causas, según la CIE-10 México, 2014.

No.	Grupo de causas	Defunciones	%
1	Enfermedades del sistema circulatorio	154,347	25,1
2	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	107,300	17,4
3	Tumores	81,268	13,2
4	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	62,107	10,1
5	Enfermedades del sistema digestivo	57,754	9,4
6	Enfermedades del sistema respiratorio	54,452	8,8
7	Enfermedades del sistema genitourinario	20,653	3,4
8	Enfermedades infecciosas y parasitarias	16,413	2,7
9	Enfermedades originadas en el período perinatal	12,927	2,1
10	Enfermedades del sistema nervioso	10,570	1,7
11	Otras causas	37,678	6,1
Total		615,469	100,0

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, basado en datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. División de Población, Revisión 2015. Nueva York; 2015.

En relación con las enfermedades transmitidas por vectores, se notificaron 364014 casos de dengue entre el 2010 y el 2015, con una letalidad registrada de 0,52% en el último año. Los estados de Veracruz, Guerrero y Chiapas (por orden de prevalencia) concentraron 49,0% de los casos. En la semana epidemiológica 39 del 2016, se registraron 514 casos confirmados de chikunguña, la mayoría de ellos en Veracruz (147 casos), Tamaulipas (77 casos) y Baja California Sur (57 casos) (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

En la semana epidemiológica 39 del 2016 se informaron 4306 casos confirmados de zika, de los cuales 2087 eran mujeres embarazadas. Los estados con mayor presencia de casos fueron Veracruz (1110 casos), Guerrero (748 casos) y Chiapas (609 casos). Se confirmaron 5 casos complicados con el síndrome de Guillain-Barré asociados con el virus del Zika en cuatro estados: Tabasco (2), Chiapas (1), Guerrero (1) y Quintana Roo (1) (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

La causa de todos los casos de malaria desde el 2011 ha sido Plasmodium vivax. Ese año se registraron 1 106 casos; sin embargo, para la semana epidemiológica 37 del 2016 se notificaron 397 casos, de los cuales 86,0% correspondía a los estados de Chiapas y Campeche (OPS, 2014). En el 2013 se informaron 184 casos de cólera: 160 (86,9%) eran de Hidalgo, 11 (20,2%) de Veracruz, 9 (16,5%) del Estado de México, 2 (3,6%) de la Ciudad de México y 2 (3,6%) de San Luis Potosí. En la semana epidemiológica 37 del 2016 se notificó un caso aislado de cólera en una menor de 19 meses en Nayarit por hallazgo hospitalario (Secretaría de Salud, 2019).

En cuanto a las enfermedades desatendidas, en el 2011 se notificaron 525 casos de lepra, con una tasa de incidencia de 0,193 por 100 000 habitantes. En el 2013 hubo un descenso, con una prevalencia de 453 casos y una incidencia de 0,149 por 100000 habitantes y del 2014 al 2015 la tasa de incidencia disminuyó 17,2% (de 0,174 a 0,144 por 100000 habitantes). En el año 2015, Oaxaca registró 57,1% de los casos nuevos del país (27 casos) en 9 municipios; Sinaloa 4,0% (7 casos nuevos) en 1 municipio; y Nuevo León otros 7 casos nuevos (4,0%) en 5 municipios (OPS, 2014).

El número de casos diagnosticados de la enfermedad de Chagas entre el 2010 y el 2015 se incrementó (de 528 a 980 casos, respectivamente) debido a la estrategia de vigilancia epidemiológica en los bancos de sangre (OPS/OMS, 2014). En el 2010 se presentaron 538 casos de leishmaniasis. La cifra recogida en el informe del año 2013 fue una de las más elevadas con 970 casos, pero en el 2015 se redujo a 447 casos (OPS, 2014). Del 2010 al 2011 se presentaron 6 casos de rabia humana transmitida por murciélagos hematófagos: 2 en Nayarit, 2 en Michoacán, 1 en Guerrero y 1 en Veracruz; además, se añadió un caso por agresión de zorrillo en el estado de Chihuahua. En el 2012 se notificó un caso en Nayarit y el último caso que se informó ocurrió en septiembre del 2016 en Guerrero, debido a la mordedura de un murciélago hematófago (OPS, 2014).

En el 2010 se registró una tasa de mortalidad debida a la diabetes mellitus de 72,6 por 100 000 habitantes y para el 2015 fue de 81,3 por 100 000 habitantes. Esta enfermedad afectó más a mujeres que a hombres (81,8 y 80,9 por 100 000 habitantes, respectivamente). La tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica en el 2010 fue de 61,9 por 100 000 habitantes, mientras que en el 2015 se incrementó a 72,8 por 100 000 habitantes. La tasa de mortalidad debida a las enfermedades cerebrovasculares entre el 2010 y el 2014 aumentó de 123,3 a 132,2 por 100 000 habitantes. Las neoplasias malignas también experimentaron un incremento en el período comprendido entre el 2010 y el 2014, de 61,4 a 64,3 muertes por 100 000 habitantes. La distribución por sexos mostró una diferencia entre hombres (67,3) y mujeres (62,8); en el año 2014, el cáncer de mamá registró 10,5 muertes, el de próstata 13,4 y el de pulmón 6,5, todas las cifras por 100 000 habitantes (Secretaría de Salud, 2019).

En el 2014, se confirmaron 15 885 defunciones (13,3 muertes por 100 000 habitantes), una pequeña reducción de 0,9% con respecto a lo informado en el 2013. Entre el 2010 y el 2015 los accidentes disminuyeron en 7,6%; a los peatones correspondió el mayor porcentaje de muertes (51,7%) por atropellamiento (Secretaría de Salud/STCONAPRA, 2016).

5.4.3 Situación de salud general en México

La Secretaría de Salud es la entidad responsable de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salud pública, a través del Consejo de Salubridad General, que también comprende las Secretarías de Educación y Hacienda. El Consejo Nacional de Salud se encarga de la coordinación con los estados federativos. Existe una discusión acerca del alcance de la cobertura universal en México, con algunos argumentos que sugieren que el país prácticamente tiene cobertura universal mientras que otros defienden el punto de vista de que todavía esa meta no fue alcanzada (Guanais, Regalia, Pérez y Anaya, 2018). En México la inversión en salud es insuficiente para atender los retos que plantean las transiciones demográfica y epidemiológica. El país destina 5.8% del producto interno bruto (PIB) a la salud, en contraste con países como Chile, Colombia y Uruguay que, con un nivel de desarrollo similar al de México, dedican 7.2, 9.6 y 10.9% del PIB a la salud, respectivamente. El promedio latinoamericano es de 6.9%.

México desde el 2001 ingreso a un sistema de salud marcado por su incapacidad para ofrecer protección financiera en salud a más de la mitad de su población a pesar de haber llegado a una esperanza de vida de 75 años similar a la de países desarrollados. Esto es resultado y causa de las desigualdades sociales que han caracterizado el proceso de desarrollo en México. Varias limitaciones estructurales han dificultado el funcionamiento y limitado el avance de su sistema de salud. Consciente de que la falta de protección financiera era su principal debilidad, México ha emprendido una reforma estructural para mejorar el desempeño del sistema de salud mediante el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual ha introducido nuevas reglas de financiamiento e incentivos. La principal innovación de la reforma ha sido el Seguro Popular de Salud, el componente de aseguramiento del SPSS dirigido al financiamiento de la atención médica para todas aquellas familias, en su mayoría pobres, que históricamente habían sido excluidas de la seguridad social. La reforma ha permitido un incremento significativo en la inversión pública en salud, al tiempo que realinea los incentivos para garantizar una atención de mayor calidad técnica e interpersonal (Gómez, 2011).

El financiamiento del SPSS proviene de tres fuentes: el gobierno federal, los gobiernos estatales y las familias. La cuota social federal es de 15% de un salario mínimo por familia afiliada al sistema y la aportación solidaria federal es 1.5 veces la cuota social. A su vez, la cuota solidaria estatal es la mitad de la cuota social federal. Este seguro fue proyectado para cubrir a todos los mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional en un lapso de siete años y cubre 294 intervenciones divididas en 1807 diagnósticos, 618 procedimientos, 633 medicamentos y 37 insumos específicos localizados en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) (Gómez Dantés, Sesma, & Becerril, 2011).

En México el acceso a los servicios de salud, a diferencia de lo que ocurre en los países desarrollados, es un determinante social básico de la salud, no intermedio. Ello porque, a diferencia de los países europeos, en nuestro país aún no hemos alcanzado la cobertura universal de los servicios de salud. En México existe una marcada desigualdad en el acceso, pero no solo eso, sino grandes desigualdades en el tipo de servicios cubiertos y en la calidad de los servicios de salud de los que dispone la población. Aún más, en la seguridad social se conoce claramente que para lograr la cobertura no es suficiente con financiamiento para la operación, es necesario

construir la infraestructura (edificios, equipos tecnológicos y personal) necesaria en los diferentes niveles de atención para garantizar la entrega de servicios (Durán Arenas, Salinas Escudero, Granados García, & Martínez Valverde, 2012).

La demanda de servicios de salud de la población mexicana se concentra en la atención primaria, pero el diseño del propio sistema de salud concentra la oferta de servicios en la atención hospitalaria, en particular de tercer nivel. Existe, así, una disonancia entre las necesidades de la población y el diseño vigente de los servicios de salud. En este sentido, se plantea la discusión de la diferencia entre afiliación y cobertura de servicios (Duran Arenas, Salinas Escudero, Grandos García, & Martínez Valverde, 2012).

México no ha incluido directamente la APS en su sistema de salud. Actualmente se ha ampliado la cobertura de aseguramiento con garantías de financiamiento, pero no ha modificado la segmentación sistema (Giraldo, 2013). La identificación de prioridades en intervenciones de salud es una oportunidad para México de equilibrar la presión y la complejidad de una potencial transición epidemiológica avanzada, con políticas basadas en evidencias generadas por la inquietud de cómo optimizar el uso de los recursos escasos para mejorar la salud de la población (González, 2007).

Las reformas recientes han generado avances importantes, pero todavía persisten diversos retos. En primer lugar, se requieren recursos públicos adicionales cuya disponibilidad dependerá básicamente de una reforma fiscal tanto para seguir reemplazando el gasto de bolsillo como para satisfacer la costosa demanda asociada con la transición epidemiológica, especialmente de intervenciones hospitalarias de alta complejidad. Esto último es particularmente cierto para la población afiliada al SPS, que cubre un número todavía reducido de intervenciones de alto costo. También será necesario seguir mejorando la distribución de los recursos públicos entre poblaciones y estados, y garantizar un mayor compromiso presupuestal por parte de las autoridades locales (Gómez Dantés, Sesma, & Becerril, 2011).

Otro desafío en materia financiera será alcanzar el equilibrio correcto entre las inversiones adicionales en promoción de la salud y prevención de enfermedades, por un lado, y los servicios curativos, por el otro. Es necesario asimismo aumentar la orientación al cliente y la capacidad de respuesta del sistema de salud sobre todo considerando las crecientes expectativas, tanto de pacientes como de prestadores de servicios, generadas por el proceso de democratización del país y por la reforma misma. Finalmente, es urgente fortalecer la oferta de servicios en las zonas más marginadas del país para ampliar el acceso regular a una atención integral de la salud de las poblaciones más pobres, en particular de las comunidades indígenas. En términos más generales, el mayor reto del actual sistema mexicano de salud es buscar alternativas para fortalecer su integración, de tal manera que se garantice un paquete común de beneficios a todas las personas, se reduzcan los altos costos de transacción inherentes a un sistema segmentado y se logre finalmente el ejercicio universal e igualitario del derecho a la protección de la salud. (Gómez Dantés, Sesma, & Becerril, 2011)

5.5 Análisis comparativo de atención primaria en salud de Colombia y México

En la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud, Alma-Ata, llevada a cabo del 6 al 12 de septiembre de 1978 en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (OMS, 2019), se declaró que la salud: Es un derecho humano fundamental y que el logro del más alto grado posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. Asimismo, se declaró que: La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países. Basado en estos conceptos, se definió la atención primaria de la salud como la: asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. 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 (Organización Panamericana de Salud, 2019).

El sistema de salud de Colombia y México se diferencian según su tipo uno es un sistema basado en aseguramiento y el otro por un Sistema Nacional de Salud. Es de resaltar la particular situación de México que en referencia Colombia presenta un porcentaje de inversión menor del PIB y no solo con este país, si no también se relaciona a otros de Latinoamérica. De forma similar Colombia presenta la más alta probabilidad de morir antes de los cinco años de edad, la más alta mortalidad neonatal, en malaria y en tuberculosis, así como la más baja disponibilidad alimentaria para escolares. En compensación, actualmente tiene una de las mayores expectativas de vida al nacer. Aunque el uso de los servicios es intermedio en la región, tiene el precio más alto de medicamentos, pero de todos modos su gasto de bolsillo en salud es promedio. Eso no impide que a su vez tenga la mayor probabilidad de que sus hogares incurran en empobrecimiento debido al riesgo de ser afectados por problemas catastróficos, aunque el financiamiento de la salud sea predominantemente público (Castro, 2012).

En cuanto a la trayectoria en atención en salud es de la atención primaria en salud, México presenta un menor avance en relación con Colombia la cual tiene la norma más desarrollada. De acuerdo anterior cabe resaltar que México toma ventaja desde el punto de vista práctico. Se podría decir que, en México, si bien no se tiene un bagaje de consideración en atención primaria en salud, sí se logran apreciar mayor impacto de actividades relacionadas como las mencionadas unidades móviles de salud que (UMS), en comparación con Colombia, se realizan con mayor frecuencia.

Aun así, a pesar de diferenciar o comparar modelos de sistema de salud de los dos países mediante precisiones basadas en sus características propias, ello no permite hacer conclusiones o atribuciones definitivas sobre sus resultados, logros, retos o proyecciones. Tampoco hay una orientación basada en pruebas acerca de los niveles deseables de desempeño de los sistemas de salud en las dimensiones de acceso, capacidad de resolución, integración y coordinación de

servicios de atención primaria en salud dentro de una perspectiva de red integrada de servicios. En este contexto, una comparación con los resultados observados en países de altos ingresos y con sistemas de salud más consolidados puede resultar útil para el diseño e implementación de estrategias de fortalecimiento de la atención primaria en salud por parte de los gobiernos nacionales. Además, desde la perspectiva de formulación de políticas públicas, es importante examinar hasta qué punto la experiencia de los pacientes en la atención primaria en salud es predictiva de la evaluación ciudadana sobre los sistemas nacionales de salud y de la calidad percibida de la atención recibida (Guanais, Regalia, Pérez y Anaya, 2018).

6 CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Entre las diferencias entre los sistemas de Atención Primaria Colombia y México se encuentra que en Colombia según la Ley 1438 de 2011, la Atención Primaria en Salud (APS) es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (MinSalud, 2019).

La APS en Colombia: es una estrategia que contempla tres componentes integrados e interdependientes: la acción intersectorial / transectorial por la salud, la participación social, comunitaria y ciudadana, y los servicios de salud. Se ajusta al contexto político, económico y social del país. Está centrada en los individuos, las familias y las comunidades. Se encuentra orientada a establecer condiciones de materialización del goce efectivo del derecho a la salud y la reducción de inequidades, mediante la atención integral a la salud desde una perspectiva de determinantes sociales y económicos. No es solo una provisión sectorial de servicios de salud, sino la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable. Hace énfasis en promoción de la salud

En México es una estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población. La APS fue definida como: “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (Gómez Dantés, Sesma, & Becerril, 2011).

La APS en México: la APS no es atención de segunda clase destinada a comunidades vulnerables socioeconómicamente, sino que es una estrategia dirigida a todos los sectores sociales sin distinción. Se destacan como elementos esenciales de la APS: el suministro de alimentos y nutrición adecuada, agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil, la planificación familiar, inmunizaciones, la prevención y lucha contra las

enfermedades endémicas locales, el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes. Refiere la estrategia como líneas de acción para su implementación las siguientes: reorientación del personal de salud hacia la APS, participación de la comunidad, coordinación intersectorial e interinstitucional, centralización normativa y descentralización ejecutiva, enfoque de riesgo, coordinación docente asistencial y cooperación internacional. Las líneas de acción para su implementación son: reorientación del personal de salud hacia la APS, participación de la comunidad, coordinación intersectorial e interinstitucional, centralización normativa y descentralización ejecutiva, enfoque de riesgo, coordinación docente asistencial y cooperación internacional. No se ha logrado la implementación formal de estrategias como la atención primaria en salud. Limitaciones estructurales han dificultado el funcionamiento y limitado el avance de su sistema de salud. México no ha implementado explícitamente la estrategia de atención primaria en salud en su sistema de salud.

El análisis comparativo entre los países de Colombia y México y sus respectivos sistemas de salud con grado de inclusión en lo que respecta a la atención primaria en salud, presenta limitaciones basado en las diferentes percepciones en lo que respecta al sistema de salud y la necesidad de su atención. La atención primaria en salud necesita la adopción de estrategias de cambio y mejoramiento de los sistemas de salud, depende en mayor medida de elementos comprendidos en el contexto sociocultural del país, intereses particulares de los distintos actores del sistema entre ellos uno de los más importante como lo es el modo de gobernanza y no netamente se trata de la aplicación sistemática de programas y políticas que permitan implementarlas. Dicho lo anterior se concluye que es complicado realizar comparaciones a partir de las cuales se pueda extraer afirmaciones absolutas en cuanto a cuál país presenta el mejor sistema de salud y a pesar que estos cuentan características y necesidades sociales fundamentalmente diferentes, las barreras que existen para la óptima implementación de la atención primaria en salud como estrategia de mejoramiento de sus respectivos sistemas de salud tienen algunos aspectos en común, como lo son las brechas organizacionales que se reflejan en sistemas de salud fragmentados y la falta de promoción de la atención primaria en salud como estrategia integral para mejorar estos sistemas.

En relación a Colombia este debe abordar estrategias para mejorar las actitudes del profesional hacia la atención primaria, en especial con programas que han generado impacto en promoción de salud y educación en salud, debe generar cambios en la cultura organizacional, incentivos emocionales y retroalimentación de procesos en atención primaria. Algunas de las recomendaciones que podrían tener en cuenta desde los servicios para un mejoramiento APS son favorecer la cobertura universal y la atención integrada e integral de APS en el territorio con un verdadero énfasis en la promoción y prevención, posibilitar políticas y programas pro equidad con el fin de generar conocimiento y masa crítica en la identificación de inequidades y, de otro lado, disminuir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud y asegurarse de que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto, garantizar la flexibilidad en la división del trabajo, especificidad de trabajos especializados y autonomía técnica de carácter independiente, incentivar la accesibilidad a través de TIC posibles para el usuario como elemento clave para incrementar el poder resolutivo de la APS en cualquiera de

sus niveles de atención, posicionar la política de incentivos económicos en atención primaria derivada de la gestión y evaluación de resultados en salud, incrementar la capacidad de gestión y ambientes de decisión en toda la red de prestación de servicios, generar mecanismos de evaluación, auditoría centrada en resultados y problemas de la comunidad que están adscritos a la red de prestación, plantear contratos de compra de servicios y de su evaluación en atención primaria de forma integrada para la mejora de oferta y el proceso asistencial en atención primaria, invertir recursos para sistemas de información con un conjunto de datos mínimos de atención primaria y evitar duplicidad de esfuerzos para toma de decisiones desde los gestores y administradores, fortalecer la capacidad de liderazgo y de decisión desde los centros de atención de salud del personal directivo, fomentar e invertir en capacitación continua y continuada para el trabajo en equipo y gestión, resolución y evaluación en atención primaria en salud, transformar el enfoque de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad tanto en EPS de los regímenes contributivo y subsidiado y las empresas de medicina prepagada y las administradoras de riesgos laborales y por ultimo generar una transformación de fondo en la estructura financiera del sistema de salud en Colombia para apalancar procesos misionales, administrativos, de gestión e inversión en talento humano, tecnología y ruptura de barreras en la oferta, acceso y calidad preferencialmente.

Respecto México el sistema de salud debe buscar favorecer la equidad sanitaria y la justicia social, dando como resultado el acceso universal a los servicios de salud y teniendo a la protección social como prioridad; sin importar género, raza y nivel socioeconómico. Es necesario reformar el sector para contrarrestar las dificultades de la calidad en la atención, aumentar el presupuesto público, revisar los medicamentos incluidos en los cuadros básicos, agregar productos prioritarios y acortar el tiempo desde que un nuevo medicamento es autorizado hasta que llega a los hospitales. Para finalizar amañera general cabe decir que México debe mejorar la calidad de los servicios, en el cual se debe trabajar para lograr el acceso efectivo de los servicios de salud con calidad avanzando en la construcción de un sistema nacional de salud universal, hacer acciones de protección, promoción y prevención, mejorar la atención de la salud de la población en situación vulnerable, garantizar el acceso efectivo a servicios de calidad y promover la participación internacional.

BIBLIOGRAFÍA

(2014). *Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria*.

Giedion, U., & Uribe, M. (2009). Colombia's universal health insurance system. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19414898>.

Secretaría de Salud/STCONAPRA. (2016). *Informe sobre la situación de la seguridad vial*. Ciudad de México.

Ariza MarqueZ, N., Donado Martinez, A., & Tatis Rodriguez, M. (2017). Evaluacion De La Información Registrada En La Herramienta Migradatos-Aps Según Lo Establecido Por Minsalud Para Caracterizar A La Población Municipio Soledad–Atlántico. Barranquilla.

- Calderón , C., Botero, J., & Martínez, R. (2011). The Colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems.
- Clavijo Padilla, J., & Quesada Parra, A. (2012). Análisis De La Atención Primaria En Salud (Aps) Dentro De La Políticas Sanitarias En Colombia. *Acta Odontológica Colombiana*(2(2)), 139-146. Obtenido de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/35546>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2017). América Latina y El Caribe. Santiago de Chile, Chile. Obtenido de www.cepal.org/publicaciones/xml/0/32650/OD-3-Demographic.pdf.
- CONEVAL. (2017). *Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social*. Obtenido de <http://www.coneval.org.mx/>
- Congreso de la Republica. (2003). *Ley 100 de 1993. Ley de la Seguridad Social Integral*.
- Cuenta de Alto Costo. (2015). *Situación de la enfermedad renal crónica, hipertensión arterial y diabetes mellitus en Colombia 2015*. Bogotá. Obtenido de https://cuentadealtocosto.org/site/images/Situaci%C3%B3n_de_la_Enfermedad_Renal_Cr%C3%B3nica_en_Colombia_2015.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (2013). *Encuesta nacional de calidad de vida 2013*. Bogotá. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-2013>
- Departamento Nacional de Planeación. (2018). *Plan Nacional de Desarrollo 2014–2018: todos por un nuevo país*. Bogotá. Obtenido de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/PND%202014-2018%20Tomo%201%20internet.pdf>
- Durán Arenas, L., Salinas Escudero, G., Granados García, V., & Martínez Valverde, S. (2012). La demanda de servicios de salud de la población La demanda de servicios de salud de la población. Ciudad de México.
- Duran Arenas, L., Salinas Escudero, G., Grandos García, V., & Martínez Valverde, S. (2012). La transformación del sistema de salud con base en la atención primaria. *Gaceta Médica de México*, 6.
- Gómez Dantés, O., Sesma, S., & Becerril, V. (2011). *Salud Pública de México*. Obtenido de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5043/10023>
- Gómez, S. (2015). *Informe del evento dengue, Colombia, hasta el período epidemiológico XII*. Bogotá. Obtenido de <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiologico/DENGUE%20Periodo%20XII%202015.pdf>

- Guerrero, R., Gallego, A., Becerril, V., & Vásques, J. (2011). Sistema De Salud En Colombia. Salud Pública. Obtenido de [http://www.bioeticachile.cl/html/documentos/Situaciones de catastrofe 2010.PDF#page=71](http://www.bioeticachile.cl/html/documentos/Situaciones%20de%20catastrofe%202010.PDF#page=71).
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2015). *Encuesta Intercensal 2015*. Obtenido de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/accesomicrodatos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/>.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2014). *erramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia*. Bogotá. Obtenido de <http://www.medicinalegal.gov.co/forensis>
- Instituto Nacional de Salud. (2015). *Protocolo de vigilancia en salud publica: Tosferina*. Bogotá. Obtenido de <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Tos%20ferina.pdf>.
- Instituto Nacional de Salud. (2016). *Boletin Epidemiologico Semanal 2016*. Bogotá. Obtenido de <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2016%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2052%20-.pdf>
- Ministerio de Protección Social-República de Colombia. (2019). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
- Ministerio de Salud y de la Protección Social. (2012). Plan decenal de Salud Publica 2012-2021.
- Ministerio de Salud y de la Protección Social. (2016). *Resolución 429 de 2016. Política de Atención Integral en Salud*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Análisis de situación de salud: Colombia*. Bogotá. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Perfil de salud de la población indígena, y medición de desigualdades en salud*. Bogotá. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfi-l-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social; Profamilia . (2016). *Encuesta nacional de demografía y salud 2015*. Bogotá.

- MinSalud. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- MinSalud. (2016). Política De Atención Integral En Salud.
- MinSalud. (2019). *Atención Primaria en Salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Atencion-primaria-en-salud.aspx>
- Moreno Gomez, A. (2016). El nuevo modelo de Atención Integral en Salud –MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema? *Revista médica Risaralda*, 22(2). Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0122-066720160002
- Observatorio de Drogas de Colombia. (2013). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013*. Bogotá. Obtenido de : https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNO_DC.pdf
- Octavio Gómez, D., & Sergio Sesma, M. (2011). Sistema de salud de México. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es&tlng=es.
- OMS. (2019). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 10 de Octubre de 2019, de <https://www.who.int/features/qa/28/es/>
- OPS. (2014). *Datos estadísticos y epidemiológicos de dengue*. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=3274&Itemid=40734&lang=es.
- OPS. (2019). *Informe de país: Colombia*. Obtenido de paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes+de+pais%2Fcolombia&lang=es
- OPS. (2019). *Informe de país: México*. Obtenido de https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_id=137
- OPS/OMS. (2014). *Dengue: datos, mapas y estadísticas*. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=3274&Itemid=40734&lang=en .
- Organización Panamericana de Salud. (2019). Atención Primaria. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=389&Itemid=409&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Indicadores Básicos 2016*. Washington DC.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Reporte anual de los Ministerios de Salud a OPS/UNICEF sobre el desempeño de inmunización para el período de enero–diciembre 2015*. Bogotá.

- Organización Mundial de la Salud. (10 de Octubre de 2019). Obtenido de Sitio Web Mundial Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Presidencia de la República. (s.f.). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescente*. Obtenido de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/ESTRATEGIA_NACIONAL_PARA_LA_PREVENCION_DEL_EMBARAZO_EN_ADOLESCENTES.
- Profamilia. (2016). *Encuesta nacional de demografía y salud 2010*. Bogotá. Obtenido de <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf>
- Salas, D. (2015). *Informe final del evento chikunguña*. Bogotá. Obtenido de <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolgico/Chikungu%C3%B1a%2015.pdf>
- Secretaria de Salud. (2019). *Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE)*. Obtenido de <http://www.cenaprece.salud.gob.mx>.
- Vargas, N., Castro, H., Rodríguez, F., Téllez, D., & Salazar, R. (2012). Colombian Health System on its Way to Improve Allocation Efficiency - Transition from a Health Sector Reform to the Settlement of an HTA Agency. Obtenido de <http://www.ispor.org/ValueInHealth/ShowValueInHealth.aspx?issue=A6CA8C55-657C-4C15-86D3-4E52AB5FE0E3>.
- Vega Romero, R., & Acosta Ramirez, N. (2014). Mapeo y analisis de los modelos de Atención Primaria en salud en los paises de America del Sur. Mapeo de la APS en Colombia. *UNASUR*.
- Vega, T., & Gomez, S. (2015). *Informe del evento leishmaniasis, hasta el período epidemiológico IX*. Bogotá. Obtenido de <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolgico/LEISHMANIASIS%20Periodo%20IX%202015.pdf>
- Vegas, T. (2015). *Informe final del evento enfermedad de chagas*. Bogotá. Obtenido de <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolgico/Chagas%202015.pdf>