



“ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: UNA NUEVA OPORTUNIDAD”

http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/aps_documento_previo_al_foro.pdf

Oscar Echeverry^{††}

Por considerarlo un documento de valor inmenso, a continuación exponemos un resumen del escrito del doctor Oscar Echeverry acerca de la APS, incorporando, sin su autorización, unas imágenes, que solo persiguen concretar más las ideas. Por supuesto que invitamos a leer el artículo original, declarando que los intentos por resumir, muchas veces eliminan conceptos que los autores consideran claves.
Por eso, nuestras disculpas al doctor Echeverry.

Nos propone el doctor Echeverry, en su maravilloso ensayo, la necesidad de volver a hablar con insistencia de Atención Primaria en Salud (APS), en particular, en las facultades para promover el necesario cambio que necesitamos si pretendemos darle la oportunidad a nuestra población. De hecho, hace una propuesta denominada Cuidado Esencial de Salud (CES).

Nacimiento, pasión y resurrección de la Atención Primaria en Salud



http://who.int/features/history/who60_feature_1978primarycare_16.jpg

La Declaración de Alma-Ata revolucionó la concepción de la salud. Prueba de ellos son estos tres postulados:

^{††} MD, EMPSP, ScD



“La salud es un derecho humano fundamental...”

“Requiere la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector de la salud...”.

“El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención a su salud”.

Sin duda, cada vez que se hable de APS se debe leer y releer esta declaración, pues allí está la esencia de su concepción.

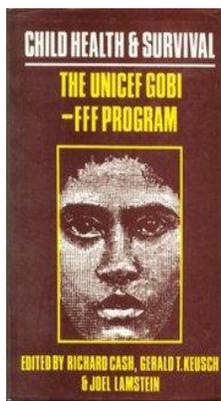
Afirma el doctor Echeverry que la APS “desmedicaliza” la concepción de salud y de su prestación. Alma-Ata hace ver que buscar salud para la población no solo es atender a los enfermos. Promueve con fuerza la prevención, saca la “salud” del hospital y pone a la comunidad de lleno como actor principal.

Las condiciones mínimas

Para hacer APS existen unos mínimos que son:

1. Educación sobre problemas de salud prevalentes y métodos para prevenirlos y controlarlos.
2. Promoción del suministro de alimentos y nutrición adecuada.
3. Suministro de agua segura y saneamiento básico.
4. Cuidado de salud materno-infantil incluyendo planificación familiar e inmunizaciones.
5. Prevención y control de enfermedades endémicas locales.
6. Tratamiento apropiado de enfermedades comunes y trauma.
7. Suministro de medicamentos esenciales.

Todo lo que rompe el paradigma, será al comienzo rechazado



A pesar de que el mundo dizque se había puesto de acuerdo, el desarrollo de los esfuerzos luego de Alma Ata, fue dirigido a “fraccionar” la concepción e impulsar lo que se conoció como APS selectiva. Un ejemplo fue en 1982, la UNICEF que lanzó, con el apoyo de otras organizaciones internacionales, un programa que recortaba el alcance de la APS a solo cuatro intervenciones en la población materno-infantil: crecimiento y desarrollo, hidratación oral, lactancia materna, e inmunizaciones (GOBI por las siglas en inglés).



Los médicos: no fuimos impulsadores

Afirma el doctor Echeverry: "El penoso nacimiento y desarrollo inicial de la APS condujo a crear un ambiente de mal entendimiento y a generar concepciones despectivas, al punto de llamarla una **forma primitiva, elemental, improvisada y superflua de dar servicios de salud a los pobres**, ignorando los adelantos de la tecnología médica y recurriendo al uso de personal no profesional en vez de personal profesional. Esta visión totalmente distorsionada también fue apoyada parcialmente por la profesión médica sin prever que en el futuro sería la salvación de la práctica de la Medicina general orientada a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Aclarando malentendidos

Hace el doctor Echeverry las siguientes aclaraciones, por cierto muy pertinentes:

- 👉 NO es solo Medicina. La Medicina es parte de la APS.
- 👉 NO es una forma de dar atención médica.
- 👉 El principal servicio NO es la consulta médica.
- 👉 NO es responsabilidad individual del médico. Él es parte de la APS.
- 👉 NO es solo la puerta de entrada a los servicios médicos.
- 👉 NO es el primer nivel del sistema de servicios médicos (primario, secundario, terciario).
- 👉 NO es tecnología barata para pobres.
- 👉 No es un programa de atención básica médica ni un conjunto de intervenciones médicas.

La gran confusión



Sin duda, la confusión está en el término de Atención Primaria (AP). Para ello describe el doctor Echeverry: "Bárbara Starfield, una de las principales investigadoras sobre AP en países desarrollados, le asigna las siguientes características:



- “(La AP) Es el suministro coordinado y continuo de servicios de cuidado primario de alta calidad mediante el uso eficiente de recursos humanos para proveer cuidado de alta calidad que contribuya a distribuir equitativamente la salud en la población.
- Son intervenciones médicas orientadas a la persona, la familia y la comunidad desde el primer nivel del sistema de servicios médicos.
- Generalmente es la puerta de entrada al sistema de servicios médicos para la atención continua de las personas.
- Usualmente es suministrada por médicos y otros profesionales de la salud formados en Medicina general, familiar y/o comunitaria que trabajan desde los servicios ambulatorios de primer nivel.

La diferencia

“Starfield dice que la APS es la AP aplicada en poblaciones, en vez de individuos. En su copiosa investigación, Starfield ha demostrado que la AP permite un enfoque centrado en la persona con mayor accesibilidad al cuidado médico de calidad, un manejo temprano de los problemas de salud (evitando hospitalizaciones) y un enfoque personalizado de la prevención”.

Establece el doctor Echeverry: Lo que tiene la APS que no tiene la AP es:



<http://www.monografias.com/trabajos98/atencion-primaria-salud/image002.png>

Un enfoque sistémico (con equidad, solidaridad y justicia social) que redefine los sistemas de salud y la participación intersectorial para proteger, mejorar y mantener la salud de la población.



-  **Una forma de organización de la comunidad** y de asignación de recursos para contribuir a proteger y promover la salud (más que tratar enfermos).
-  **El mecanismo para hacer abogacía ante otros sectores** que pueden intervenir más efectivamente que el sector salud sobre algunos factores determinantes sociales de la salud.
-  **Prevenir la enfermedad**, cuidar, recuperar y rehabilitar a los enfermos.
-  **Un compromiso de Gobierno**, intersectorial y de comunidad para lograr metas en salud acordadas localmente y a nivel internacional, como las Metas del Milenio.

Por ello...

La APS siempre ve más allá de la persona, incluso de su familia: ve a la POBLACIÓN, de ahí que requiere:

1. El diagnóstico de la población con todo lo que DETERMINE o influya en la condición de salud.
2. Que ese diagnóstico identifique que cambiar la situación de seguro implica que otros SECTORES deban involucrarse, de ahí la necesidad de integrarlos.
3. Que la población se empodere y se convierta en gestora de acciones y de exigencias.

Las deformaciones que la APS debe vencer

Afirma el doctor Echeverry que son cuatro:

1. Creer que la APS se hace sin profesionales de la salud, para que sea más barata.
2. Creer que las intervenciones son "básicas" y "primarias", como hervir el agua, por ejemplo.
3. Creer que la APS está contra la tecnología diagnóstica.
4. El desarrollo de concepciones claves y sin duda necesarias, que se hicieron "olvidando" a la APS. Por ejemplo la Carta de Ottawa, propuso:
 -  Elaborar una Política Pública Saludable que vaya más allá del sector salud.
 -  Crear ambientes favorables, generando condiciones de vida y trabajo que sean seguras, estimulantes, agradables y placenteras.
 -  Fortalecer la acción comunitaria.
 -  Desarrollar capacidades personales para la vida.
 -  Reorientar los Servicios de salud para lograr un sistema que contribuya al logro de la salud, a la mejoría de la investigación y la formación de personal en salud.

En vez de plantearlo como un propósito nuevo, sin duda hubiese sido mejor impulsarla como parte de la APS. El resultado es que aun hoy se puede concebir a la promoción y prevención como algo distinto de la APS cuando realmente forma parte de esta.

Retomar con fuerza la APS implica

Afirma el doctor Echeverry que ello exige:



1. Fortalecer la capacitación del recurso humano.
2. Una política gubernamental de compromiso y continuidad para solucionar los problemas de la población.
3. Unir prestadores y comunidad.

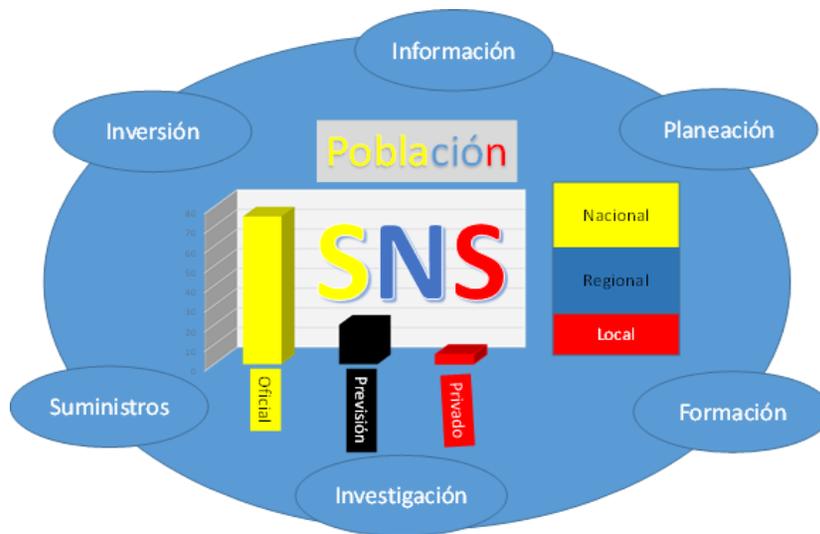
Innovaciones en APS en Colombia

Nos recuerda el doctor Echeverry que tenemos experiencias que vale la pena recordar para aprender de ellas. Por ejemplo:

“A finales de los años 1950, Héctor Abad desarrolla una primera experiencia de delegación de funciones en Promotoras Rurales de Salud en Santo Domingo (Antioquia). A comienzos de los años 1960, la facultad de Medicina de la Universidad del Valle estableció por primera vez en el país un programa de adiestramiento para graduados en Medicina de la comunidad con sede en el Centro de Salud Universitario de Candelaria (Valle). La experiencia de Candelaria fue objeto de elogios en el ámbito nacional e internacional, pues demostró que fuera del hospital universitario se podía capacitar con alta calidad y excelencia a residentes de diversas especialidades, y sobre todo, a los graduados que escogieran la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública”.



Esfuerzos del Gobierno



“En 1970 el Ministerio de Salud estableció *"Niveles de atención médica para un sistema de regionalización en Colombia"* que definían claramente las asignaciones de personal y tecnologías de acuerdo con el territorio (urbano-rural). Fue un paso importante en la organización, distribución y sistematización de recursos para la atención médica en el país”.

La Universidad del Valle

“En la década de los años 1970, el Departamento de Medicina Social de la Universidad del Valle (hoy Escuela de Salud Pública), desarrolló investigaciones sobre modelos de servicios básicos de salud para el área urbana (PRIMOPS) y para el área rural (CIMDER). Estas investigaciones tuvieron repercusión nacional e internacional por su capacidad de innovación en la extensión costo-efectiva de cobertura de servicios materno-infantiles en poblaciones urbanas marginales y por el desarrollo de un modelo de servicios rurales de salud que fuera la punta de lanza para el desarrollo rural, basado en un Modelo de Bienestar. El modelo CIMDER desarrolló experiencias muy exitosas en organización comunitaria para la producción agrícola, que a la vez sirviera de base para la entrega de servicios de salud a las familias rurales que se agrupaban en “Uniones familiares de salud”. El impacto de estas organizaciones familiares fue tal que un gobernador de turno sospechó que se trataba de células comunistas! Además, CIMDER desarrolló tecnologías innovadoras para uso de personal no profesional, que coincidieron con la denominación de “tecnología apropiada” que la OMS empezaba a promocionar. Entre ellas se destacan:

- a) Un sistema de información (Caja Maestra y Bandera de la Salud) que permitía la planificación, seguimiento y evaluación de intervenciones similares a las recomendadas posteriormente en Alma-Ata, ejecutadas por personal no profesional.
- b) Provisión de agua segura (clorador de aljibes) y disposición adecuada de excretas (tasa sanitaria).



- c) Monitoreo del estado nutricional en niños menores de 6 años (cinta de tres colores).
- d) Ayudas de laboratorio para diagnóstico de patologías seleccionadas (tiras reactivas).
- e) *Manual de Medicina para la Familia Campesina* que incluyó: Cuidado del embarazo, parto y puerperio, suministro de primeros auxilios en accidentes y trauma, tratamiento seguro, efectivo y estandarizable de enfermedades comunes mediante algoritmos simples y el uso seguro de medicamentos de efectividad comprobada (micro-puesto de salud).

Estas tecnologías apropiadas fueron desarrolladas para darle capacidad resolutoria a la delegación de funciones de personal profesional a personal no profesional (promotoras de salud). Dicha delegación se hizo basada en el supuesto ampliamente analizado de que toda intervención profesional que sea SEGURA, EFECTIVA Y ESTANDARIZABLE podía ser delegada sin riesgos adicionales a personal no profesional. El trabajo de las promotoras capacitadas y el uso de estas tecnologías apropiadas les dio gran prestigio en la comunidad y lograron un cambio importante y rápido del estado de salud de sus comunidades, a la vez que las convirtió en las promotoras más veteranas del mundo: la mayoría trabajó 20 años antes de su retiro. El cuadro siguiente muestra algunos indicadores del impacto logrado en las comunidades.

Evaluación del Modelo CIMDER de Cuidado Primario de la Salud

<u>Cambios en mortalidad general (/1.000 HBTS.)</u>	<u>1974</u>	<u>1978</u>
	8.8/1.000	6.8/1.000
<u>Cambios estado nutricional en niños < 6años</u>	<u>1977</u>	<u>1978</u>
o Bien nutridos:	47.6%	65.1%
o Desnutrición leve:	31.1%	27.7%
o Desnutrición moderada y severa	18.8%	7.2%
<u>Niños desparasitados periódicamente (cada 6-8 meses)</u>		40%
<u>Incremento en niños inmunizados (<6años)*</u>	<u>1977</u>	<u>1978</u>
o DPT	6.5%	19.0%
o Sarampión	9.0%	28.0%
o Polio	7.0%	19.0%
o BCG	19.0%	46.0%

* El promedio nacional de vacunación con DPT era de 19% en 1978.

Episodios de enfermedad tratados por PRS (1977 - 1978)

- o 62% del total registrado (1.582).
- o 89.4% tratados adecuadamente.
- o 10.5% referidos y tratados en hospital local.

Morbilidad en embarazadas

- o 78% tratadas adecuadamente.
- o 22% referidas, de las cuales 1/3 hospitalizadas y 2/3 Tx. Ambulatorio.

Mortalidad por embarazo, parto y puerperio (1977 - 1978)

- o En 181 partos no hubo defunciones maternas durante el embarazo, parto y puerperio.

<u>Planificación Familiar</u>	<u>1977</u>	<u>1978</u>
	5%	23%



Un Modelo de Cuidado Esencial de la Salud para Colombia

El doctor Echeverry completa su extraordinaria revisión con una propuesta de modelo, el cual él denomina Cuidado Esencial de Salud.



Afirma: "El modelo está sustentado en dos pilares fundamentales, sin los cuales no es posible su desarrollo:

- 1. Movilización y organización de la comunidad:** La experiencia ha demostrado que la participación de la comunidad es "flor de un día" si no se ha hecho un esfuerzo previo bien concebido de movilización y organización. No solo se procura garantizar así una participación permanente y vigorosa, sino que se sientan las bases para desarrollar y fortalecer el **capital social** de las comunidades.
- 2. Acción intersectorial:** La intervención sobre los **determinantes sociales** y los factores de riesgo que condicionan el estado de salud de las comunidades solo puede hacerse efectivamente cuando se establece un mecanismo de acción intersectorial bajo el liderazgo del sector salud. Dicho liderazgo no significa que la responsabilidad sea única y exclusiva del sector salud. Pero, para asegurar la participación intersectorial en las intervenciones sobre los determinantes sociales, es vital que el sector salud desarrolle habilidades, destrezas y competencias sólidas en la formulación, análisis y desarrollo de **políticas públicas** y en las prácticas de **abogacía** frente a otros sectores como los de agua y saneamiento, vivienda, educación, agricultura, recreación, obras públicas, etc."



Cuidado Esencial de la Salud

Transcrito: "Tiene tres tipos de usuarios: El "usuario comunitario", la familia y el usuario individual.

1. **"El usuario comunitario"**. Requiere de un diagnóstico previo, (como en la Medicina individual) del **estado de salud de la población** mediante el estudio demográfico, epidemiológico, socioeconómico y de políticas públicas que inciden sobre los **determinantes sociales** de su salud.

Este diagnóstico permite formular un **Plan de Cuidado Comunitario**, el cual incluye acciones intersectoriales que inciden directamente en los diferentes determinantes sociales que están actuando negativamente en la población. Por ejemplo, puede incluir suministro y mejoramiento de agua potable; construcción de vivienda digna, de interés social; construcción de escuelas, verdaderos centros de salud y ciclovías; programas de producción agrícola, artesanal e industrial, etc. Como se puede notar, el sujeto no es individual, es la comunidad.

2. **La Familia**. El diagnóstico de la situación de salud de la familia va más allá del diagnóstico individual en sus miembros. El estudio de los factores de riesgo tanto de los individuos como del conjunto de sus miembros, permite formular intervenciones individuales y colectivas para eliminarlos o reducirlos. Estas intervenciones se agrupan en un **Plan de Cuidado de la Familia** que se caracteriza por ser proactivo, es decir, no espera a que la familia lo pida (a que sea atendida), sino que se ofrece y previa aceptación, se ejecuta conjuntamente con sus miembros.

Autocuidado

Por ejemplo, el autocuidado es una forma de cuidado que debe fomentarse intensivamente en la familia. Las prácticas de higiene personal, buena alimentación, ejercicio, control de ingesta en exceso de sal y carbohidratos, etc., son parte de este cuidado esencial de la salud de la familia; las prácticas de respeto mutuo son fundamentales para evitar el maltrato y la violencia doméstica; las inmunizaciones en niños y adultos; la toma de exámenes para tamizaje de enfermedades, como la citología vaginal, la toma de presión arterial, o glicemia, etc.

Atención domiciliaria

En el caso de que un miembro de la familia presente una enfermedad, este miembro recibirá en su casa, de ser posible, los cuidados necesarios, incluyendo suministro de medicamentos, adherencia al tratamiento y otras intervenciones clínicas. Este es solo un ejemplo parcial de lo que debe contener el Plan de Cuidado Familiar.

3. **El usuario individual**. Cualquier miembro de la comunidad o de una familia puede recurrir directamente a pedir servicios médicos por causa de un problema de salud. Sin embargo, en el modelo, esta persona debe ser referida por un agente de salud responsable por el cuidado de su familia. Este agente de salud le abre la puerta para que ingrese al **Plan de Cuidado Médico** y reciba el cuidado que requiera. El médico que lo recibe decidirá si requiere cuidado médico ambulatorio, o cuidado básico hospitalario, o si lo devuelve a su familia con un "seguimiento extramural". En casos complejos, cuando el médico que lo recibe no puede solucionar el problema, este lo referirá a especialistas o instituciones de cuidado especializado de tipo ambulatorio u hospitalario. En cada caso, el médico tratante será responsable por devolver al paciente a su médico tratante inicial para su seguimiento con visitas de control en los servicios médicos ambulatorios o en la comunidad, con ayuda de agentes de salud comunitarios.



El Equipo de Salud del CES

Los planes de Cuidado Comunitario, Cuidado de la Familia y Cuidado Médico requieren de un equipo de profesionales y auxiliares con una capacitación sólida en trabajo con la comunidad.

Deben saber...



<http://www.fundacionmaradona.org/wp-content/uploads/Trabajo-digno.jpg>

La capacitación debe enfocarse en:

1. Análisis de políticas públicas, las competencias para hacer abogacía intersectorial, y una excelente preparación en salud pública, salud familiar y Medicina preventiva, son requerimientos indispensables para hacer el diagnóstico del estado de salud de las comunidades y para formular e implementar los Planes de Cuidado Comunitario y de Cuidado de la Familia.
2. Asimismo, los médicos que se incluyen en el modelo CES, además de tener excelentes conocimientos, habilidades y destrezas en Medicina general, deberán recibir una capacitación suficiente y adecuada en los determinantes sociales.
3. Adicionalmente, deben tener competencias sobresalientes para el trabajo en equipo con profesionales y auxiliares de diferentes disciplinas. Una mayor elaboración sobre el equipo de salud para el modelo CES se hará separadamente.

Finalmente, el modelo CES es una alternativa costo-efectiva para mejorar la salud y la equidad en la población, al suministrar el cuidado esencial de la salud con intervenciones en los determinantes sociales del estado de salud de las comunidades y la provisión de servicios médicos esenciales para recuperar la salud de las personas que lo requieren.



Reforma de la Organización de las Secretarías Municipales de Salud

Figura 1 Reformas de la APS necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos



http://www.who.int/whr/2008/figure1_es.jpg

En esencia, las autoridades municipales deben proceder para:

- a) Formular y promover políticas que **modifiquen positivamente los determinantes sociales**, económicos y culturales que mejoren las condiciones de vida, corrijan la inequidad en el acceso de la población a los servicios de salud, y mejoren las conductas y estilos de vida que contribuyen a una mejor salud y bienestar.
- b) Desarrollar **la organización y la participación de las comunidades** en la conservación y protección de la salud y el mejoramiento del acceso a los servicios de salud.
- c) Mejorar el **apoyo logístico a todos los programas** y proyectos contemplados en los planes de desarrollo del municipio.
- d) Garantizar el óptimo desempeño de las **funciones esenciales de la Salud Pública**
- e) Asegurar la **rendición pública de cuentas** sobre el desempeño del sector salud.

La propuesta

El cambio

Una visión por completo volcada a la APS deberá ser el nuevo perfil de la Secretaria Municipal.

Unidad administrativa

El alcalde y el secretario de salud han de estar por completo comprometidos con la APS. El secretario como cabeza técnica, deberá tener en su despacho una "Sala de Situación de Salud". La toma de decisiones se ha de hacer con base en la misma y estar listas para la redención de cuentas.

Consejo técnico: Conformado por las direcciones de los programas municipales de salud el cual informa semanalmente la situación de cada programa.

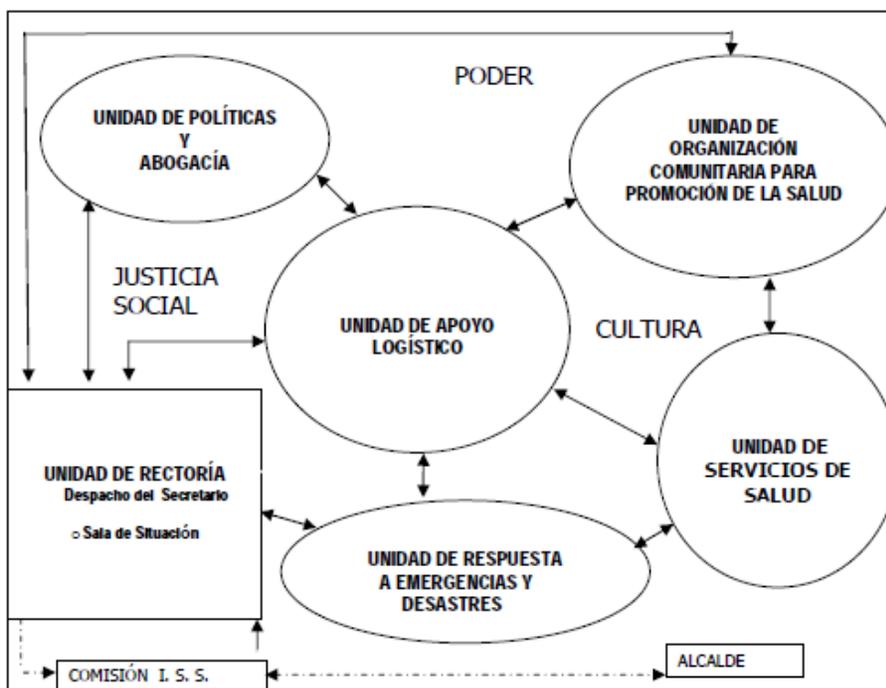
Asesorías: Tres tipos: jurídicos, financieros y técnicos de acuerdo a lo específico.

Finanzas y contabilidad: Encargadas de ver la ejecución presupuestal.

Personal: Encargada del recurso humano.

Inventarios y suministros. Encargada de asegurar los elementos.

Organización de las Secretarías de Salud para el desarrollo de la salud



Propone el doctor Echeverry la conformación de seis unidades, concebidas como conjuntos de recursos dispuestos para un mismo fin. Estas son:



1. UNIDAD DE POLÍTICAS PÚBLICAS: Encargada de medir los alcances de todas las actividades implementadas. Su núcleo de acción es disminuir las desigualdades y alcanzar la máxima salud posible para la población.
2. UNIDAD DE ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: Su esencia es organizar y unirse a la comunidad.
3. UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD: Deberá encargarse de la inspección y vigilancia (saneamiento), aseguramiento, servicios médicos (integrales e integrados) y salud ambiental.
4. UNIDAD DE RESPUESTA A EMERGENCIA Y DESASTRES: su misión es tener la respuesta para situaciones catastróficas del municipio.
5. UNIDA DE APOYO LOGÍSTICO: Es el "cerebro" de la administración.

30 AÑOS DESPUÉS DE ALMA-ATA

Finaliza el doctor Echeverry su excelente documento con la transcripción de un cuadro de evaluación de la APS.

30 años después de Alma Ata

ÁREAS	¿QUÉ FUNCIONÓ?	¿QUÉ NO FUNCIONÓ?
Acción integral	<ul style="list-style-type: none"> o Implem. incremental o Tecnología apropiada o Medicamentos esenciales 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Implem. compleja condujo a dicotomías: <ul style="list-style-type: none"> o Horizontal/vertical. o Comunidad/institucional. o Centralización/descentralización. o Cobertura/calidad
Participación comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Empoderamiento ➢ Diagnóstico comunitario ➢ Aprendizaje participante 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Participación lenta y no controlable. ➢ Conflicto en prioridades con profesionales
Suministros y tecnología	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Innovaciones: <ul style="list-style-type: none"> o Cadena de frío o Hidratación oral o Yodación de sal o Partograma o Medicamentos esenciales 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Escasa inversión ➢ Asignación de fondos ➢ Resistencia de profesionales
Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Agua y saneamiento en la agenda pública 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Saneamiento y eliminación de desechos muy complejo; progreso lento
Información	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Colección de datos en: <ul style="list-style-type: none"> o Inmunización o Encuestas de cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Inconsistente <ul style="list-style-type: none"> o Foco en producto, poco en resultados. o Poca sistematización
Acción intersectorial	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Algunas experiencias en: <ul style="list-style-type: none"> o Agricultura y nutrición 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Educación, vivienda, obras públicas con agendas propias que no comparten.

Y, proponiendo para discutir en un foro:

1. Hay profesionales de la salud que, intencionalmente o no, desprestigian la APS. ¿Qué hacer para cambiar esta tendencia?
2. ¿Qué deben hacer la Universidad y los servicios locales de salud para ayudar al Gobierno a poner en práctica el Artículo 12 de la Ley 1438 sobre integración e interdependencia de tres componentes: acción intersectorial y transectorial para la salud, participación social, ciudadana y comunitaria y servicios de salud?.
3. ¿Está preparado el personal egresado de las facultades de salud para participar en el desarrollo de un modelo CES (Cuidado Esencial en Salud)? ¿Qué hay que hacer para que puedan hacerlo?

