

## CAPÍTULO 2

# LA ESTRATEGIA APS EN COLOMBIA



Autores: .....

Myriam Leonor Torres Pérez

Leonardo Yunda Perlaza

Julieth Nataly Lesmes Correa

Claudia Marcela Sabogal Fajardo

.....

La Atención Primaria de Salud (APS) tiene un recorrido representativo en Colombia. Desde Alma Ata (1978), el país afianzó su sistema de salud tratando de robustecer sus políticas públicas en salud, el presupuesto y los recursos humanos en los territorios. Desde los años sesenta varios municipios de Colombia ya contaban con experiencias enfocadas al desarrollo social y ya se tenía conocimiento que esta orientación sobrepasaba el sector salud, identificando la necesidad del trabajo intersectorial (Tejada, 2018).

No fue una tarea sencilla en los años ochenta, empezar estos procesos de articulación entre lo clínico, político, social y económico. A este aspecto, algunas personalidades del país, académicos, científicos y personas interesadas pudieron reconocer la importancia de indagar de manera directa, es decir, a través del contacto presencial con la población, las situaciones sociales y de salud del individuo, familia y comunidad. Esto se empezó a reforzar a pesar de las diferencias ideológicas y de partidos políticos para dar sustento al sistema de salud de la época (Restrepo, 2016).

El devenir histórico para establecer la APS en Colombia, inicia aproximadamente en el año 1989. Luego con la Ley 10 de 1990 se refuerza la multifactorialidad, la descentralización y sus determinantes, instaurando dispositivos de participación social y comunitaria en los procesos de gestión de la salud (Congreso de la República de Colombia, 1990). Ya en el año 1991 con la Constitución Política de Colombia, se da el proceso de elección de alcaldes y se refuerza la descentralización por servicios. En 1993, se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), reforzando la descentralización en competencias y recursos (Congreso de la República de Colombia, 1993), y focalizando su accionar en el Plan Obligatorio de Salud Contributivo (POSC) y subsidiado (POSS). Por tanto, se le asignó a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la responsabilidad del aseguramiento, la gestión del riesgo y el suministro de servicios.

Posteriormente, en los años noventa, la APS era mencionada en las grandes ciudades del país, con acontecimientos del sector privado por ejemplo la Fundación para la Educación Superior FES, la Declaración de Bogotá, el Seminario “Atención Primaria y Promoción de la Salud”, eventos que ayudaban a la promoción de salud y de donde se obtuvo la configuración de la Red Nacional de Atención Primaria en Salud. Seguidamente en 1992 se da la Conferencia de Promoción de Salud y Equidad de Bogotá y posteriormente se afrontan unos años de quietud y silencio en el tema.

Es hasta el año 2000 en donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y algunos países de la región retoman la estrategia de la APS como núcleo de los sistemas de

salud. En el 2008 se crea el documento “La APS hoy más necesaria que nunca”, invitando a promover esta práctica de manera inmediata. En el año 2007 con el Plan de Atención Básica (PAB), el Plan Nacional de Salud Pública y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), se convoca y fortalece en Colombia el enfoque de determinantes sociales en la salud y el acceso a los servicios (Apráez, 2010). Resulta relevante traer a colación el hecho que Abad (1949) apoyó para zonas rurales y dispersas el establecimiento del servicio social obligatorio de cumplimiento para profesionales de salud, este un hito que antecede a la APS como se concibe hoy en día.

Al respecto, en una publicación desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con la OPS (2012), se menciona que la APS en el país desde los años ochenta, seguía siendo selectiva, es decir, no incluía a las poblaciones vulnerables. Adicionalmente, en los análisis faltaba añadir el régimen contributivo y fortalecer las Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS) y los sistemas de información para la toma de decisiones. Hacía falta también fortalecer la gobernanza y no existía claridad sobre el concepto de APS o se confundían los alcances de la salud familiar y comunitaria con participación social. Finalmente, existían falencias en la medición de la calidad, insuficientes recursos financieros y muy pocos recursos humanos calificados con presencia en todo el territorio nacional.

Con todas estas premisas, pareciera que el panorama estaba constituido solo por retos y debilidades; sin embargo, no solo se presentaron aspectos negativos, también se pueden identificar aspectos positivos, eficaces y oportunidades de mejora; dentro de estos aspectos se pueden citar los siguientes: aumento en el interés por fortalecer el marco normativo de la APS a través de leyes pertinentes (Ley 1438 de 2011, en ella se encuentra lo siguiente: “la estrategia de APS constituida por tres componentes integrados e interdependientes: acción intersectorial/transectorial para la salud, participación social comunitaria y ciudadana, y servicios de salud”), creación de sistemas de información e interés demostrado en el procesamiento de datos y por último el aumento incipiente de la resolutivez a través de la incorporación de la Telesalud en Colombia.

En este punto, es relevante revisar la Ley 1438 de 2011, ya que en ella la APS se concibe como el centro de la atención integral, buscando mejores resultados en salud, con equidad, solidaridad y eficiencia (Apráez, 2010). Los principios que rigen la estrategia son universalidad, interculturalidad, igualdad, participación social, enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, eficiencia, calidad, sostenibilidad, transparencia, progresividad e irreversibilidad (Congreso de la República de Colombia, 2011).

Ciertamente, los análisis de la época indicaban que eran necesarias profundas transformaciones, relacionadas con la cualificación del talento humano en salud, en lo relativo a la adquisición de competencias necesarias para el refuerzo de la APS. También se evidenciaba la deuda en el fortalecimiento de los modelos de gestión y de atención. Dentro de esta última necesidad, se determinaron los alcances de los consejos territoriales de seguridad social en salud, que tendrían la responsabilidad de aprobar las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

Conjuntamente, las direcciones territoriales, tendrían el compromiso de liderar los sistemas integrados de información, priorizando los eventos de interés tales como salud mental y atención a víctimas de la violencia; materno perinatal, oncología, rehabilitación funcional, urgencias, bancos de sangre y hemoderivados; bancos de leche materna, donación y trasplantes de órganos y tejidos, así como el mejoramiento de determinantes en salud. Por su parte, las alcaldías, serían las responsables de los pagos a IPS en temas de APS y las entidades responsables del pago participarían en la organización de redes integradas de servicios; el sector académico tendría la responsabilidad de ser veedor de las acciones de mejora continua, así como del aumento en el número de recursos humanos formados de acuerdo con las necesidades de los componentes de la estrategia APS (Irigoin y Vargas, 2002).

Según estos preceptos, la APS se muestra como una estrategia que de implementarse de manera eficaz tendría más que justificada su efectividad, sobre todo en la atención integral a la salud de las poblaciones, esto a través del aumento del acceso a servicios de salud con calidad y equidad. El proceso de salud y enfermedad en esta estrategia se aborda desde los determinantes sociales, lo que implica no solo una provisión sectorial de servicios de salud, sino una afectación de las causas últimas a través de “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” (Congreso de la República de Colombia, 2011).

En este sentido, según la Ley 1438 (2011), la APS está constituida por “tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/ transectorial en salud y la participación social, comunitaria y ciudadana”. Adicionalmente, la organización operativa de la APS en Colombia se sustenta en:

- Universalidad de las acciones en salud pública y otras prestaciones (individuales y colectivas).
- Integralidad, integración, accesibilidad y continuidad.

- *Énfasis en promoción y prevención.*
- Los sujetos y colectivos como el centro de actuación en salud, sustentada en el reconocimiento y protección de los diferenciales sociales.
- Garantía de la calidad.
- Modos de atención y de gestión pertinente, efectiva, incluyente, sostenible y aceptable.<sup>1</sup>
- La intersectorialidad.<sup>2</sup>

Con estas bases conceptuales los resultados en salud “se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país”, y se articulan con los fines de la APS, ya que su “objetivo último es obtener resultados sostenibles de salud para todos” (Organización de Naciones Unidas [ONU], 2018).

Partiendo de lo anterior, la APS, encuentra relación entre los resultados en salud y las prioridades en salud pública, estas dos posturas coinciden en la participación social, las redes de atención, la identificación de necesidades en salud desde los determinantes sociales, la intersectorialidad y la integralidad en las acciones.

En este sentido, en la siguiente tabla se presentan algunas relaciones significativas que encuentran coherencia entre la salud pública y la APS:

- 
- 1 “La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud” (Ley 1438 de 2011. Artículo 12).
  - 2 Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que, de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población” (Ley 1438 de 2011. Artículo 3).

**Tabla 1.** *Relación entre la Atención Primaria en Salud y la salud pública*

Marco de incorporación	Relaciones con salud pública	Acciones para la planificación
Concepción de la APS	Universalidad Estrategia de efectividad demostrada Integralidad Acción coordinada del Estado.	Lo que se concibe en la salud pública debe fluir a través de la APS o en armonía con ella. Trabajo intersectorial. Desarrollos técnicos orientados a la integralidad de acciones.
Fines de la APS	Materialización y goce efectivo de derechos con énfasis en salud. Reducción de inequidades. Mejoramiento de la salud de las personas y colectivos. Efectividad y garantía de la calidad.	Organización de sistemas de monitoreo y evaluación en salud pública acordes con APS.
Contenido de la APS	Conjunto de respuestas integrales y efectivas: prácticas / acciones efectivas socialmente aceptables. En lo individual y lo colectivo Promoción - prevención - resolución - rehabilitación - cuidados paliativos.	Políticas públicas. Organización de normas y recomendaciones que sustentan la atención. Planes de beneficios.
Los modos de la APS	Reconocimiento integral de necesidades y demandas. Organización efectiva de respuestas.	Definición, ajuste y consolidación de las condiciones técnicas de la realización de las acciones en salud pública. Condiciones de atención y de gestión tanto institucionales como comunitarias. Objetivos y contenido de la atención. Condiciones técnico/ científicas. Prestación de (nodos y redes). Resultados esperados. Perfiles competencias. Condiciones de seguridad y resolutividad (redes integradas). Condiciones de contratación Condiciones de financiamiento/ pago. Incentivos. Sistema de información M&E

Marco de incorporación	Relaciones con salud pública	Acciones para la planificación
Los quiénes de la APS	Se organizan en para quiénes y con quiénes. Las APS comparten con la salud pública la totalidad de sujetos y colectivos con énfasis en los diferenciales, las necesidades, capacidades sociales, prioridades y obligaciones a las que se debe responder. En términos de con quienes la APS debe establecer y operar las condiciones definidas por la salud pública para el desarrollo de sus acciones.	Lineamientos técnicos. Organización de competencias y responsabilidades. Estudios poblacionales, ASIS. Definición de condiciones de los actores de la relación APS /salud pública.

**Nota.** Lineamientos de relación entre la Atención Primaria en Salud y la salud pública. Documento técnico. Ministerio de Salud y Protección Social (2012).

En la actualidad, el país se encuentra en la definición del nuevo plan decenal que regirá entre el 2022 y 2031, esta nueva ruta pretende seguir aportando al logro de una mejor salud para todos, buscando la reducción de desigualdades con enfoque territorial y mejores acciones que desde los determinantes sociales aporten a la gestión integral de la salud tanto a nivel individual como colectivo.

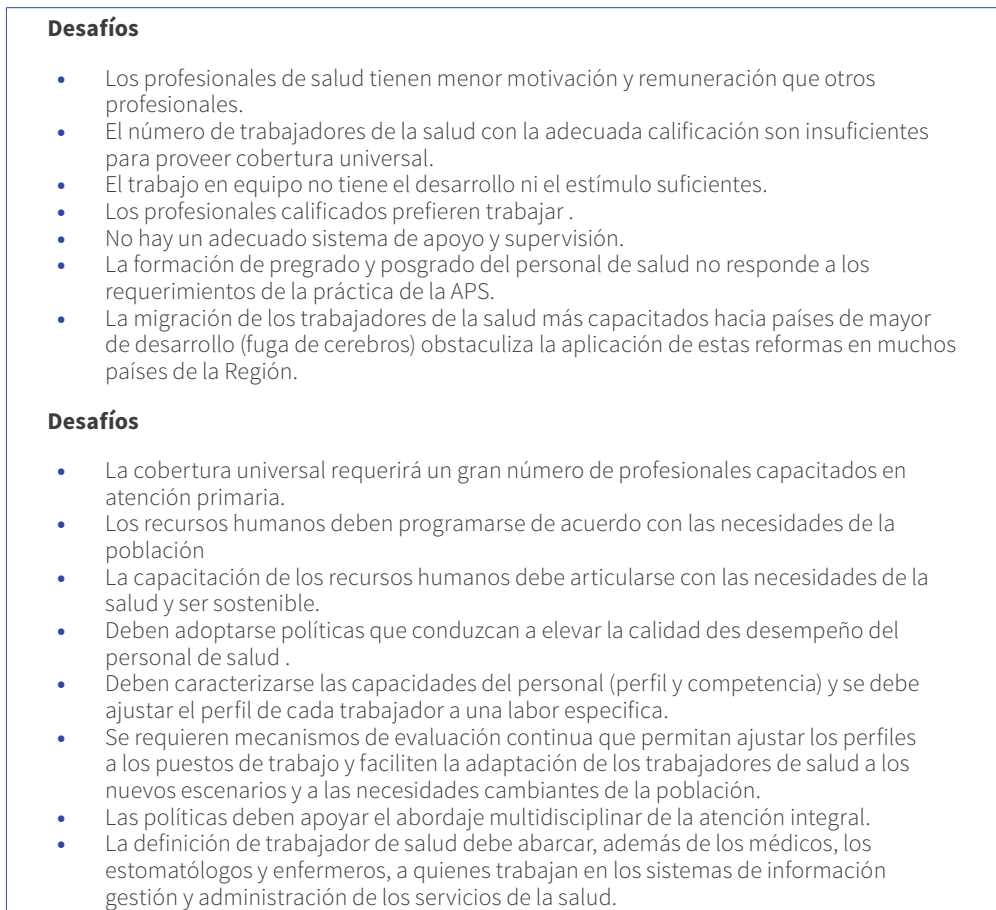
Se plantea, fortalecer el enfoque territorial con planes decenales locales, que articulados al ejercicio nacional de rectoría y gobernanza, permitan anticiparse a eventos catastróficos que se puedan presentar en el futuro, tales como la pandemia por COVID-19 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

De acuerdo con lo anterior, la APS en Colombia continua teniendo una estrecha relación con las funciones esenciales de la salud pública. Los logros del plan decenal que está finalizando (2012-2021), implican reconocer que también la APS se debe fortalecer en las regiones donde no ha sido totalmente implementada. Es importante en las reflexiones derivadas del ejercicio de establecimiento del nuevo plan decenal, aprender de las experiencias y desarrollar una maniobra de desarrollo que articule las funciones y las responsabilidades de toda la sociedad en pro del mejoramiento de los resultados en salud.



Entre los elementos observados como impedimento para la puesta en marcha de la APS se hallan la poca coordinación entre la comunidad y los organismos competentes, la segmentación de los sistemas de salud, la falta de la responsabilidad política, el uso inadecuado de la información, la insuficiente colaboración intersectorial y la insuficiente inversión en recursos humanos (People's Health Movement, 2003). Además, el diseño de un sistema de salud basado en la APS impone grandes desafíos para los sistemas de recursos humanos (Pan American Health Organization, 1998).

**Figura 1.** *Desafíos para la gestión de recursos humanos.*



**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud. Gestión descentralizada de recursos humanos de salud en la reforma sectorial (1996).

La evidencia apunta a que la APS permite el logro de resultados de salud más eficientes y con mejor satisfacción del usuario. En este orden de ideas, en Colombia se hace necesario fortalecer en el modelo del sistema de salud la estrategia de APS, que reconoce las necesidades del individuo, familia y comunidad, buscando la equidad social, la corresponsabilidad entre población, sector público - privado y la solidaridad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

En el marco del SGSSS, es la Ley 1438 de 2011 la que establece las bases para la implementación de la APS en Colombia; sin embargo, la Ley estatutaria 1751 de 2015 que se basa en el derecho fundamental a la salud, también está fundada en principios y elementos esenciales que tienen en común con la APS mejorar la prestación de los servicios con el fin de asegurar una atención acorde a las necesidades de la población. Lo anterior, se logra a través de componentes integrados e interdependientes:

- 1.** Los servicios de salud. En este componente se destaca la organización en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), la política de fortalecimiento de la baja complejidad. Así mismo, la organización e implementación de equipos básicos de salud.
- 2.** La acción intersectorial/transectorial por la salud. Este componente se convirtió en uno de los principios del SGSSS, en la Ley anotada, en la cual se ordena crear la Comisión Intersectorial de Salud pública, "... para hacer seguimiento a las acciones para el manejo de determinantes en salud, la cual informará al CONPES". En este componente es necesario tener en cuenta los documentos CONPES relacionados con la adopción de los compromisos de país para cumplir con los objetivos del milenio y el documento CONPES 3550 de 2008, referido a los "Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química"; así mismo, una serie de Comisiones Intersectoriales, que ya ejecutan acciones con efectos sobre la salud y sus determinantes<sup>3</sup>.

3 Dentro de otras comisiones intersectoriales instituidas en el país, a tener en cuenta para afectar los determinantes de la salud, se distinguen dos grupos: las que tienen directa implicación y que reúne como: 1) La Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia -AIPI-, 2) La Comisión Intersectorial de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias, 3) La Comisión Intersectorial de la Red para la Superación de la Pobreza Extrema UNIDOS, 4) La Comisión Intersectorial para la estrategia de Cero a Siempre, 5) La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN), 6) La Comisión Técnica Intersectorial para la prevención y el control de la contaminación del Aire (CONAIRE); y aquellas comisiones cuya accionar tienen relación más indirecta con dichos determinantes, entre las cuales están: 1) Comisión Intersectorial de Gestión de las Estadísticas Vitales, 2) Comisión Intersectorial de Vivienda de Interés Social Rural, 3) Comisión In-

3. La participación social, comunitaria y ciudadana. Este componente, está fundamentado, además en los principios del SGSSS y debe ser objeto de la formulación de una política específica<sup>4</sup>.

Ahora bien, la APS debe estar en correspondencia con el ordenamiento territorial, por tanto, cobra relevancia su articulación con el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE), dado que es un instrumento de gestión para que mediante ejecuciones sistematizadas de las partes interesadas y bajo el liderazgo de entidades territoriales se puedan identificar las prioridades y acciones para mejorar los determinantes en salud de las poblaciones de cada territorio. Esta coordinación se da a nivel nacional, mediante la integración de las políticas sociales en función de las condiciones de salud de la población y tiene su correspondencia en el nivel territorial. Esto se da en los planes de desarrollo de las entidades territoriales y demás acciones orientadas al desarrollo de los territorios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

---

tersectorial de Servicios Públicos Domiciliarios, 4) Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, 5) Comisión Intersectorial de Bioética, 6) Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación –CONACES, 7) Comisión intersectorial para la prevención del reclutamiento y utilización de niños, niñas, adolescentes y jóvenes por grupos organizados al margen de la Ley, 8) Comisión intersectorial de la banca de oportunidades, 9) Comisión Intersectorial de Integración y Desarrollo Fronterizo (CIIDEF), 10) Comisión Intersectorial Nacional de Patrimonio Mundial y 11) Comisión Nacional de Migraciones.

- 4 Es así como en el título VIII de esta Ley se ordena: Artículo 136°. Política Nacional de participación social. El Ministerio de la Protección Social definirá una política nacional de participación social que tenga como objetivos: 136.1. Fortalecer la capacidad ciudadana para intervenir en el ciclo de las políticas públicas de salud: diseño, ejecución, evaluación y ajuste. 136.2. Promover la cultura de la salud y el autocuidado, modificar los factores de riesgo y estimular los factores protectores de la salud. 136.3. Incentivar la veeduría de recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios. 136.4. Participar activamente en los ejercicios de definición de política. 136.5. Participar activamente en los ejercicios de presupuestación participativa en salud. 136.6. Defender el derecho de la salud de los ciudadanos y detectar temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción del usuario.

# 2.1. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y LOS PLANES DECENALES DE SALUD PÚBLICA 2012-2021 Y 2022-2031

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 fue una apuesta política por la equidad en salud, entendida como la “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas”. Justamente, en el Artículo 6° de la Ley 1438 de 2011, se motiva a la creación de la hoja de ruta del sector salud para el logro de equidad y al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población. El Plan se extendió mediante objetivos, metas y estrategias en torno a ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida y nivel socioeconómico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012)..

Con corte a 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social presentó avance de la ejecución en las metas del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, en el que se observa que el 48.11% (102 metas) se encuentra en un rango de avance "Muy bueno", el 19.34% (41 metas) reporta un avance "Bueno", el 10.85% (23 metas) un avance "En riesgo", el 7.08% (15 metas) reporta un avance crítico y el 14.62% restante, no cuenta con medición (21 metas) o no cuenta con reporte técnico (10 metas). En cuanto a las dimensiones que tienen mayor proporción de avance se encuentra la seguridad alimentaria y nutricional, salud pública y ámbito laboral y vida saludable, y condiciones no transmisibles. Por el contrario, las que tienen menos avance son las dimensiones de gestión diferencial de poblaciones vulnerables y sexualidad, y derechos sexuales y reproductivos.

Es importante resaltar que para el logro de las metas propuestas en la década (2012-2021), la formulación, desarrollo y ejecución del Plan Decenal de Salud Pública, en el marco del sistema general de seguridad social en salud, sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial, el país contó con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la estructuración del plan de beneficios para la prestación de servicios colectivos e individuales a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), los Análisis de Situación de Salud (ASIS) y la reciente adopción del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), entre otros.

Es de precisar que al Ministerio de Salud y Protección Social le corresponde la rectoría en el proceso de construcción del Plan Decenal de Salud Pública, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011; sin embargo, la aplicación y materialización operativa implica un liderazgo territorial de gobernadores y alcaldes, para lograr la integración y el compromiso de todos los sectores y actores en su territorio. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

Es así que para el periodo 2012-2021, El Plan Decenal de Salud Pública se definió como una política pública que incluyó la hoja de ruta que, a partir del consenso social y ciudadano, estableció los objetivos, las metas y las estrategias para afrontar los desafíos en salud pública para los 10 años, orientados a la garantía del derecho fundamental a la salud, el bienestar integral y la calidad de vida de las personas en socioeconómico. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Una vez se ha cumplido el tiempo de ejecución del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 y, de acuerdo a lo definido en la Ley 1438 de 2011, El Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2021, se propuso la formulación y construcción de la política pública por la salud y bienestar de todos los colombianos, concibiendo el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031, como instrumento de planeación de carácter nacional con el que se compromete a los diferentes entes gubernamentales y a todos los actores del sistema de salud, para que en el marco de sus competencias orienten sus intervenciones y ejecuciones, de manera que se dé respuesta efectiva a las necesidades en salud de la población, y así, alcanzar los resultados en salud pública deseados.

El Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031 es una política de Estado a partir del consenso social que se orienta a la garantía de calidad de vida de las personas en Colombia, establece objetivos, metas y estrategias para afrontar los desafíos en salud pública actuales y de los próximos 10 años. Este plan 2022 - 2031, como política,

cuenta con los enfoques en: a) regionalización, b) biocentrismo, c) capítulo de migrantes, d) sostenibilidad financiera, e) trabajo intersectorial, f) sistema de seguimiento y monitoreo, que se separa del sistema de evaluación, g) planeación territorial, h) salud ambiental, i) aprendizajes COVID-19. Dentro de los elementos constitutivos de la política, la visión tiene tres aportes: 1. Énfasis en el fortalecimiento de la garantía del derecho fundamental a la salud. 2. Incorporación de los elementos diferenciales territoriales, étnicos, culturales y de movilización humana. 3. Hace énfasis en la gestión de la salud pública a través de los determinantes sociales y la intersectorialidad. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

La hoja de ruta de la gestión de los determinantes sociales de la salud que define el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031, se consolida en cuatro grandes ordenadores: 1. Protección social, 2. Salud ambiental, 3. Cultura para la vida y salud y, 4. Atención Integral en Salud, que hace énfasis en la necesidad de que la atención integral en salud y su fortalecimiento, garantice la gestión integral del sistema de salud, teniendo a las personas, sus familias y comunidades como centro del modelo de atención.

Es así que el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031, define los siguientes ejes estratégicos: 1. Eje del fortalecimiento del Gobierno, gobernabilidad y gobernanza. 2. Eje de la intersectorialidad. 3. Eje de atención primaria en salud - APS. 4. Eje de gestión integral del riesgo en salud. 5. Eje de la gestión de la información y del conocimiento en salud pública. 6. Eje del Talento Humano. 7. Sostenibilidad de la gestión de la salud pública. Así mismo, los elementos operativos de la política pública que se definieron tres elementos importantes: 1. Fortalecimiento del eje de salud digital y sistemas de información interoperables, mediante la transformación digital. 2. La evaluación de tecnologías en el marco de un ecosistema. 3. Sistema de gestión territorial integral.

Estos antecedentes, sumados al interés del país por la proyección al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en el marco del CONPES 3918 de 2018, invita a que la planeación estratégica se realice con un horizonte de tiempo de diez años. Este plan nuevamente será para una hoja de ruta que oriente intervenciones de acuerdo con las necesidades de la población y en la búsqueda de Los resultados en salud.

## 2.2. LA APS Y EL ENFOQUE DIFERENCIAL EN EL MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LA SALUD DE LAS POBLACIONES VULNERABLES Y EXCLUIDAS (VÍCTIMAS DEL CONFLICTO)

En el PDSP que está finalizando y el que se proyecta para los siguientes diez años, cobran especial relevancia los enfoques de derechos, enfoque diferencial y el de perspectiva de género y ciclo de vida. Con esta premisa, la APS encuentra total pertinencia porque permite fortalecer la gestión del conocimiento y el fomento del uso de la información, la orientación de políticas y estrategias para disminuir desigualdades de las poblaciones con mayor vulnerabilidad (niños, niñas, adolescentes, víctimas del conflicto armado, grupos étnicos, personas en situación de discapacidad y personas mayores) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

La APS permite el acercamiento con estos grupos poblacionales en el país, esto en el cumplimiento de la Ley 1438 de 2011. Con esta estrategia se puede participar

considerablemente en la ejecución de acciones diferenciales en salud pública entre la población víctima del conflicto armado y mejorar las condiciones de vida y salud, y lograr cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables. Es así como el PDSP 2012-2021, en el capítulo de dimensiones transversales planteó varios componentes de la dimensión donde se encuentran las víctimas del conflicto. Y dentro de las estrategias definió:

- a.** Construcción conjunta, consulta, formulación, concertación y aprobación del capítulo específico del PDSP para víctimas del conflicto armado, con insumos nacionales y regionales; incluye metas, estrategias, acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias. Adopción, adaptación y armonización en los Planes de Salud Territorial y Planes Operativos Anual e Institucional.
- b.** Implementación y promoción de la ruta PAPSIVI (Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas). Adecuación de la red de servicios y articulación de la estrategia de formación y desarrollo de capacidades para la salud pública en los territorios.
- c.** Monitoreo, evaluación y seguimiento a lo largo de todo el proceso de implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) en las fases de focalización, caracterización, formulación, evaluación y seguimiento de planes de atención con las víctimas del conflicto armado.
- d.** Implementación, seguimiento y evaluación del Observatorio Nacional de Víctimas y del Observatorio de Violencias (MSPS, Observatorio Nacional de Víctimas de Colombia, 2013), para la identificación de líneas de base, seguimiento y evaluación de las estrategias y políticas dirigidas al bienestar de las víctimas del conflicto armado.
- e.** Promoción de la participación de las víctimas del conflicto en los comités de justicia transicional y en los comités ampliados de justicia transicional; Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM), Comité de Participación Comunitaria (COPACO); veedurías en salud, y en todos los espacios donde las decisiones que se tomen afecten a esta población.
- f.** Investigación permanente de la situación en salud de las personas víctimas del conflicto armado, buscando orientar acciones que mantengan la salud y prevengan la enfermedad y la determinación social asociada para su intervención.
- g.** Fortalecimiento de la institucionalidad para responder equitativamente al goce efectivo de derechos, a las necesidades y demandas de las víctimas.



- h.** Fortalecimiento institucional y preparación específica del talento humano para garantizar la atención en salud con enfoque psicosocial a las víctimas del conflicto armado.
- i.** Inversión en infraestructura y tecnología sanitaria que garantice el acceso a los servicios de salud de las víctimas del conflicto armado.
- j.** Articulación nacional-territorial. Fortalecimiento de la estrategia de articulación nación-territorio, que promueva la eliminación de barreras de acceso y fomente el acceso al Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas en los servicios de salud, ajustado con los insumos aportados por los usuarios y la articulación con otros programas, proyectos y estrategias presentes en los territorios.
- k.** Asistencia humanitaria en casos de emergencia, teniendo en cuenta el hecho victimizante del cual fueron víctimas las personas, familias y comunidades, desde un enfoque psicosocial y diferencial en el marco del conflicto armado.
- l.** Formación de líderes comunitarios y población en general sobre derechos humanos y el Derecho Internacional Humanitario, que faciliten el ejercicio de verificación de la garantía de los derechos y favorezcan el acceso a servicios de salud con calidad a la población.



## 2.3. SOSTENIBILIDAD SOCIAL Y FINANCIERA DE LA APS

Uno de los problemas estructurales del sistema de salud colombiano es la poca resolutivez en la atención, las falencias en la atención integral y la gestión de los determinantes de la salud. Parte de estos inconvenientes se derivan de la falta de orientación de las RISS en cada nivel de la Red, el recurso humano, las tecnologías y la infraestructura. Es importante, robustecer los centros de atención y hospitales de baja complejidad, en instituciones resolutivas y tecnológicamente adaptadas para resolver los problemas que le corresponden a su nivel de manera efectiva (Ibañez y Ribera, 2021).

Según la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales (OAPES) 2021, en el sector salud se tiene una apropiación vigente de \$37,06 billones, de los cuales \$147,32 mil millones (0,4 %), se encuentran en estado de apropiación bloqueada. Del restante de recursos para el mes de agosto de 2021, quedan en apropiación real \$36,91 billones a corte de 31 de agosto de 2021, de los cuales se ha comprometido el 70,61 % de estos recursos y obligado el 67,77 %. La composición de los recursos por fuente de financiamiento de dicho presupuesto para el mes de agosto de 2021 es de recursos de la nación \$36,47 billones y recursos propios \$587,18 mil millones.

Para el cierre del año 2021 faltaba por comprometer el 29,67 %, lo cual conlleva a buscar estrategias para tener una utilización eficaz y eficiente de los recursos asignados al sector. En este punto se debe especificar que el país ha tenido que afrontar la pandemia COVID-19, lo que implica un importante esfuerzo realizado por aumentar mes a mes el nivel de compromisos y obligaciones (Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales [OAPES], 2021).

Así las cosas, la APS permitirá reducir este gasto, mediante la atención de las necesidades de salud en el territorio, pero partiendo de un diagnóstico de los perfiles epidemiológicos pertinentes que optimicen recursos y aumenten la adherencia al sistema y la resolutivez (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En vista de las realidades del sistema de salud: fragmentado, con debilidades en la planificación y actualización de bases de datos; se encuentra que la estrategia APS cobra especial relevancia para armonizar la integralidad, integridad y universalidad con la sostenibilidad financiera y la georreferenciación fija y el concepto de comunidad y familia que son indispensables para el desarrollo de la APS (Rosas et al., 2013).

La fragmentación del sistema hace que el concepto de comunidad y familia se pierda porque varios miembros de una familia o comunidad pueden ser de distintos aseguradores teniendo que apelar a otra fragmentación: la de lo colectivo y lo individual que debería ser ejecutado de manera simultánea y coordinada. Se impone la dictadura del origen del recurso que obliga a duplicar esfuerzos, desarticular estrategias y perder oportunidades para resolver problemas de la comunidad. Siendo esa la realidad del país con la APS se puede fortalecer la mediación de los componentes y promueva la reconstrucción administrativa y financiera del concepto de comunidad, mediante la integración de la información.

La Resolución 3047 de 2008 establece los procedimientos de autorización y cobro entre prestadores y pagadores; en donde es menester recordar que la seguridad social y su componente de prestación de servicios de salud son servicios públicos a cargo del Estado y por tanto su prestación constituye un hecho vinculante para su pago, independientemente de las relaciones contractuales, las cuales quedan en segundo plano (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008).

La estrategia APS es una obligación de todos los actores, el municipio está obligado a aportar recursos de salud pública para acciones colectivas y para la dirección del sistema y la gestión del plan, por ello la contratación que el municipio hace en todo el territorio facilita la atención sin barreras, pudiendo en primera instancia restablecer el derecho al ciudadano.

## 2.4. TENDENCIAS Y FACTORES DE CAMBIO DE LA APS EN COLOMBIA

Partiendo de todo lo expuesto, sobre todo en zonas específicas del país se evidencian necesidades en salud por impactar, falta de resolutiveidad, dificultades de acceso e insatisfacción del usuario. Parte de las situaciones causales de estas realidades, tienen que ver con la debilidad que se encuentra principalmente en el enfoque familiar y comunitario, la falsa creencia que solamente el Estado es responsable de los resultados en salud, la orientación de la academia para la formación del talento humano, ya que sigue siendo centrada en las enfermedades y no en la promoción y prevención. Adicionalmente, se presenta la falta de talento humano en salud en algunas zonas del país, la desarticulación entre los actores y el acceso insuficiente a los servicios de salud en algunas zonas del país.

En esta línea, la tendencia de la APS no puede ser otra que propender por el logro de condiciones de vida digna, inclusivas, con equidad, reconociendo a las personas y los riesgos de salud. Ciertamente, con el fortalecimiento de la humanización de los servicios de salud y la resolución efectiva de sus necesidades; favoreciendo oportunidades de calidad de vida que potencien las capacidades y el desarrollo integral de las comunidades.

Las estrategias mediante las cuales la APS con enfoque resolutivo se hace efectiva son: el desarrollo de la gestión transectorial para afectar positivamente los determinantes sociales; la construcción e implementación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) constituidas por las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); en donde se fortalece el modelo de gestión estructurado a partir del análisis de la realidad de los territorios y sus poblaciones. Esto se construye entre los equipos técnicos, en los escenarios de una unidad de análisis por regiones, las cuales cuentan con participación de todos los sectores y actores de estos territorios,

motivados y convocados por la entidad territorial municipal o departamental según sea el caso; los insumos de estas unidades de análisis permitirán la toma de decisiones informadas, para impactar positivamente en la salud de las poblaciones. Cobra vital importancia para el desarrollo operativo de este modelo, la implementación de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), la concertación con los distintos actores del territorio y la rectoría territorial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Otra tendencia es el autocuidado de la calidad de vida y sus entornos, buscando el bienestar general a través de la Atención Primaria Social, una de las estrategias transversales al Plan Decenal de Salud que se implementa y desarrolla en el departamento de Caldas (Gobernación de Caldas, 2021). Con esta línea de acción se busca eficacia en la prevención de los riesgos individuales, familiares y comunitarios relacionados con los determinantes sociales en salud y realizar intervenciones según riesgos identificados, por un equipo interdisciplinario (OPS, 2021). La visión social permite priorizar comunidades vulnerables, respetando sus particularidades y acercando la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Finalmente, una tendencia indiscutible tiene como escenario principal el cambio del rol del paciente tradicional al del *paciente digital o tecnopaciente*. Este nuevo paradigma se sustenta en una sociedad globalizada en el que el uso de las TIC genera ventajas, acceso, comodidad y oportunidad en la atención. El reto de este vertiginoso cambio, ahora catalizado por la pandemia por COVID-19, se presenta principalmente en personas de mayor edad, que no cuentan con facilidades para el acceso y el uso de herramientas informáticas. Sin embargo, esto no se considera determinante, ya que incluso los mayores con la suficiente orientación y las condiciones que brindan las diversas aplicaciones en términos de amigabilidad, intuitividad e inclusión pueden familiarizarse rápidamente y resultar muy favorecidos.

Así las cosas, el reto para los sistemas de salud tiene que ver con la educación, motivación y uso voluntario de la e-salud. Las instituciones deben fomentar canales de difusión que permitan evidenciar sus múltiples ventajas, la generación de valor, las oportunidades que pueden ser infinitas y que permiten el mejoramiento de los resultados en salud. En este sentido, también se debe aclarar que el paciente digital o tecnopaciente en lo posible debe serlo por convicción, con plena seguridad y gusto, y por tanto, se debe siempre respetar su principio de autonomía para la toma de decisiones sobre la atención que desea recibir.

En conclusión, las aplicaciones digitales sanitarias facilitan acceso, oportunidad e interoperabilidad de los pacientes con los profesionales de la salud y los trámites administrativos, pero deben ser evaluadas desde su diseño y funcionamiento, incluyendo los aspectos legales derivados de su uso. Adicionalmente, existen vacíos que generan oportunidades de desarrollo en términos de normatividad; por ejemplo, en la definición de los deberes y derechos del paciente digital. En definitiva, lo más relevante en esta tendencia es que se tiene claridad sobre los beneficios de la e-Salud, en aspectos como promover el autocuidado, disminuir barreras de acceso, mejorar la prestación de servicios, aumentar la eficiencia, oportunidad en la atención y la satisfacción del paciente. Todo lo anterior, en el marco del respeto por el principio de autonomía, al reconocer que es el paciente quien decide libremente el tipo de atención que recibirá sin ningún tipo de discriminación (Fundación Merck Salud, 2019).

## 2.5. LA EDUCACIÓN INTERPROFESIONAL Y LA APS

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud a través de la Unidad de Recursos Humanos para la Salud del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/HR) suscitan y promueven el mejoramiento de los resultados en salud y el acceso universal a la salud. Para tal fin, se necesita la ruptura de paradigmas que permitan reforzar al recurso humano de salud, a partir, de la Educación Interprofesional (EIP). Esta estrategia innovadora, permite articular la atención de salud por parte de profesionales de diferentes áreas del conocimiento. Este tipo de atención facilita la atención integral de los pacientes, porque brinda una mirada e intervención holística desde los saberes y habilidades, y se ancla a la estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 que busca aumentar la seguridad del paciente, la eficiencia en los servicios y el aumento de la satisfacción en la atención (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Parte de las limitaciones que se presentan para la aplicación de la APS y las desventajas derivadas de esta situación (cobertura del derecho a la salud y desde la perspectiva de la equidad y la solidaridad) se deben a que existe poca disponibilidad de recursos humanos en los territorios. Adicionalmente, pocos tienen las competencias necesarias para trabajar en el contexto de los modelos y las necesidades de atención de salud de los países. Por estas razones, para impactar positivamente los resultados en salud y lograr una atención integral se requiere no solo que cada uno de los perfiles del talento humano en salud formado y disponible trabaje de manera independiente, también es necesario articular sus acciones y fortalecer canales de comunicación asertivos para que los equipos de salud trabajen y colaboren para garantizar el acceso a servicios equitativos y de alta calidad (Salas et al., 2020).

Lo anterior denota, que para el desarrollo de la EIP se requiere innovación en los procesos de formación de los estudiantes en las Instituciones de Educación Superior (IES). Esto aunado al trabajo intersectorial y la formulación de proyectos educativos que modifiquen las relaciones entre las necesidades sociales y la flexibilidad en el aprendizaje. En la formación de los profesionales de la salud es relevante incorporar conocimientos, capacidades, actitudes, valores y trabajo colaborativo, así como nuevas tecnologías en el proceso de aprendizaje. También es necesario capacitar a profesionales para que puedan adaptarse a situaciones complejas e inciertas (Beunza, 2018).

El establecimiento de nuevos modelos y las metodologías de aprendizaje en los programas de pregrado y postgrado conducen a soluciones emprendedoras y ambiciosas que orientan la ruta de formación hacia una visión integral de la atención en salud. Asimismo, es ineludible la necesidad de proporcionar espacios para el diálogo fluido intersectorial, es decir, para que las decisiones puedan tomarse de una manera más participativa. Esto implica, la creación de grupos colaborativos entre los *stakeholders* con una perspectiva de cooperación e innovación, haciendo que estos equipos puedan funcionar de manera más efectiva y eficiente (García et al., 2018).

Con estas premisas, se evidencia que los servicios de salud centrados en el individuo, familia y comunidad requieren del ejercicio colaborativo a través de equipos interdisciplinarios. Por tanto, este talento humano en salud se debe preparar desde que empieza su programa académico con la impronta de brindar atención segura y de calidad centrada en la persona. Es por esto, que las IES tienen el compromiso de formar a sus estudiantes para trabajar en unidades interprofesionales. Justamente, es allí donde la EIP nace como una posible solución a los problemas actuales en los

sistemas de salud, ya que esta estrategia aborda de manera integral el concepto salud, modificando los parámetros tradicionales de aprendizaje, investigación y proyección social a través del cuidado de la salud (Salas et al., 2020).

Vale la pena, citar algunas situaciones puntuales que se pueden evitar o mejorar con la implementación de la EIP en la formación del talento humano en salud (Llano et al., 2020):

- 1.** La repetición de las atenciones por parte de varios profesionales de la salud de manera aislada sin resultados contundentes.
- 2.** El uso ineficiente de recursos humanos y financieros.
- 3.** Los reprocesos y retrasos en la atención.
- 4.** Debilitamiento de la seguridad del paciente por errores en la atención.
- 5.** Disminución de la satisfacción del paciente.
- 6.** Menor capacidad de resolución en los problemas de salud.

Estas razones y otras han sido evaluadas en varios espacios de reflexión y análisis; en ellos la EIP se consolida como una tendencia pedagógica y una estrategia a impulsar en los sistemas de salud de los países. Esta estrategia ha sido ampliamente promovida por organizaciones tan relevantes en los sistemas de salud tales como la OMS y OPS. El llamado es a que se fortalezca la EIP, para que los equipos interprofesionales en salud se adapten mejor y de manera colaborativa a las situaciones complejas y de incertidumbre tales como la pandemia por COVID-19. Se espera que a través del trabajo mancomunado se optimicen y usen de mejor manera los conocimientos, habilidades y aptitudes del talento humano en salud para brindar servicios de calidad y seguros centrados en el paciente (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

No hay dudas sobre los beneficios de la EIP para fortalecer mejorar los resultados en salud y son robustas las evidencias derivadas de su implementación. A continuación, se mencionan algunos retos en los que deben trabajar los países para implementar, fortalecer o mejorar la EIP en salud:



- Interés de las IES para incluir este estilo de formación en sus currículos.
- Interés de los profesores y estudiantes para la adopción de la estrategia.
- Planes continuos de capacitación y cualificación interdisciplinaria para docentes y estudiantes.
- Mostrar como valor agregado en los perfiles de los egresados las competencias que da la EIP.
- En los procesos de autoevaluación de los programas incluir un indicador relacionado con la EIP.
- Incentivar en las instituciones en donde se realicen prácticas formativas en salud el enfoque de la EIP con el apoyo de los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación.
- Rediseñar los currículos en las Facultades o Escuelas de Ciencias de la Salud, para que sus contenidos analíticos sean interdisciplinarios.
- Ampliar la flexibilidad de los planes de estudios, a través de cursos electivos que permitan interactuar con estudiantes de otros programas.
- Hacer uso de estrategias de aprendizaje tales como estudios de caso, aprendizaje simulado, uso de software, que permitan de manera colaborativa resolver situaciones en salud.
- Fortalecer las competencias en ética y bioética, pilares para la investigación en salud y la proyección social.

Con algunos de los retos citados anteriormente, se pueden delimitar algunos actores clave para aplicar la EIP: órganos rectores de los sistemas de salud y de educación, los directivos de los sistemas de educación, los docentes, los estudiantes, los profesionales de la salud y los individuos, las familias y comunidades. Justamente, en la siguiente figura se presenta el principio de la EIP, mostrándose como una solución prometedora para ayudar a mitigar el déficit de profesionales de salud y un paso necesario para capacitarlos para atender las necesidades de salud de las personas y de las comunidades (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018).



**Figura 2.** La educación interprofesional para la salud universal (Tríptico).



## La educación interprofesional para la salud universal

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud (2018).

Es imperativo fortalecer la formación del talento humano en salud con enfoque de promoción y prevención e innovación en salud. La aplicación de conocimientos prácticos puede ser un catalizador, pero el uso eficaz de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en las IES, buscando vencer barreras sociodemográficas con el fin de extender su impacto sobre la población (Sarmiento et al., s.f). Finalmente, la EIP ocurre cuando miembros de dos o más profesiones aprenden sobre los demás, con los demás y entre sí, por tanto, es necesario que el enfoque de formación sea en investigación, intercambio de experiencias y cooperación (OPS y OMS, 2020).

# REFERENCIAS

Apráez, G. (2010). La medicina social y las experiencias de Atención Primaria de Salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. *Revista de la Universidad Bolivariana*, 9(7).

Apráez, G. (2010). En busca de la Atención Primaria en Salud y la salud para todos: reflexiones de una búsqueda. *Univ. Odontológica*, 29(63), 29-35.

Beunza, J. (2018). *Manual de Educación Interprofesional Sanitaria*. Universidad Europea de Madrid.

Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2018). *Estrategia para la Implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia*. Departamento Nacional de Planeación.

Fundación Merck Salud. (2019). El paciente digital y la e-Salud. Madrid: Derecho Sanitario Asesores.

García, A., Suarez, M. y Hernández, A. (2018). La educación interprofesional, herramienta necesaria en la formación del recurso humano en el sector salud como expresión del trabajo en equipo. *Revista Médica Electrónica*, 40(5), 1317-1322.

Gobernación de Caldas. (2021, 20 de diciembre). *Atención Primaria Social*. <https://saluddecaldas.gov.co/atencion-primaria-social/>

Ibañez, J. y Ribera, J. (2021). *La salud en el centro de nuestra sociedad*. Center for Research in Healthcare Innovation Management (CRHIM). <https://www.iese.edu/wp-content/uploads/2021/03/salud-centro-nuestra-sociedad.pdf>

Irigoin, M. y Vargas, F. (2002). Competencia laboral: Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector de la salud. *Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional*, 252.

Ley 10 de 1990. (1990, 10 de enero). Congreso de la República. Diario Oficial No. 39.137. [https://www.redjurista.com/Documents/ley\\_10\\_de\\_1990\\_congreso\\_de\\_la\\_republica.aspx#/](https://www.redjurista.com/Documents/ley_10_de_1990_congreso_de_la_republica.aspx#/)

Ley 60 de 1993. (1993, 12 de agosto). Congreso de la República. Diario Oficial No. 40.987. [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0060\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0060_1993.html)

Ley 100 de 1993. (1993, 23 de diciembre). Congreso de la República. Diario Oficial No. 41.148. [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)

Ley 1438 de 2011. (2011, 19 de enero). Congreso de la República. Diario Oficial No. 47.957. [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1438\\_2011.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html)

Ley Estatutaria 1751 de 2015. (2015, 16 de febrero). Congreso de la República. Diario Oficial No. 49.427. [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)

Llano, L., Núñez, M., Stable, A. y Cabrera, R. (2020). Herramientas pedagógicas con enfoque interprofesional para la preparación del claustro docente. *Medisur*, 17(6), 867-874.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2008, 14 de agosto). Resolución 3047 de 2008. *Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 474*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social y Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2012). *Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS-RISS Convenio 485 MPS y OPS/OMS. Línea de gestión integral en salud pública*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Estrategia PASE a la Equidad - Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/mode-lo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019, 27 de septiembre). Resolución 2626 de 2019. *Por medio de la cual se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), en reemplazo del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y que modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Informe avance metas Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021- Periodo 2012-2019*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-avance-metas-pdsp-2012-2021-pe-riodo2012-2019.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Lineamientos Generales para la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021, 5 de mayo). *Nuevo Plan Decenal de Salud Pública tendrá enfoque territorial*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Nuevo-Plan-Decenal-de-Salud-Publica-tendra-enfoque-territorial.aspx>

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales [OAPES]. (2021). *Informe de ejecución presupuestal del Sector Salud*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/GP/informe-ejecucion-presupuestal-msps-agosto2021.pdf>

Organización de Naciones Unidas [ONU]. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *Asamblea Mundial de la Salud, 69. Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254600>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). *La Educación Interprofesional para la salud universal*. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=recursos-humanos-salud-1969&alias=45640-educacion-interporfesional-salud-universal-2018-640&Itemid=270&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=recursos-humanos-salud-1969&alias=45640-educacion-interporfesional-salud-universal-2018-640&Itemid=270&lang=es)

Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020, 23 de noviembre). *Red Regional de Educación Interprofesional de las Américas*. <https://www.educacioninterprofesional.org/>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021, 20 de diciembre). *El legado en Atención Primaria Social que Caldas le entrega al mundo*. [https://www3.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3287:el-legado-en-atencion-primaria-social-que-caldas-le-entrega-al-mundo&Itemid=562](https://www3.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=3287:el-legado-en-atencion-primaria-social-que-caldas-le-entrega-al-mundo&Itemid=562)

Pan American Health Organization. (1998). *Final report.Symposium on National Strategies for Renewing Health for All*.

People's Health Movement. (2003). *Revive Alma Ata!! The Alma Ata anniversary pack.Unnikrishnan*. People's Health Movement.

Restrepo, M. (2016). Orígenes y trayectorias de la Atención Primaria en Salud. Desde Kazajistán a América. *Revista Nova et Vetera*, 2(22).

Rosas, A., Narciso, V. y Cuba, M. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (APS): una visión desde la Medicina Familiar. *Acta Médica Peruana*, 30(1), 42-47.

Salas, V., Moreno, L., Fernández, M., Juango, L., Álvarez, B., Rodríguez, C., ... Beitia, G. (2020). Educación Interprofesional: una propuesta de la Universidad de Navarra. *Educación Médica*, 21(6), 386-396. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1575181320300930?token=D30460B5486944A1470D800A55B9470CA59721575B8B63CBA8199BCA0B35DA6247EECA4155DF9D1223EF7EE3E76B4F56&originRegion=us-east-1&originCreation=20211017222210>

Sarmiento, J., Jaramillo, L., Villegas, J., Álvarez, L., Roldan, M., Ruiz, C., ... Martínez, L. (s.f.). La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Archivos de Medicina (Col)*, 20(2), 490-504. <https://doi.org/10.30554/arch-med.20.2.3487.2020>

Tejada, D. (2018). La historia de la Conferencia de AlmaAta. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 361-366. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2098>