

Atención primaria en salud: una necesidad en la frontera colombo-venezolana

Primary health care: a need on the colombo-venezuelan border

^aKarent Caicedo-Yela, ^bYadiani Guerrero-Santiago, ^cAndrés Llanos-Redondo, ^dGinna Pérez-Reyes, ^eDiego Rivera-Porras

-  a. Fonoaudióloga, caicedok02@gmail.com, Universidad de Pamplona, Pamplona- Colombia
-  b. Fonoaudióloga, yadianiguerrero@gmail.com, Universidad de Pamplona, Pamplona- Colombia
-  c. Magister en Salud Pública, andres.llanos@unipamplona.edu.co, Universidad de Pamplona, Pamplona- Colombia
-  d. Fonoaudióloga, ginna.perez@unipamplona.edu.co, Universidad de Pamplona, Pamplona- Colombia
-  e. Magister en Dirección estratégica, especialidad Gerencia, diego.rivera4@unipamplona.edu.co, Universidad de Pamplona, Pamplona, Colombia

Recibido: Enero 21 de 2021 **Aceptado:** Junio 10 de 2021

Forma de citar: K. Caicedo-Yela, Y. Guerrero-Santiago, A. Llanos-Redondo, G. Pérez-Reyes, D. Rivera-Porras "Atención Primaria en Salud. Una Necesidad en la Frontera Colombo-Venezolana", *Mundo Fesc* vol. 11, S1, pp. 248-262, 2021

Resumen:

Antecedentes: La Atención Primaria de Salud (APS), es 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. **Métodos:** se realizó una revisión sistemática de literatura siguiendo el diagrama de flujo de prisma; además se hizo uso de la herramienta pico para la formulación de la pregunta de investigación. **Resultados:** los artículos fueron sometidos a proceso de selección, screening e inclusión siguiendo el diagrama de flujo de prisma, obteniendo como resultado 27 artículos que dieron respuesta a la pregunta de investigación. **Análisis y discusión:** la implantación de las aps, resulta ser competente e indispensable en la frontera, requiere una mejor preparación a nivel formativo y un apoyo puntual en las políticas públicas, que permitan que su accionar claramente establecido. **Conclusiones:** la implantación de las aps requiere una coordinación bilateral y una concepción del territorio de frontera como una unidad geopolítica que responda a las necesidades de sus habitantes y migrantes.

Palabras Clave: atención primaria en salud (APS), salud pública, política pública, frontera

Autor para correspondencia:

*Correo electrónico: caicedok02@gmail.com



Abstract:

Background: Primary Health Care (PHC) is essential health care based on practical methods and technologies, scientifically founded and socially acceptable, made available to all individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can endure, in each and every one of the stages of their development with a spirit of self-responsibility and self-determination. **METHODS:** A systematic literature review was carried out following the PRISMA flow chart; In addition, the PICO tool was used to formulate the research question. **RESULTS:** The articles were subjected to a selection, screening and inclusion process following the PRISMA flow diagram, obtaining as a result 27 articles that answered the research question. **ANALYSIS AND DISCUSSION:** the implementation of PHC, turns out to be competent and indispensable at the border, requires better preparation at the training level and specific support in public policies, which allow their actions to be clearly established. **CONCLUSIONS:** The implementation of PHC requires bilateral coordination and a conception of the border territory as a geopolitical unit that responds to the needs of its inhabitants and migrants.

Keywords: primary health care (PHC), public health, public policy, border

Introducción

La Atención Primaria de Salud (APS) se registra en un primer momento, a finales de 1960, según reporte de la revista *Contact*, que evidenciaban actividades de cristianos pertenecientes al consejo mundial de las iglesias, quienes ejecutaban proyectos orientados a mejorar la salud, en los países en desarrollo [1] [2] [3]. Hacia la década de los 70, existían una serie de condiciones que afectaban la salud de toda la población a nivel mundial, destacando entre estos, la desigualdad en los procesos de salud, lo que en ese tiempo fue motivo de inquietud y de alerta para todos [4]. Razón por la que en 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), organizaron la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud realizada en la ciudad de Almaty (Kazajistán, ex-Unión Soviética) [1], es allí donde surge la declaración de Alma Ata, consagrando por primera vez el término APS de una manera formal, como el medio para generar una salud que fuese integral, universal, equitativa y asequible [2] [5]; estableciéndose de una manera más textual, 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 [6]. Entendida como el primer acercamiento con el sistema de salud, siendo el más próximo y asequible para las personas ya sea en el lugar donde residen o trabajan. La APS se creó con el objetivo de que fuese una estrategia orientada a lograr metas de equidad en salud; se pretendía que para el año 2000 estas estrategias fueran ejecutadas, en algunos casos hubo respuestas positivas, aunque para dicha fecha, no se habían generado los resultados anhelados [4] [7]. [8].

Colombia en 1980 dio lugar a la ejecución de la estrategia de APS, por medio de programas en los que contaba con contribuciones de la comunidad internacional. Reglamentó algunos pilares que la apoyan, entre estos el decreto 1216 de 1989, que destaca la participación comunitaria en la creación de comités para fomentar la interacción de la comunidad [9] [10]. Ante el desconocimiento de la organización popular, este se modificó en 1990 por el decreto 1416 donde los comités anteriormente mencionados fueron cambiados por asociaciones, que permitían

la participación en las instituciones prestadoras de servicios de salud [11]. En el mismo año, surge la Ley 10 que integra todos los principios de la APS como la participación comunitaria y ciudadana, con el fin de obtener avances en la mejora de la salud de todos los individuos [12]. En 1993 con la apertura de la Ley 100 se estructura en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que determina los pasos para alcanzar la salud [13], y permite la creación del Plan de Atención Básica (PAB) el cual fue reestructurado en el año 2007 por el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), a su vez integra la salud bajo el enfoque de determinantes en la ley 1122 del mismo año, la cual transforma la Ley 100 [14]. En el 2011 mediante la entrada en vigor de la Ley 1438, que reforma el SGSSS y establece la atención primaria como la estrategia orientada a lograr la integración del estado y de las instituciones prestadoras de servicios de salud, pretendiendo un avance en los sistemas que la componen [15].

Posteriormente, tras la sentencia T 760 de la Corte Constitucional y la llegada de la Ley estatutaria 1751 de 2015, que tiene como fin asegurar, controlar y proteger el derecho fundamental de la salud [16] [15]. En el año 2016 se constituye la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que busca ajustar el modelo en curso que promueve la accesibilidad a los servicios de salud mediante un enfoque diferencial, que aumente las condiciones de vida de las comunidades y el individuo mismo, actuando sobre los determinantes sociales de la salud a través de redes y rutas integradas en los modelos de atención en salud de la estrategia PAIS. Luego en el 2016 se expide la Resolución 429, donde se adopta la PAIS y a su vez se consagra el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y las Rutas de Atención Integral (RIAS), siguiendo el marco estratégico basado en la APS [17]. El 22 de febrero de 2019 el Ministerio de

Salud expidió la Resolución 489, por medio de la cual se dio un plazo de cuatro años para la implementación del MIAS [18]. Cuando se inició la implementación de esta, el Ministerio de Salud presentó un proyecto de resolución modificando el PAIS, que deroga expresamente el MIAS y da lugar al Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) [19] [20]. En el año 2019 mediante la resolución 2626, se establece el MAITE, como un modelo orientado al desarrollo del PAIS, integrado por una serie de acciones basadas en acuerdos comunitarios e interinstitucionales, orientadas a dar respuesta a las necesidades más próximas de la población y de esta manera contribuir a la satisfacción y mejora de la salud de los ciudadanos [21]. La implementación y vigilancia de la ejecución de este modelo, es responsabilidad de todas las entidades territoriales que ofrecen servicios de salud, ya sea de manera privada, pública o mixta, y que realicen programas encaminados a la promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación, paliación tratamiento, y diagnóstico y muerte digna [22] [23] [24].

La APS incorpora dentro de su equipo interdisciplinar diversos profesionales, cuyo objetivo de cada uno de ellos es ofrecer un servicio íntegro, que responda con a la nueva reforma de salud [25] [26] [27]. Este concebido como un profesional de la comunicación humana que garantiza la interacción comunitaria, familiar y la transmisión intercultural [28] [29]. En este sentido la APS ha experimentado una serie de cambios al pasar de los años, generando en los profesionales del área de la salud y afines un interés particular por posicionarse dentro de esta, disponiendo de sus conocimientos, experiencias prácticas y aptitudes. La atención en Colombia tras las crisis existentes en el país y las inequidades ha tenido que adaptar a las diversas transformaciones de salud, logrando responder a todos los retos

individuales y colectivos de los ciudadanos [28]. Por consiguiente, se decide realizar una búsqueda exhaustiva en las diferentes bases de datos de investigación científica que respondan al siguiente interrogante: ¿Cuál es el desafío de la Atención Primaria de Salud en la Frontera?

Materiales y métodos

Se realizó una revisión sistemática, la cual es diseñada para llevar a cabo una evaluación exhaustiva y explícita de la literatura, a partir de una pregunta de investigación clara, una metodología específica y una evaluación crítica de cada estudio [30]. Esta se ejecutó siguiendo la metodología PRISMA y cada una de sus fases, consignándose en un diagrama de flujo con el fin de dar cuenta de la información recolectada, orientada a dar a conocer el desafío de la atención primaria en salud (APS) en la frontera [31] [32]. Seguidamente se organizaron y se seleccionaron los artículos aplicando los criterios de elegibilidad propuestos en PRISMA [33]. A continuación, se hace la descripción de dichas fases:

a. Fase de identificación.

Se realizaron búsquedas primarias en las bases de datos Dialnet, Redalyc, Science Direct, Springerlink, Scopus, PubMed y Scielo. Se realizaron búsquedas secundarias en la que se utilizó Google Scholar, repositorios de la Universidad del Valle, Escuela De Rehabilitación Colombiana, Universidad Manuela Beltrán, Universidad del Rosario, Universidad Nacional, Universidad Iberoamericana, Universidad de Santander y Universidad de San Buenaventura de Cartagena.

b. Fase de screening

En esta fase se tomaron artículos que estuvieran en una ventana de tiempo de

10 años de las mismas bases de datos anteriormente mencionadas, tras posterior lectura de títulos y resúmenes, a su vez también se removieron los artículos duplicados que se encontraban indexados en otras bases de datos.

c. Fase de elegibilidad

Después de haber realizado la búsqueda y la selección de artículos dentro de la ventana de tiempo, se hizo una lectura completa de cada uno de estos, para obtener artículos que ayudarán a dar respuesta a la pregunta de investigación.

d. Fase de inclusión

Finalmente se tomaron los artículos que cumplieran con los criterios establecidos para el estudio, se incluyeron artículos originales, revisiones sistemáticas y repositorios o tesis de grado, que guardaran relación con el tema de investigación. Los criterios de exclusión fueron artículos que no hablen del tema que se está abordando y que superen la ventana de tiempo.

Es importante destacar que para esta investigación, se exceptuó la fase de metaanálisis, ya que esta no es el objeto principal de estudio.

De igual forma para la ejecución de esta investigación se utilizó la herramienta PICO, que permite la elaboración de una pregunta clínica, dando una mejor claridad y especificidad de los problemas presentes en el ámbito clínico a indagar [34] [35].

PICO significa cuatro posibles componentes diferentes de una pregunta clínica:

Tabla I. Pregunta PICO Anexo 1

P	I	C	O
Paciente, Población o Problema	Intervención	Comparación	Resultado
Humanos	Atención primaria de salud (APS)	X	Frontera

Pregunta de investigación: ¿Qué evidencias científicas se encuentran sobre la atención primaria de salud, (APS) en frontera?

Primeramente, se consultaron los términos en inglés y español, en los descriptores de ciencias de la salud (DESC) y Medical Subject Headings (MESH), seguidamente se prosiguió a los cruces de variables:

Tabla II. Términos y Descriptores de la Salud Anexo 2

Términos	DECS	MESH
Primary health care	★	★
Public health	★	★
Border		
Politics	★	★
Legislation	★	★
Humans	No Decs	★

Tabla III. Cruces de variables

Variable Independiente	Variable Dependiente	Cruces de Variables
Primary health care	Public health	Public health + Primary health care
Primary health care	Border	Border + Primary health care
Primary health care	Politics	Politics + Primary health care
Primary health care	Legislation	Legislation + Primary health care
Primary health care	Humans	Humans + Primary health care

Resultados y discusión

Los resultados del proceso de revisión sistemática acerca la en atención primaria de salud en la frontera, se realizó mediante flujograma PRISMA, representado en el diagrama 1, donde se evidencia que en la fase de identificación la base de datos primarias en la que se obtuvo más artículos fue Redalyc, Science Direct y Springerlink, y de igual forma en las bases de datos secundarias, en las que se encontró mayor cantidad de artículos fueron Google Scholar, y repositorios de las Universidades de San Buenaventura, el Rosario, Escuela de Rehabilitación Colombiana y Manuela Beltrán. Seguidamente en la fase de selección e inclusión se halló mayor cantidad de artículos en la base de datos Scielo y Google Scholar, los cuales responden de forma más precisa a los criterios de búsqueda (ver diagrama 1)

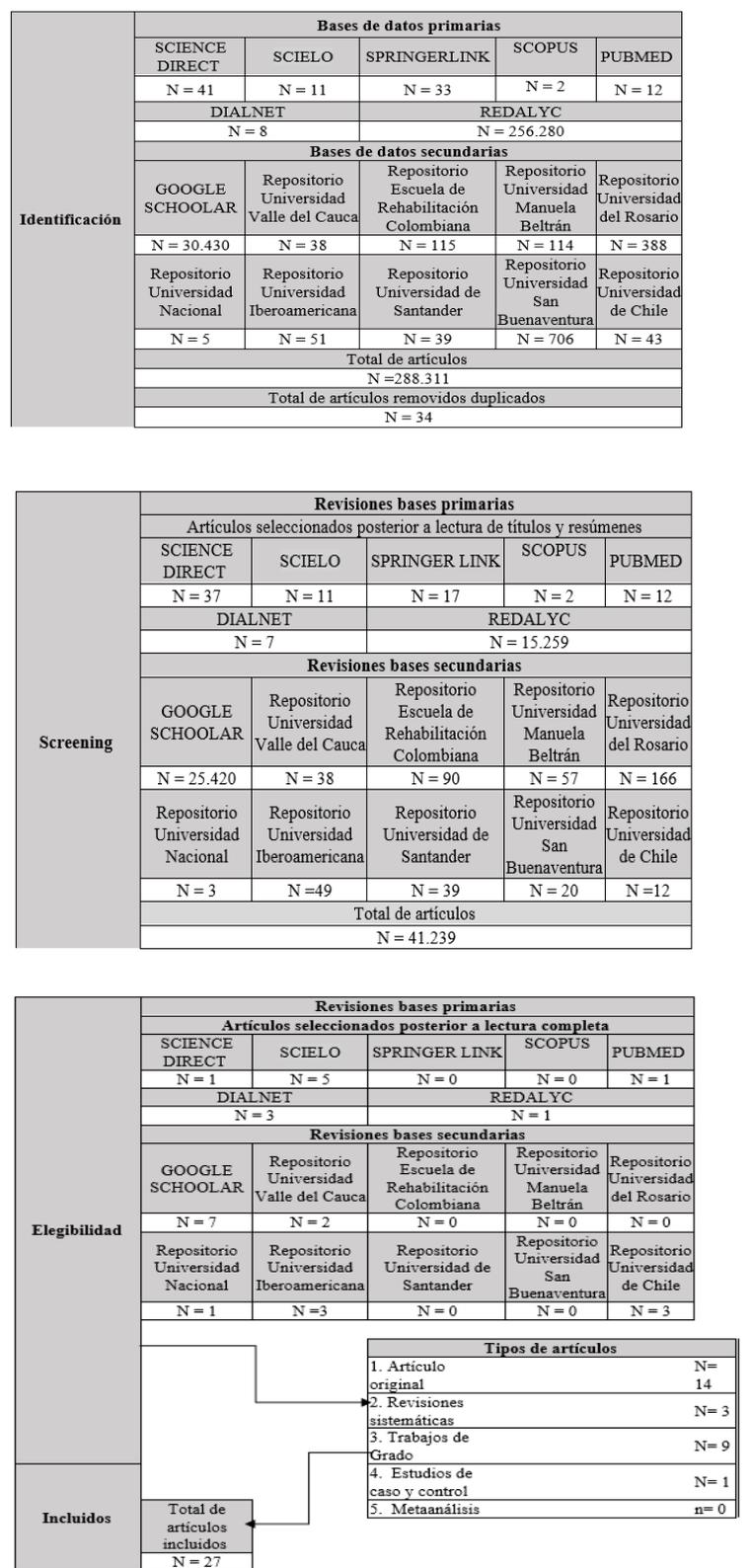


Diagrama 1. Diagrama de flujo PRISMA, para la pregunta pico ¿Cuál es el desafío de la Atención Primaria de Salud en frontera?

De acuerdo con la información documentada, Para implantar la Atención Primaria de Salud en frontera se requiere competencias, diversos conocimientos que ayudan al diseño, desarrollo y ejecución de proyectos y programas, que ayuden a disminuir los riesgos que afectan la salud comunicativa y fomentar la práctica de estilos de vida saludables en comunidades. De esta manera, se percibe como un profesional competente para desenvolverse en el primer nivel de atención en salud, ejecutando actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad [4]. Desde la puesta en escena de la APS, los profesionales son considerados como un ente capaz de desempeñarse en los campos de la promoción, prevención, habilitación, rehabilitación e inclusión [29] [36], todas estas con el fin de mejorar y prevenir alteraciones en el estado de salud de los individuos, determinando factores influyentes a través de la caracterización de poblaciones, para así, intervenir y mitigar los distintos riesgos presentes, por medio de estrategias como educación en salud [37].

Experiencias internacionales

Según los hallazgos encontrados en documentación internacional, en las fronteras de los países como Canadá, Brasil, España y Puerto Rico, desde la perspectiva de APS se realizan acciones encaminadas a la prevención, evaluación, diagnósticos y tratamiento en personas que manifiesten deficiencias, en cualquier etapa de la vida [38] [39] [40]. Según la normativa de estos países, registra el trabajo desde un enfoque en APS, para generar programas dirigidos a la promoción de la salud; la prevención de enfermedad; la evaluación e intervención de las alteraciones; consultoría y asesoría de grupos poblacionales; la habilitación y rehabilitación de las dificultades de la comunicación [28] [41] [42].

El la fronte norte más de la mitad de toda

la atención primaria en salud se recibe en México. Las razones para el uso mexicano giraron en torno al costo, la accesibilidad y las percepciones de efectividad. El estado del seguro estaba relacionado con tener una fuente regular de atención, mientras que los niños sin seguro que informaron la mayor parte de la atención en México tenían menos probabilidades que los niños sin seguro en los Estados Unidos de haber tenido una visita de atención de rutina [43].

De igual, forma en Chile la estrategia de APS está enfocado en el autocuidado, la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades y la atención integral de las familias, razón por la que se hace necesario la implementación de políticas públicas, que generen escenarios que sean propicios para el fomento de la salud y la participación de la comunidad [44]. La desigualdad e inequidad, en la frontera se refleja en la cobertura al tratamiento se brinda por medio de instituciones privadas o de alta complejidad, que implican altos costos en la atención. En los estudios encontrados, sugieren que esta problemática variaría si se incorporara a este profesionales en el primer nivel de atención, donde podría diseñar propuestas orientadas a la prevención de problemas comitarios y a su vez, brindar un servicio especializado, con mayor cobertura para la población, en los centros más cercanos a su residencia, dando como resultado beneficios para el Estado, el sistema de salud y los ciudadanos [45] [46] [47].

Experiencias nacionales

La atención integral de la población fronteriza requiere de la participación de varios profesionales de la salud, y afines cada uno aportando sus conocimientos desde su formación; atención [29]. los profesionales lleva a cabo actividades encaminadas a la participación comunitaria, ciudadana y social, aspectos fundamentales establecidos

en la estrategia de APS [28], incentivando a que se considere en toda intervención los determinantes sociales de salud (DSS) [48].

Los avances de un país están estrechamente relacionados con el estado de salud de los ciudadanos, los cuales se reflejan en diversos indicadores, como el aumento de la calidad de vida y la esperanza de la misma, es por ello [49]. Algunos autores sostienen, que si se realizara la inclusión diversos profesionales, en aspectos relacionados con la promoción y prevención, tratamiento y mitigación de dificultades, esto traería beneficios para el desarrollo de nuestro país. Según lo anterior, se considera que tras el cumplimiento del Plan decenal de salud pública, existirán estudios que reconozcan el accionar con el desarrollo de la estrategia de APS [48] [50]. A su vez, ello permitirá que el fortalecer los equipo interdisciplinario de salud, se involucre ampliamente en las RIAs, siendo estas una herramienta del modelo de atención integral en salud, que establece la prestación integral del servicio, con la finalidad de promover el bienestar de la comunidad en general, en este caso este profesional podrá contribuir al bienestar comunicativo de toda la población [51].

Desafío de la frontera colombo venezolana

En la frontera Colombo Venezolana se destaca que no está desarrollando acciones directas y coordinadas en el diseño de propuestas direccionadas a comunidades, enfocados a promover la salud y prevenir la enfermedad. Esta situación es consecuencia de que en el proceso de formación de estos profesionales, se incorpora en su plan de estudios bajos aspectos relacionados con la salud pública, que permitan responder a las necesidades que tiene la población, de igual forma, la escasa oportunidad que se le da fuera del ámbito clínico, limitando el desarrollo de sus habilidades, competencias

y de su quehacer en el fortalecimiento de la estrategia de APS y salud pública [52].

La APS ha venido fragmentando al pasar de los años, la concepción de comunicación con relación a los criterios sociales, visto esto como la necesidad de explorar nuevos campos de participación donde ha tenido limitadas aportaciones. Desde APS, el ejercicio está relacionado con el enfoque preventista, aunque estas acciones no siempre son realizadas, por lo que se requiere que desde esta perspectiva, se establezcan particularidades únicas, propias y específicas [53]. Por lo tanto, se hace necesario que desde las instituciones de educación superior, estos sean orientados bajo un enfoque de APS, ya que esta ha sido una de las deficiencias encontradas en los estudios de esta revisión literaria; se destacan instituciones que marcan la diferencia, en este proceso educativo, como la Universidad del Cauca, Universidad Santiago de Cali, Universidad Nacional y Universidad del Valle, quienes incorporan en su plan de formación prácticas de APS [28] [52].

Por otro lado, en vista de esta necesidad formativa, urge también que desde los niveles de postgrado, se brinden currículos participativos en ambientes comunitarios, educativos y públicos, que den lugar al desarrollo de competencias y aptitudes orientadas a la estrategia de APS, para que en este sentido, se abran escenarios que permitan la participación en estas líneas formativas; permitiendo que de esta manera, el profesional sea involucrado en los niveles primarios de salud, donde desarrolle acciones dirigidas a la prevención de la enfermedad que repercutirán en los aspectos comunicativos y deglutorios, como en las enfermedades crónicas, reduciendo ampliamente los costos y deterioro de la salud de personas, familias y comunidades [28].

Por otra parte el sistema de salud Colombiano dificulta la adherencia de la estrategia de APS, porque centra en la atención de contingencias, si bien desarrollan acciones aisladas de prevención, se tiene gran expectativa con al a Ley 1438 de 2011 frente a la implementación de la APS como la estrategia fundamental. [46].

Discusión

La atención primaria en salud es una estrategia que ha venido siendo implementada oficialmente desde la declaración de Alma Ata en 1978, con el objetivo principal de lograr la meta de la salud para todos en el año 2000 [54]. Por medio de esta se busca que todos los individuos y familias de una comunidad tengan acceso a la asistencia sanitaria, a través de medios asequibles y óptimos para ellos, basado en los principios de calidad y equidad, permitiendo que tanto ellos como el país se vean beneficiados. Esta se considera una parte fundamental de los países, puesto que contribuye al desarrollo socioeconómico de todas las comunidades, aportando efectivamente al desarrollo sostenible [55] [56].

La APS, se presenta como una de las grandes reformas del sistema de salud, que busca disminuir las deficiencias en la prestación de los servicios de salud, estrategia a la que apuntan todos los países en vía de desarrollo [57] [58] [59]. Para lograr el cumplimiento de esta estrategia, se requiere la participación de todo un equipo interdisciplinar del área de la salud, que pueda aportar todos sus conocimientos a la realización de programas encaminados a la promoción y prevención de la enfermedad, y que a su vez, realice aportes a la generación y reestructuración de políticas. Todos estos profesionales, deben llevar a cabo el ejercicio de su profesión tanto en individuos como en grupos, permitiendo una aproximación al contexto social, familiar y comunitario, en

el que se desenvuelven.

En el caso de la frontera Colombiana este se ha visto afectado, pues su participación en comunidades no es clara, limitando de esta manera su labor y siendo direccionado mayormente a la realización de actividades de individualizadas [60] [61]. Por esto, se considera que la atención en la frontera no responde completamente al modelo de APS, dado que sus acciones están siendo enfocadas atención individualizada, incluyéndose en el segundo y tercer nivel de atención en salud, con una escasa integración en el primer nivel de atención, reduciendo su participación en las actividades establecidas en APS, como la promoción y prevención de la salud [62].

Respecto a la calidad formativa, se identifica que se hace necesario que en las casas de estudios, se provean los saberes necesarios para establecer en ellos los principios de APS, con el fin de que al momento de emerger al campo laboral, puedan posicionarse correctamente en el ámbito comunitario y logren responder a las necesidades en salud, colectivas e individuales, tanto a nivel nacional como internacional, ya que en Colombia son pocas las universidades que brindan su educación bajo un enfoque de atención primaria [60] [63]. Esto incita a que se precisen nuevos escenarios de trabajo, que posibiliten se integre en los equipos de trabajo comunitario; considerándose este como un desafío más para el reconocimiento de estos dentro de la estrategia de APS y las demás normativas. Se estima la necesidad de fomentar diálogos entre los prestadores de servicios de salud, la academia, el sistema educativo, las fuentes de trabajo y las organizaciones sociales, con el intento de establecer el trabajo en APS como una labor de principio comunitario como punto de valor de las próximas generaciones que están aún en su proceso de formación e incluso a aquellos que se desempeñan actualmente en este nivel, pero sus acciones rehabilitadoras

están restringidas en un enfoque biomédico e individualizado de atención en salud.

En Colombia la estrategia de APS empezó a ser integrada alrededor de la década de los 80, a partir de la creación de programas en los que las comunidades internacionales dan sus aportes, siendo este proceso colaborativo y paralelo, razón por la que la situación en el país resulta ser similar a la que se percibe a nivel internacional. En el 2019 se consolidó la política de atención integral en salud, integrando los principios de la APS, que ofrece un modelo (MIAS) y rutas (RIAS). Por consiguiente, la APS ha venido siendo integrada en el sistema de salud colombiano en diversas políticas públicas de salud, que tienen como fin ofrecer atención a la comunidad a través de profesionales de la salud [64] [60]. Todas estas políticas han generado un campo abierto para que los profesionales de la salud se puedan integrar a ellas, siendo esta una limitante, al no reconocer directamente la labor de cada los profesional dentro de la APS.

Las RIAS son un instrumento obligatorio que establece tres tipos de rutas definidas de la siguiente manera: ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de la vida, ruta integral de atención en salud para grupos de riesgo y ruta integral de atención en salud de eventos específicos [5] [65]. Cabe resaltar, que dentro la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de la vida, el grupo interdisciplinar de profesionales encargados de valorar el crecimiento y desarrollo de los niños, jóvenes y adolescentes, de igual forma, este es nombrado en el apartado de adultos y adultos mayores, participando en la valoración de la salud, por lo que se hace aún más evidente, la necesidad de que las políticas se modifiquen y establezcan el accionar con relación a la APS.

Más recientemente el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) es la nueva cara de la Política de Atención Integral en Salud (MIAS); donde se fundamenta en la APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones, de acción. [66].

Conclusiones

Las dinámicas fronterizas producto de la migración y los intercambios sociales, culturales y territoriales, maquetan un desafío para la atención integral de las poblaciones, en este sentido la APS propone la estrategia de abordaje, coordinada desde los altos tomadores de decisiones, desarrolla en los territorios y planeada por las habitantes de frontera, no solo entra su atención en las contingencias, sino que responder a un abordaje integral de la comunidad.

La formación de talento humano en salud y otros sectores es fundamental para la implantación y sostenimientos de la estrategia de APS. Se requiere el desarrollo de competencias transdisciplinarias que respondan a los desafíos constantes de las dinámicas fronterizas, en este sentido es necesario implementar la salud en todas las políticas y APS en la formación de todos lo profesiones

La puesta en marcha de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS y la implementación del Modelo de Atención Integral Territorial, MAITE, representa una oportunidad para que los territorios de frontera reorganicen los modelos de atención y se centren en la priorización de las necesidades particulares, respondiendo de manera integral a los desafíos cambiantes

La implantación de las APS requiere una coordinación bilateral y una concepción

del territorio de frontera como una unidad geopolítica que responda a las necesidades de sus habitantes y migrantes.

Referencias

- [1] M. Elorza, N. Moscoso y F. Lago, "Delimitación conceptual de la atención primaria de salud", *Rev Cuba Salud Pública*, vol. 43, no. 3, pp. 432- 448, 2017
- [2] J. Hall y R. Taylor, "Health for all beyond 2000: The demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries", *Med J Aust*, vol. 178, n° 1, pp. 17-20, 2003
- [3] F. A. Gómez, *Tratamientos fonoaudiológicos en atención primaria de salud*, Argentina, 2018
- [4] R. Hechavarría y O. G. López, "Orientaciones conceptuales y metodológicas de rehabilitación (funcional /integral) para el componente primario de atención en salud (fase 1 y 2)", *Journal of Chemical Information and Modeling Iberoamericana*, vol. 53, 2013
- [5] J. Moreno-Chaparro, A. Calderón-Calvo, C. Cubillos-Mesa y M. Moreno-Angarita, "Política y práctica: servicios de fonoaudiología y terapia ocupacional para la primera infancia colombiana", *Rev la Fac Med*, vol. 66, n° 1, pp. 97-102, 2018
- [6] Organization The Pan American Health, "Declaracion De Alma-Ata", de *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS*, 2012
- [7] Ministerio de Salud, *Resolución 3280 de 2018*, 2018
- [8] Ministerio de Justicia, *Ley 1176 de 2007*, 2007
- [9] V. Barco, *Decreto 1216 de 1989. Ministerio de Justicia*, p. 4, 1989
- [10] Ministerio de Justicia, *Ley 715 de 2001*, p. 43, 2001
- [11] Ministerio de Justicia, *Decreto 1416 de 1990*, 1990
- [12] Ministerio de Justicia, *Ley 10 de 1990*, 1990
- [13] República de Colombia, *Ley 100 del 1993*, Diario Oficial., p. 80, 1993
- [14] Ministerio de Justicia, *Ley 1122 de 2007*, 2007
- [15] Ministerio de Justicia, *Ley 1438 de 2011*, p. 51, 2011
- [16] Congreso de la República, *Ley Estatutaria 1751 de 2015*, 2015
- [17] Ministerio de salud y protección social, *Resolución 429 de 2016*, 2016
- [18] Ministerio de Salud y Protección Social, *Resolución 489 de 2019*, 2019
- [19] M. Weisbrot, "Actualización : Evolución y transformación conceptual de la Atención Primaria de la Salud Evolution and conceptual transformation of Primary Health Care", *Rev Evid*, pp. 100- 103, 2014
- [20] G. Moreno-Gómez, "El nuevo modelo de Atención Integral en Salud –MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema?", *Rev Médica Risaralda*, 2016
- [21] R. J. López-Jaimes, F. J.-P. G. Y. Araque-Castellanos y D. (e. 4. Rivera-Porras,

- "Capacidades para la transformación de conflictos en sobrevivientes de minas antipersonales: una mirada desde la salud mental", *Ciencia e Innovación en Salud*, pp. 491-504, 2020
- [22] Ministerio de Justicia, *Resolución 2626 de 2019*, vol. 7, n° 13, p. 14, 1992
- [23] Ministerio de Justicia, *Decreto 4973 de 2009*, p. 5, 2009
- [24] L. Y. Bonilla-Flores, C. A. Carrillo-Molina, D. M. Jaimes-Palencia, S. M. Carrillo-Sierra, D. Rivera-Porras y L. E. .. Díaz-Posada, "Habilidades para la vida e inteligencia social como elementos favorecedores de la salud mental en universitarios", *Gac Méd Caracas*, vol. 129, n° 1, pp. 22-31, 2021
- [25] L. Viví, M. Peña-Oleas, L. Piragua y Areté, "Rol del fonoaudiólogo en el primer nivel de atención en salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia", *Areté*, vol. 7, n° 1, pp. 173-178, 2017
- [26] F. Espinosa, P. Herrera y D. Venegas, "Caracterización del quehacer fonoaudiológico en dos contextos de atención centros comunitarios de rehabilitación y hospitales de salud pública", Universidad de Chile Chile, 2014
- [27] N. Ferrada, N. Catalán, G. Dachelet, G. Muñoz Ll y A. Soto, "Análisis del cumplimiento de la atención fonoaudiológica de la guía clínica GES, en pacientes con enfermedad de Parkinson en centros de atención primaria de salud de Talca", *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, vol. 51, n° 2, pp. 110-114, 2013
- [28] S. Achury, I. Cifuentes, C. Lasso y S. Páez, *Fonoaudiología en la estrategia de atención integral a la primera infancia de cero a siempre*, Cali, Colombia. 2015
- [29] A. De Paepe, J. Sierpowska, C. Garcia-Gorro, S. Martinez-Horta, J. Perez-Perez y J. Kulisevsky, «Estado del arte: el rol del fonoaudiólogo fundamentado por un enfoque sistémico-ecológico», *Journal of Chemical Information and Modeling*, vol. 53, 2019
- [30] J. A. Castillo Mayedo, "El cuidado cultural de enfermería: necesidad y relevancia", *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, vol. 7, n° 3, 2008
- [31] G. Urrútia y X. Bonfill, "Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis", *Medicina clínica*, vol. 135, n° 11, pp. 507-511, 2010
- [32] D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D. G. Altman y G. Prisma, "Ítems de referencia para publicar revisiones sistemáticas y metaanálisis: la Declaración PRISMA", *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, vol. 18, n° 3, pp. 172-181, 2014
- [33] M. Rubio-Aparicio, J. Sánchez-Meca, F. Marín-Martínez y J. A. López-López, "Recomendaciones para el Reporte de Revisiones Sistemáticas y Meta-análisis", *Anales de psicología*, vol. 34, n° 2, pp. 412-420, 2018
- [34] E. Landa-Ramírez y A. de Jesús Arredondo-Pantaleón, "Herramienta PICO para la formulación y búsqueda de preguntas clínicamente relevantes en la psicooncología basada en la evidencia", *Psicooncología*, vol. 11, n° 2/3, p. 259, 2014
- [35] J. Mancilla-Ramírez, "Perinatología y Reproducción Humana: Alcances

- y proyecciones", *Perinatología y Reproducción Humana*, vol. 24, n° 3, pp. 159-160, 2010
- [36] K. E. Ramírez-Gómez y R. M. Sampallo-Pedroza, "Fonoaudiología y lactancia humana", *Revista de la Facultad de Medicina*, vol. 65, n° 2, pp. 297-304, 2017
- [37] E. H. Mesa Rosero, D. Figue Ortega, S. Rodríguez, A. Jiménez y G. Rodríguez, *Orientaciones conceptuales y metodológicas de rehabilitación (funcional/integral) para el componente primario de atención en salud (fase 3 y 4)*, Corporación Universitaria Iberoamericana, 2018
- [38] A. G. Osorio y C. V. Álvarez, "La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina", *Atención primaria*, vol. 45, n° 7, pp. 384-392, 2013
- [39] C. Soleman y C. L. Martins, "O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)-especificidades do trabalho em equipe na Atenção Básica", *Revista Cefac.*, vol. 17, n° 4, pp. 1241-1253, 2015
- [40] I. Ase y J. Burijovich, "La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?", *Salud colectiva*, vol. 5, pp. 27-47, 2009
- [41] A. Bertolotto, A. Fuks y M. Rovere, "Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto", *Saúde em Debate*, vol. 36, n° 94, pp. 362-374, 2012
- [42] A. Pavez y T. M. Silva, "Fonoaudiología y estética facial: experiencia de Brasil en la Atención Primaria de Salud", *Revista Chilena de Fonoaudiología*, vol. 14, pp. 45-54, 2015
- [43] C. D. M. R. Z. M. V. J. Seid M, "Crossing the border for health care: access and primary care characteristics for young children of Latino farm workers along the US-Mexico border", *Ambul Pediatr.*, vol. 3, n° 3, pp. 121-130, May-Jun; 2003
- [44] Y. E. Vega Rodríguez, A. M. Torres Rodríguez y M. N. del Campo Rivas, "Análisis del Rol del Fonoaudiólogo (a) en el Sector Salud en Chile", *Ciencia & trabajo*, vol. 19, n° 59, pp. 76-80, 2017
- [45] A. Silva Rios, P. Escudero, R. Hidalgo y M. del Campo, "Estudio Cualitativo de la Práctica Fonoaudiológica en el Contexto de la Atención Primaria de la Salud, en la Quinta Región de Valparaíso", *Ciencia & trabajo*, vol. 20, n° 62, pp. 103-106, 2018
- [46] Á. Franco-Giraldo, "El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS)", *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 33, n° 3, pp. 414-424, 2015
- [47] J. C. Eslava, "Promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia", *Revista de Salud Pública*, vol. 4, n° 1, pp. 1-12, 2002
- [48] J. Martin Villamil, *Procedimientos de promoción y prevención realizados por fonoaudiólogos en instituciones de salud de primer y segundo nivel en Bogotá*, 2009
- [49] Congreso de la República, *Ley 376 de 1997: or la cual se reglamenta la profesión de Fonoaudiología y se dictan normas para su ejercicio en Colombia*, 1997
- [50] M. S. Burrone, A. R. Fernandez, G. E. Acevedo, M. S. M. Lucchese, M. L. de

- Neira, Inocenti y J. C. Estario, "Análisis de estrategias de atención primaria de salud en el municipio de Malvinas Argentinas: Un abordaje cuantitativo", *Revista de Salud Pública*, vol. 11, n° 2, pp. 7-22, 2007
- [51] N. I. Molano Cubillos, *Salud auditiva y comunicativa*, Ministerio de Salud, 2016
- [52] C. Britos, *Fonoaudiología y APS: nuevos desafíos*, 2009
- [53] J. Klinger, A. Hidalgo, F. Guegia, C. Chilito, I. Camacho y J. (. Apráez, *Descripción del rol del fonoaudiólogo en una IPS pública de tercer nivel en la ciudad de Popayán, 2014*, 2014
- [54] J. Macinko, H. Montenegro, C. Nebot Adell y C. Etienne, "La renovación de la atención primaria de salud en las Américas", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 21, pp. 73-84, 2007
- [55] World Health Organization, *Atención primaria de salud*, 2017
- [56] Universidad de Antioquia, *Psicorientación*, 2009
- [57] M. Chan, "La atención primaria de salud, más necesaria que nunca", *Revista Cuba Salud Publica*, vol. 35, n° 4, pp. 29-30, 2009
- [58] G. A. Ippolito, "En busca de la atención primaria de salud y la salud para todos: reflexiones de una búsqueda", *Universitas Odontológica*, vol. 29, n° 63, pp. 29-36, 2010
- [59] Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/2007*, 2007
- [60] L. B. Carreño Patiño, *Acciones del fonoaudiólogo (a) en el marco de la Atención Primaria de Salud (APS); Nacional, la teoría frente a la práctica*, Departamento de Salud Pública, 2018
- [61] A. Figueroa Vargas, R. Iturra Urrutia, C. Matus Cárcamo y F. Muñoz Cortés, *Caracterización de las concepciones del ejercicio fonoaudiológico en Chile en los últimos 40 años*, 2015
- [62] L. Duarte, M. Peña, B. Pragua y L. Rodríguez, "Rol del Fonoaudiólogo en el primer nivel de Atención en Salud", 2009
- [63] A. M. Caicedo y H. I. G. Jiménez, "La fonoaudiología en el sistema de salud colombiano", *Areté*, vol. 13, pp. 5-15, 2013
- [64] Ministerio de Salud y Protección Social, *Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud*, 2019
- [65] Fundación Universitaria Maria Cano, *Programa de Fonoaudiología comprometido con modelo integral de atención en salud*
- [66] Ministerio de Salud y Protección Social, *Resolución 1147 de 2020*, 9 Julio 2020
- [67] Ministerio de Justicia, *Ley 376 de 1997*, p. 3, 1997
- [68] F. Espinosa, P. Herrera y D. Venegas, *Caracterización del quehacer fonoaudiológico en dos contextos de atención: centros comunitarios de rehabilitación y hospitales de salud pública*, 2014
- [69] J. Vignolo, M. Vacarezza, C. Álvarez y A. Sosa, "Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud", *Archivos de Medicina interna*, vol. 33, n° 1, pp. 7-11, 2011

- [70] E. J. Pérez-Rey, D. Y. Arenas-Tarazona, J. Forgiony-Santos y D. Rivera-Porras, "Factores predisponentes en la intervención sistémica de la violencia de género y su incidencia en salud mental", *AVFT Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, vol. 38, n° 5, pp. 547-552, 2019
- [71] C. I. González Zúñiga Godoy, "Los programas de estimulación temprana desde la perspectiva del maestro", *Liberabit*, vol. 13, n° 13, pp. 19-27, 2007
- [72] M. Bustos, C. Arancibia, N. Muñoz y J. Azócar, "La Simulación Clínica en Atención Primaria de Salud en contexto de docencia: una experiencia con estudiantes de Fonoaudiología", *Revista Chilena de Fonoaudiología*, vol. 17, pp. 1-14, 2018
- [73] M. X. M. Tolosa, M. A. V. García, N. S. Ramírez y V. Z. J. Socha, "La fonoaudiología en Colombia: una mirada posgradual en sus áreas de desempeño", *Areté*, vol. 13, pp. 158-165, 2013
- [74] M. Segura, R. Molina, N. Corredor, L. Dottor, L. Neira, M. Mambrú y J. Castellano, *Perfil y Competencias Profesionales del Fonoaudiólogo en Colombia*, 2016