



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

**Modelo de atención anticipatorio en salud:  
características, ventajas y desventajas y sus posibilidades de aplicación en el  
Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano**

**Autora**

**Natali Gómez Restrepo**

**Universidad de Antioquia**

**Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez**

**Medellín, Colombia**

**2022**

**Modelo de atención anticipatorio en salud:  
características, ventajas y desventajas y sus posibilidades de aplicación en  
el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano**

**Natali Gómez Restrepo**

**Trabajo de grado para optar al título  
de administradora en salud gestión de servicios de salud**

**Asesor**

**Román Orlando Restrepo Villa**

**Universidad de Antioquia**

**Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez**

**Medellín, Colombia**

**2022**

A mi madre, Margarita Restrepo, quien con su amor y esfuerzo me enseñó a seguir siempre adelante. Gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo, dedicación y valentía.

A mi esposo, por su amor, comprensión y ayuda incondicional, que han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más.

A mis hijos Salomé y Samuel, por sus ánimos, amor y paciencia, que me han permitido llegar donde estoy y ser ejemplo para ellos.

A mi asesor Román Orlando, infinitas gracias por su compromiso, dedicación, amabilidad y delicadeza para enseñarme y corregirme.

## Tabla de contenido

|   |    |
|---|----|
| Resumen.....  | 7  |
| Introducción.....   | 8  |
| 1. Planteamiento del problema.....  | 9  |
| 2. Objetivos.....   | 17 |
| 2.1 Objetivo General.....   | 17 |
| 2.2 Objetivos Específicos.....  | 17 |
| 3. Marco Teórico.....   | 18 |
| 3.1 Situación de Salud.....   | 18 |
| 3.2 Modelos Explicativos.....   | 20 |
| 3.2.1 Los Determinantes de la Salud según Lalonde.....  | 22 |
| 3.2.2 Determinantes Sociales de la Salud.....   | 23 |
| 3.2.3 Determinación social de la salud o concepto de la corriente de pensamiento:<br>medicina social latinoamericana.....   | 24 |
| 3.3 Sistemas de Salud.....  | 26 |
| 3.4 Modelos de Atención en Salud.....   | 28 |
| 3.4.1 Modelo Comunitario y Preventivo Atención Primaria en Salud.....   | 29 |
| 3.4.2 Modelo Preventivo a partir de la Carta de Ottawa.....   | 30 |
| 3.4.3 Modelo Curativo.....  | 30 |
| 3.4.4 Modelos de Promoción y Prevención en la Actualidad.....   | 32 |
| 4. Metodología.....   | 35 |
| 4.1 Enfoque epistemológico.....   | 35 |
| 4.2 El Método.....  | 35 |
| 4.3 Procesamiento y análisis de la Información.....   | 37 |
| 5. Resultados.....  | 39 |
| 5.1 Los Modelos, expresión de la perspectiva práctica de la salud pública.....  | 39 |
| 5.2 Modelo Biomédico.....   | 40 |
| 5.3 Modelo Preventivo.....  | 42 |
| 5.3.1 Características de los modelos preventivos.....   | 43 |
| 5.3.2 Atención Primaria en Salud, modelos preventivos y anticipatorios.....   | 45 |
| 5.3.3 Modelos Preventivos y Modelos Anticipatorios.....   | 47 |
| 5.4 Ventajas, desventajas y posibilidades de implementación de los modelos<br>preventivos y anticipatorios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud<br>de Colombia..... | 48 |
| 5.4.1 Ventajas.....   | 50 |
| 5.4.2 Desventajas.....  | 54 |
| 6. Discusión.....   | 58 |
| 7. Conclusiones.....  | 62 |
| 8. Referencias bibliográficas.....  | 66 |

## Glosario

**Sistema de Salud:** un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales

**Modelo de atención en salud:** Modelo de organización de los servicios de salud que corresponde a la forma en que los componentes del sistema de servicios de salud son organizados con el objeto de contribuir a su función colectiva.

**Atención integral en salud:** Es la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo de personal de salud competente a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad.”

**Modelo Biomédico:** “El Modelo Biomédico tiene sus bases en el pensamiento racionalista cartesiano y de la física newtoniana. Divide la naturaleza humana en cuerpo y mente, y el cuerpo es considerado como una estructura biológica cuyos elementos funcionan de acuerdo con leyes de la física clásica, en términos de movimientos y ajustes de sus partes. Desde esta orientación, básicamente patológica, se define la salud como ausencia de enfermedad, dividiéndonos entre sanos y enfermos, siendo enfermedad aquello que el médico pueda reconocer, demostrar y clasificar.

**Modelo Médico Hegemónico:** “Conjunto de saberes, que desde el siglo XVIII, se ha caracterizado por su biologismo, pragmatismo e individualismo entre otros rasgos, y por cumplir no solo funciones curativas y preventivas, sino también funciones de normalización, de control y de legitimación, este modelo parte de una concepción de la salud y de la medicina, que es individual y biologista. Se ve la enfermedad como un hecho puntual, que ataca a un individuo determinado, cuyas causas son conocidas, o explicadas desde la biología y la medicina, pero se olvida que ese individuo está en un medio y que las condiciones y relaciones de este en el medio también afectan las causas de la enfermedad

**Prevención:** Según la OMS en 1988 “se define como las Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”

**Atención Primaria en Salud:** La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el

tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas

## **Abreviaturas**

**AIS:** Atención Integral en Salud

**APS:** Atención Primaria en Salud

**CDSS:** Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud

**DSS:** Determinantes Sociales de la Salud

**ENT:** Enfermedades no Trasmisibles

**ET:** Enfermedades Transmisibles

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**RIAS:** Redes Integradas de Atención en Salud

## **Resumen**

El presente trabajo se realizó como requisito de grado para el programa de Administración en Salud de la Universidad de Antioquia y mantuvo como objetivo, Comprender el Modelo de Atención Anticipatorio en Salud, características, ventajas y desventajas y sus posibilidades de aplicación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Esta investigación se ocupó de los Modelos de atención en Salud y en particular de los Modelos Preventivos y Anticipatorios.

Este trabajo pretende, a través de un análisis de contenido, con una metodología de tipo cualitativo, describir un Modelo de Atención Anticipatoria en Salud, logros que se pueden derivar del mismo y, desde el sistema de seguridad social en salud de Colombia, las ventajas y dificultades para su aplicación.

Un modelo así pretende impactar mejor y más eficientemente; en el marco de la adquisición, cambio, mejora y mantenimiento de hábitos y comportamientos; los determinantes bio-psico sociales de los individuos y comunidades para el mantenimiento no solo de la capacidad funcional sino de un estado de bienestar durante los diferentes cursos de vida, permitiendo una gestión anticipada del riesgo en salud sobre todo y con preferencia en los desenlaces intermedios y de largo plazo de enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) principales causas de mortalidad actual en el ser humano, sumándole a esto que son las de más alto costo en salud; Este modelo tiene componente personalizado (cada paciente es único y diferente), predictivo (modela el perfil de riesgo), participativo (el paciente es responsable y participa como individuo de su propio cuidado) y anticipado (actúa antes de que aparezca la enfermedad ) finalmente se plantea la hipótesis razonable de que puede mejorar la sostenibilidad a largo plazo del sistema y promover un curso de vida con calidad y bienestar para las personas. Sin embargo, plantea retos en su implementación y práctica real por la aun presente hegemonía de un modelo más de tipo asistencial y curativo. Aun es muy incierta su eficiencia económica y su sostenibilidad, requerirá mejores estudios sobre su retorno financiero en el mediano y largo plazo.

### **Palabras Clave:**

Modelo de atención en salud, Modelo Biomédico, Modelo Preventivo, Modelo de Atención Anticipatorio en Salud, Atención Primaria en Salud



## **Introducción**

La siguiente monografía pretende comprender el concepto del modelo de atención anticipatoria en salud. Un modelo con foco preventivo y gestión anticipada del riesgo de cara a los determinantes de la salud, que posiblemente puede llegar a ser más eficiente y sostenible que los modelos actuales y previos, ya que estos siguen teniendo foco en la curación y la asistencia. La revisión bibliográfica buscó comprender la complejidad conceptual e identificar los elementos principales para la construcción (herramientas de evaluación, identificación y valoración del estado saludable; medidas de tratamiento preventivo y anticipatorio con la adquisición de hábitos y comportamientos; Infraestructura y prestación para la atención, sostenibilidad-financiamiento recursos humanos), de un modelo de atención que se anticipe a la aparición de la enfermedad.

Este trabajo busca además resaltar el peso y la importancia del concepto de anticipación en salud convencida de las bondades de una mejor práctica en salud pública en el nivel primario, más eficiente, más sostenible y orientada al bienestar de las personas. El administrador en salud podrá encontrar en esta revisión elementos para darle continuidad a futuras investigaciones en otras poblaciones como las hoy llamadas saludables o personas que aparentemente no consultan, pero no saben su nivel de riesgo y tampoco son conscientes de que al conocerlo e intervenirlos tempranamente se impacta en su salud futura.

## 1. Planteamiento del problema

En el ámbito de los sistemas de salud y por tanto de la salud pública, la discusión sobre los Modelos de Atención ha sido permanente, es de gran interés y es inacabada. Como tema, reviste todo el interés académico sobre el cual diferentes disciplinas se han interesado, pero además es un problema de definición política, que normalmente se corresponde con la configuración general del sistema de salud en el cual tiene lugar.

Precisamente, el tema general que identifica este trabajo, es el de los modelos de atención en salud y de manera particular, los modelos denominados por algunos como modelos anticipatorios de salud.

Un primer acercamiento nos deja ver que, en el mundo de las ciencias, como lo reconoce Mujica, los modelos siempre han estado presentes, son productos de un trabajo teórico profundo y cuyas raíces están en íntima relación con la realidad que se trata de modelar. En esos campos, el término de Modelo, se utiliza como representación, explicación, teoría o aún como analogía. Concluye así este autor que “el modelo constituye un resultado complejo, producto de ideas, experiencias, prácticas, sentires e instituciones suscitados en un contexto determinado por la intención de conocer, cuyo dinamismo, producto de la realidad compleja y cambiante, determinan su validez en el tiempo” (1).

Precisamente, como lo señalan Acevedo, García, Aragón y Martínez, una de las utilidades de los modelos en las ciencias, es la investigación. Buena parte de la investigación científica se basa en los modelos en lugar de la realidad misma, ya que mediante el modelo se pueden identificar hechos y características de la realidad representada (2).

El diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (RAE), reconoce 11 acepciones a la palabra modelo, lo que le confiere al término una gran diversidad. Aquí, se resaltan tres de ellos, por su proximidad al tema general de este trabajo. En el primero de estos significados se señala que modelo es “un arquetipo o punto de referencia para imitarlo o reproducirlo” (3), así un modelo puede ser un proceso, una cosa, un comportamiento o aún una persona. Un segundo significado señala que un modelo es la “representación en pequeño de alguna cosa” (3), no es la cosa en sí, sino la elaboración que la representa. Finalmente, en una definición más robusta y que puede aportar una mayor comprensión del término, un Modelo es un “esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja, como la evolución económica de un país, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento” (3). De ellas, se puede

concluir entonces que un modelo no es la cosa en sí sino una representación que se construye, con el fin de aportar una más fácil y mejor comprensión de una realidad compleja, “aunque los modelos no se ajusten con perfección a todos los detalles del objeto al que se refieren, pueden proporcionar una información útil y profunda sobre su funcionamiento” (2).

En el área particular en el cual este trabajo se inscribe, la revisión de la literatura disponible en el campo de la salud pública y del sub-campo de los sistemas de salud, da cuenta de una diversidad de expresiones que involucran la palabra modelo, que deben en primera instancia, identificarse y diferenciarse claramente.

Así se encuentran expresiones como “Modelos Explicativos”, “Modelos de Sistemas de Salud”, “Modelos Organizativos”, “Modelos de Servicios de Salud” y “Modelos de Atención”, algunas de ellas a veces utilizadas de manera alternativa y como sinónimos, pero otras, con matices que permiten establecer diferencias entre ellas.

Como se mencionó ya, en el ámbito de la salud pública, uno de los modelos desarrollados son los denominados modelos explicativos. Estos se refieren a diferentes formas como históricamente se ha tratado de explicar el proceso salud-enfermedad en las sociedades y en los diferentes grupos humanos. Estos modelos, como lo advierte Arredondo (4) han evolucionado a través del tiempo, y esta evolución ha dependido del nivel científico y tecnológico alcanzado de la organización social predominante en cada época, lo mismo que de la cultura. Igualmente, como lo señalan Hernández, Orozco y Arredondo (5).

[un] aspecto relevante de la revisión de los modelos conceptuales en salud pública se refiere a que, en general, buena parte de estas propuestas aparecen relacionadas con la perspectiva histórica del análisis del proceso salud-enfermedad, incorporando variables epidemiológicas, ecológicas, culturales, geográficas y económicas, bajo una perspectiva interdisciplinaria. (p.316)

Efectivamente, Arredondo diferencia 11 modelos explicativos del proceso salud enfermedad y los identifica como el mágico-religioso, sanitarista, unicausal, multicausal, epidemiológico, ecológico, social, histórico-social, geográfico, económico e interdisciplinario (4,5) Puede afirmarse que, en la vida real, en la actualidad, esos modelos coexisten, sin embargo, en el mundo académico los predominantes hoy son los modelos Epidemiológico o de factores de riesgo y el de los Determinantes Sociales el cual en el ámbito latinoamericano disputa su lugar con el modelo de Determinación Social del proceso salud enfermedad, distintivo de los desarrollos de la salud colectiva y la medicina social latinoamericana.

De una manera más sintética, Hernández, Orozco y Arredondo, identifican los modelos actuales como el biomédico, el epidemiológico, el clásico, el higienista preventivo y el socio médico (5).

Por otro lado, los Sistemas de Salud también se han tipificado en modelos. Franco (6) por ejemplo los diferencia como sistemas segmentados, sistemas nacionales, sistemas privados y sistemas públicos. De manera similar, Londoño y Frenk (7) los han identificado como modelo público unificado, modelo liberal atomizado, modelo de contrato público y modelo segmentado, asumidos por estos autores como antecedentes a su planteamiento de modelo denominado del Pluralismo Estructurado, al cual obedeció la estructuración del actual sistema de salud colombiano.

Finalmente, los Modelos de Atención, si bien constituyen un aspecto particular, guardan estrecha relación y se corresponden con los Modelos de Sistemas de Salud. De esta manera, se ha considerado que los modelos de sistemas y los de atención, se articulan siguiendo un esquema de categorías de jerarquización superior e inferior. Aquellas categorías de orden superior definen aspectos como el financiamiento, la administración y la propiedad de la infraestructura, que determinan la estructura general del Sistema de Salud, mientras que las categorías de nivel inferior, se relacionan con aspectos de organización de la atención relacionados con la atención de las necesidades de salud de los usuarios y la ejecución de los programas institucionales de atención en salud (8).

Particularmente, el Modelo de Atención en Salud es definido por la Organización Panamericana de la Salud como (9).

el diseño de la forma óptima en que se organizan los recursos materiales y humanos en un sistema de salud; niveles de atención; perfil de competencias, etc., con el objeto de contribuir al mayor nivel de salud de las personas. También se refiere a las características, valores y principios, tipo, estructura y combinación de servicios de salud que se ofrecen en un país.  
(p,xiii)

Más particularmente el Modelo de Atención en Salud, en una acepción más de tipo poblacional, hace referencia a la “respuesta institucional organizada para atender las necesidades de salud de la población, considerando las condiciones psicosociales, culturales, biológicas y de accesibilidad a los servicios, para ofrecer al usuario(a) una atención integral con calidez y calidad basada en la evidencia” (8).

Como ya se advirtió, si bien hablamos de expresiones y realidades diferenciables, los modelos explicativos, los modelos de sistemas de salud y los modelos de

atención es salud, guardan una estrecha relación. Por ejemplo, para Frenk y Donavedian (10), los Sistemas de Salud de los países son la expresión de la acción del Estado, que materializan su propia concepción de responsabilidad sobre la salud de la población. De esa manera los diseños estructurales de los sistemas de salud no obedecen meramente a criterios técnicos y sí más bien, son la expresión del tipo de sociedad a la que pertenecen. Para estos autores, su configuración depende incluso del modelo de desarrollo, llamados por ellos como “patrones de desarrollo” y allí de variables como los procesos de industrialización y urbanización, la economía médica mundial, la idea de modernidad, la estructura de mercado de servicios de salud y el sistema de representación de intereses en la sociedad.

Castellanos, retrata claramente la complejidad de estas relaciones cuando dice que (11):

La situación de salud se articula con el conjunto de la sociedad y sus procesos, de allí que el sistema de salud, su organización y operación, así como las propuestas de reformas, no son solamente un asunto de carácter técnico, sino que se entrelazan con procesos estructurales y coyunturales de la economía, de las formas de relación entre los diferentes sectores de la sociedad y con el Modelo de Estado y de sociedad que tenemos y los que deseamos construir. En este campo hay importantes implicaciones éticas acerca del desarrollo y la gestión de lo público y lo privado (p15).

A propósito de la situación de salud, el primero de los aspectos resaltados arriba, cada año la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su Informe anual “Situación de Salud en las Américas” presenta los indicadores básicos que ilustran el estado de salud de la región. Para el primer trimestre de 2018 en América latina, las enfermedades transmisibles (ET) afectaron a 60 personas por cada 100.000 habitantes, mientras que en Colombia afectaron a 62 personas por cada 100.000 habitantes, al cierre del año 2018, Colombia tuvo 83.227 casos de malaria, 25.284 enfermos de dengue y por cada 100.000 habitantes se infectaron 16,9 personas con el virus del sida (12).

En 2019, sólo en el departamento de Antioquia, se presentaron 544.555 personas con alguna condición transmisible y/o nutricional y 4.224.107 casos de enfermedades infecciosas/respiratorias y parasitarias (13).

No obstante, las enfermedades no transmisibles (ENT), como las cardíacas, el cáncer y los accidentes cerebrovasculares, son las principales causas de muerte en las Américas y en Colombia. En la región de las Américas, para el periodo enero a marzo de 2019, la tasa de ENT fue de 428 personas por cada 100.000 habitantes. Comparado con lo ya descrito acerca de enfermedades transmisibles, esta es una

mortalidad siete veces más alta. Colombia está por encima del promedio, pues en el primer trimestre de 2019 tenía una mortalidad por ENT de 472 personas por cada 100.000 habitantes, en el mismo periodo las enfermedades cardíacas y la diabetes acabaron con la vida de 100,1 personas por cada 100.000 habitantes y por enfermedades cerebrovasculares murieron 42.1 por cada 100.000 habitantes. Así mismo para marzo de 2019 según las estadísticas del ministerio de la salud y la protección social, cada hora fallecían 4 personas por adicción al tabaco (14).

Como puede observarse, la alta prevalencia tanto de enfermedades transmisibles como no transmisibles, tanto en la región de las Américas como en el país, es propio de lo que los epidemiólogos han denominado como una situación de salud en transición epidemiológica, lo cual genera mayores desafíos al diseño del modelo de salud.

Para Franco, el Modelo de Atención en Salud estructura normas, instituciones, incentivos, entre otras cosas, con el fin de precisar relaciones y establecer reglas de juego con el fin de favorecer el desarrollo de la respuesta social en salud y articular elecciones individuales y colectivas en una organización compleja, como es el sistema de salud (6).

Finalmente, a partir de una primera revisión de la literatura, es posible darse cuenta que los autores no se ponen de acuerdo sobre la forma de denominar los Modelos de Atención. Rey, Leiva y Moraga, por ejemplo, dividen los modelos en Biomédico y Biopsicosocial (15), mientras que Reyes, Cuesta y Vidal los identifican como modelo preventivo y modelo curativo (16). A su vez, Franco los reconoce como modelo preventivo epidemiológico y modelo médico clínico (6).

Se nota en cada una de estas formas de identificación su carácter dicotómico, así mismo como que lo que pareciera ser la característica principal de un modelo en una de estas toma el lugar del nombre en otra. Así, por ejemplo, una característica identificada como principal en el modelo biomédico, identificado así en la tipología de Rey, Cuesta y Moraga, es la de ser un modelo de tipo curativo, mientras que, en la clasificación propuesta por Reyes, Cuesta y Vidal, esta característica le da el nombre al Modelo Curativo.

Otros autores como Menéndez (17), Espinoza (18), Franco (6), utilizan el nombre de Modelo Médico Hegemónico, para referirse al modelo actual ampliamente expandido a partir de la llamada era de las reformas que como lo dice Franco (6), especialmente en América Latina, han desarrollado las agendas de los “organismos multilaterales” resultando en reformas sustanciales de orden económico en los sistemas de salud con implicaciones en la práctica de la salud pública que al

contrario de su actual racionalidad económica, presentó históricamente una lógica sanitarista.

Reformas que según Molina y Ramírez (19), promueven la privatización de los recursos y los servicios de salud, organizados en un ámbito de mercado con una reducida participación del Estado, presentados no obstante como la solución a los problemas de accesibilidad, de calidad, de eficiencia y de equidad en salud.

Colombia fue uno de los primeros países latinoamericanos, después de Chile, en implementar su reforma siguiendo los lineamientos del Banco Mundial y los hizo mediante la Ley 100 de 1993, creando el Sistema General de Seguridad Social en Salud cuyo pilar central es el Aseguramiento, como medio para acceder a los Servicios, para lo cual creó las llamadas Empresas Promotoras de Salud (EPS), entidades aseguradoras como las responsables de proveer los servicios contemplados en un paquete denominado inicialmente Plan Obligatorio de Salud. Este sistema generó un mercado de aseguramiento basado en la competencia entre las EPS y un mercado de prestación de servicios con prestadores públicos y privados. Estos dos mercados se soportan financieramente en un valor definido para cada afiliado al sistema llamado Unidad de Pago por Capitación.

Los modelos de atención en salud hegemónicos y derivados de estas reformas han sido caracterizados como modelos biomédicos, asistencialistas, curativos y morbicéntricos y que presentan grandes dificultades para el desarrollo de amplios programas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad (6,18).

Estas dificultades ya son señas desde la década del 70 y de los 80 en trabajos de Menéndez y más recientemente por Espinosa, a continuación, se resaltan las más importantes:

- Rasgos como biologismo, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, pragmatismo, etc.; que estructuralmente caracterizan, el modelo médico hegemónico y sus similares (biomédico, curativo, asistencialista) han limitado, incluso excluido la incorporación de determinantes socioculturales en la explicación de la etiología de las enfermedades y más aún en sus soluciones.
- El Modelo médico dominante basado en lo curativo y lo asistencial está ignorando los cambios en el perfil epidemiológico en el mundo, hoy hay mayor prevalencia de ENT y cada vez mayor demanda de recurso humano, infraestructura, tecnología e intervencionismo.(18,17)

- El mayor desarrollo industrial (industria 4.0), implica potencialmente la consideración de la importancia de los factores socio - culturales, políticos y económicos, por lo menos en la causa de las problemáticas en salud, mayoritariamente predominantes (padecimientos crónicos, ENT).(17)
- En los sistemas de salud actuales a pesar del esfuerzo político y las recomendaciones de los organismos multilaterales, continua en la práctica, el predominio de las estrategias curativas, respecto de las preventivas, en las instituciones de salud en general y en particular en los sistemas de seguridad social, es decir los recursos financieros están en su mayoría en dichas estrategias curativas(17,18)
- Los costos de la atención a la salud, en los modelos predominantes actuales (hegemónico y similares, curativo, asistencial) están centrados primariamente en medicamentos, equipo y en el costo del personal asistencial, el cual incluso cada vez busca especializarse más. (17)
- La formación del talento humano en salud adolece de los conocimientos y la sensibilización por la prevención y la promoción de la salud. Se forma en el entorno primario de la explicación biológica de la enfermedad y es afanoso incluso el conocimiento por especializarse, subespecializarse y fragmentarse, lo que se refleja en la atención clínica. Incluso la disposición del sistema de atención se fragmenta de la misma manera y es muy pobre el interés por la integración y la concepción preventiva. (17)
- El modelo médico predominante, tiene mayor consumo de equipo médico y de tecnología médica cada vez más específica, sensible y más costosa, también mayor aumento de la “intervención médica” y dependencia de esta para tratamientos y manejos. Menéndez incluso ya desde los 80s menciona la “normalización” de determinada clase de intervenciones como mecanismo estandarizado de atención. Ejemplo manejo farmacológico de la dislipidemia sin tener en cuenta antes, hábitos y comportamientos de alimentación y ejercicio (17)

Por último, la discusión es amplia, pero no concluyente sobre si un Modelo Preventivista es menos costoso o no que un Modelo Biomédico, curativo o asistencial. La hipótesis es que un Modelo Preventivo, debería tener una notable potencialidad en la reducción de costos, tanto en recursos materiales como en recursos humanos, sin embargo, aún no hay estudios sensibles y específicos que así lo demuestren, pero la atención desde la promoción de la salud y la prevención temprana, debería poder lograrse con un buen primer nivel de atención, menos uso de tecnología, menor consumo de fármacos y muchísimo menos intervencionismo



con mejor y más eficiente escalonamiento de servicios de atención médica, la participación del individuo y la población en acciones de autocuidado, comportamientos y hábitos saludables deberían llevar a acciones de salubridad y saneamiento de bajo costo. Pero sigue siendo una hipótesis (17)

Cerrando la ilustración sobre la problemática, Espinosa refuerza que el modelo médico dominante, está mercantilizado, (se refiere a este como neoliberalizado) (18) con creciente uso de la tecnología y crecimiento de la industria farmacológica, muy subordinado a la intervención y poco interesado en la prevención, mucho menos en la promoción de la salud (a lo que hoy se dedica menos del 20% del presupuesto en salud) (17) y por lo menos por ahora no ha logrado ofrecer una solución que haga sostenible a largo plazo un sistema de salud y genere mayor bienestar en los individuos.

Alternativamente, modelos de tipo preventivo han sido más recientemente invocados incluso a nivel de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, particularmente a partir de abogar por el rescate de la estrategia de Atención Primaria en Salud como eje articulador de los Sistemas de Salud.

El desarrollo y la maduración de un Modelo Preventivo debe lograr anticiparse a la enfermedad, de este modo se empieza a concebir e identificar elementos de un Modelo de Atención Anticipatorio en Salud y es precisamente el que este trabajo se propone identificar y profundizar (7).

En concreto, inscribiéndose en las discusiones actuales a este respecto en nuestro país, este trabajo pretende responder a la pregunta de ¿En qué consiste el modelo de atención anticipatorio en salud, ¿cuáles son sus componentes característicos, sus ventajas y desventajas y que posibilidades tendría de implementarse en el actual sistema de seguridad social colombiano?

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo General**

Comprender el Modelo de Atención Anticipatorio en Salud y sus posibilidades aplicativas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar las características del Modelo de Atención Anticipatorio en Salud y sus fundamentos.
- Determinar ventajas y desventajas del Modelo de Atención Anticipatorio en Salud
- Explorar las posibilidades que ofrece el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano para su aplicación.

### **3. Marco Teórico**

Tradicionalmente y de manera común, las acciones desarrolladas durante y después de la presencia de la enfermedad para recuperar la salud, han estado enmarcadas en modelos de atención de tipo curativo. Hoy, sin embargo, hay autores que empiezan a reconocer modelos de atención en salud, de tipo sanitarista o de tipo preventivo, a los que se les puede endosar el término anticipatorio, porque a diferencia de los modelos curativos donde la acción viene después de la enfermedad, estos modelos actúan antes de que la enfermedad aparezca e incluso pretenden evitarla por completo, aunque en la práctica real, no se habla aún de ausencia absoluta de la enfermedad. Pero llegar a definir un modelo de atención en salud, como lo referencia Castellanos (11), y más un modelo de atención anticipatorio; no es un asunto meramente técnico y antes se debe abordar el tema desde el concepto del modelo de sistema.

Comprender el concepto de sistema de salud debe ser anterior a asumir el concepto de modelo de atención ya que el primero abarca por completo al segundo. Los sistemas se han organizado a lo largo de la historia de manera diferente y son diferentes según la época, la región e incluso el país, por ejemplo, no es lo mismo el sistema de salud canadiense que el colombiano. Los modelos de atención no son ruedas sueltas, ellos tienen que ver con el diseño general del sistema, encajan dentro del sistema y para encajar dentro del sistema, se tienen que parecer a este.

El modelo de sistema tiene que ver con un conjunto de componentes y sus relaciones organizadas y coordinadas, para desarrollar acciones encaminadas a dar respuesta a objetivos en salud para una población; el sistema tiene que ver con la financiación, la organización institucional, la regulación, con la rectoría del sistema, con la manera en que la gente entra o es considerada dentro del sistema etc. (6,11,20)

Es en resumen un asunto complejo que llevado paso a paso obedece a la situación de salud, a cómo se interpreta esa situación de salud a través de modelos explicativos y finalmente estos dos anteriores llevarán a los tipos de sistemas que finalmente determinan los modelos de atención. Aquí buscaremos recorrer este camino para entender cómo desde un sistema preventivo se reconocen los modelos de atención anticipatoria. A continuación, se van a reconocer cada uno de esos aspectos que determinan el modelo de atención (6,11,20).

#### **3.1 Situación de Salud**

En este primer apartado se describe, cómo la situación de salud se ha transformado con el tiempo y hay dos eventos principales: el primero es la transición epidemiológica y demográfica que ha sufrido el mundo y sobre todo países del tercer

mundo como Colombia, lo que le ha permitido pasar de una predominancia en las enfermedades transmisibles o de carácter infeccioso a enfermedades no transmisibles o de carácter crónico, el segundo es el cambio en hábitos, comportamientos y estilos de vida que han modificado los factores de riesgo.

Desde comienzos del siglo XX hasta la actualidad, la humanidad ha pasado de tener 2.000 millones de habitantes a más de 7.000 millones. El estado de salud de las personas y las comunidades se ha transformado con la evolución demográfica, los cambios en las condiciones de vida, el medio ambiente, y con desarrollo exponencial de la tecnología. Otros cambios sustanciales en la población tienen que ver con menores tasas de natalidad, y mayor prevalencia de enfermedades crónicas como principal causa de la mortalidad; fenómenos como la diversidad e inclusión sexual, las migraciones, la urbanización y concentración en las ciudades y el aumento del envejecimiento (21,22).

La OPS (23) en sus Indicadores básicos de 2019, describe que en las Américas durante los últimos 25 años hemos enfrentado una transición demográfica con una disminución de la fecundidad, una reducción de la proporción de la población joven y una esperanza de vida más larga. Para el año 2019 las personas de 65 años o más en la región de las Américas sumaban 116 millones, lo que representaba 12% de la población total de la región. Esta cifra casi duplica la población en 1995, cuando había 62 millones de adultos mayores que representaban 8% de la población total en ese momento. En los últimos 25 años, la región de las Américas ha logrado un progreso importante al aumentar la esperanza de vida de 72,3 a 76,9 años. Esta transformación está planteando un reto cada vez mayor para la respuesta de los sistemas de salud a las necesidades de una población que está envejeciendo.

En cuanto a la transición epidemiológica en las Américas, se avanzó mucho en los últimos 10 años en la eliminación de enfermedades prevenibles mediante la vacunación, se dio, además, el aumento alarmante de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, así como importantes factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. El sobrepeso y la obesidad son los principales factores de riesgo de aparición de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y algunos tipos de cáncer. La prevalencia del sobrepeso y la obesidad ha aumentado extraordinariamente durante los últimos 20 años (cerca de un 60% en toda América) (21,23)

La situación de Salud en Colombia no es muy diferente a lo que sucede en el resto del mundo. En Colombia se ha triplicado el número de personas mayores de 65 años en los últimos 40 años. La población mayor de 65 años representa el 8,5% de toda la población mostrando incremento en 2,0 puntos porcentuales con respecto a 2005. Hoy, la expectativa de vida en Colombia es de 76 años, cuando hace apenas

10 años era de solo 65. En Colombia, más de la mitad de los adultos entre 18 y 64 años (56 %) están en condición de sobrepeso u obesidad. Uno de cada 5 colombianos tiene obesidad. La prevalencia de la obesidad es del 18,7 % (24,25).

En el caso de sustancias psicoactivas, en Colombia el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2016 realizado en población escolar, expresa que la edad de inicio promedio en consumo de alcohol fue de 12,8 años, igualmente, se constató que el 7,0% de la población nacional consume tabaco, manteniéndose la cifra sin disminución sensible en los últimos 7 años. Por último, en Colombia en el año 2019, el 65,4% de las atenciones en salud que se prestaron a las personas tuvo relación con enfermedades no transmisibles, para un promedio de 13 atenciones por persona; le siguieron las condiciones transmisibles y nutricionales, que fueron el 13,8% de las atenciones para un promedio de cuatro atenciones por persona. El resto (20.8%) fueron atenciones por violencia, maternidad y signos y síntomas mal definidos (25).

### **3.2 Modelos Explicativos**

Después de este recorrido por la situación de Salud, es necesario mirar ahora los modelos que buscan darle una explicación o sentido al proceso salud – enfermedad. Es un tema extensamente referenciado en la literatura, pero que se abarcó desde la edad antigua y termina con un énfasis en la edad moderna. Desde las épocas más antiguas del tiempo, “el hombre ha elaborado diferentes modelos teóricos sobre el proceso salud-enfermedad, así como también han surgido diversas interpretaciones del mismo, que han orientado las prácticas sanitarias” (26).

Este entendimiento de la realidad en cada época se soporta por la concepción dominante de acuerdo al conocimiento que se tenga en la época y permite la construcción de modelos y valores que le dan a ese entorno particular un marco de referencia. Según Berbesí (27) el concepto de enfermedad no ha estado ajeno a este proceso de transformación y cambio de concepciones. En cada época del tiempo, han surgido etapas o eras” que implícitas en cada concepción dominante proveen una forma de interpretar la enfermedad, la que ha permitido el control de la misma.

Como se presentó en el planteamiento del problema, para Arredondo (4) y para Hernández, Orozco y Arredondo (5), los modelos explicativos se refieren a diferentes formas de análisis de los determinantes y condicionantes del proceso salud-enfermedad, son en número plural a lo largo de la historia, de tal manera que este autor reconoce once.

Así en la antigüedad el modelo explicativo más primitivo fue el Mágico – Religioso, en el que fuerzas desconocidas, espíritus y fuerzas mágicas eran los determinantes

del equilibrio entre la salud y la enfermedad y eran controlados por personajes respetados en la comunidad (chamanes, curanderos, sacerdotes etc.) por sus habilidades de comunicación espiritual y la ejecución de ritos, celebraciones y castigos (26).

Hacia el siglo VI, los griegos con nuevo conocimiento plantean un modelo explicativo de equilibrio y razón (26).

...enuncian que en el universo funcionan cuatro grandes cualidades o características, lo caliente, lo frío, lo húmedo y lo seco; las cuales a su vez resultaban del pareamiento de los cuatro elementos básicos: tierra, aire, fuego y agua. Este planteamiento establece que la salud y la enfermedad se producen a través del equilibrio o desequilibrio de estos elementos y cualidades. (p.35)

A partir de Hipócrates y Galeno en el siglo V y casi hasta el siglo XVIII abarcando la edad Media, en la edad media por el oscurantismo el conocimiento estuvo estancado, pero en el renacimiento salió de ese oscurantismo y estancamiento, el modelo explicativo dominante fue el de la teoría miasmática y el modelo de los humores. “La enfermedad se atribuía a emanaciones hediondas (miasmas); en la mitología griega el vocablo miasma significaba ‘contaminación’. Se trataba de una especie de ‘vapor o mal aire’. “La teoría de los miasmas se fundamentaba en la demostración de brotes, morbilidad y mortalidad; la prevención se apoyó en la introducción de sistemas de drenaje, alcantarillado y el saneamiento” (27).

Ya en el siglo XIX y XX con la descripción del método científico, la invención del microscopio y los descubrimientos de Pasteur y Koch, inicia otra era del conocimiento y el modelo explicativo que empieza a dominar es el unicasal, donde hay un agente biológico causal que genera una respuesta produciendo enfermedad. Sin embargo, no pasa mucho tiempo hasta que se empieza a evidenciar que la unicasalidad no logra explicar siempre la enfermedad ya que hay personas que teniendo el germen o la causa biológica no se enferman o se enferman sin tener el agente causal. El modelo multicausal aparece en la segunda mitad del siglo XX y plantea que ningún problema de salud responde a una causa única, aún los de origen bacteriano y para que se produzca un determinado problema, es necesaria la participación de diversos factores. Posteriormente llega Leavell y Clark (26) y dice que la salud y la enfermedad dependen del equilibrio o desequilibrio ecológico entre tres factores: agente, huésped y ambiente, mejor conocido como la triada ecológica de Leavell y Clark y sienta las bases de lo que se conoce a hoy como la “historia natural de la enfermedad”. “El conocimiento de la historia natural de la enfermedad, permite conocer la causa o etiología de una enfermedad, los medios de prevención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de una enfermedad” (26).

A partir de los años 70 en adelante se viene hablando de la teoría de la multicausalidad a esta le sigue el Modelo de Análisis de Factores de Riesgo y posteriormente surge el Modelo de los Determinantes de la Salud que son la base de los modelos explicativos actuales y en los cuales se profundizará un poco más.

Este recorrido desde la antigüedad demostró cómo siempre al hombre y a las sociedades según la época y el conocimiento les preocuparon las causas, condiciones o circunstancias que determinan la salud, lo que ya se conoce a partir de los años 70 como “determinantes”. Hoy se sabe que estos determinantes pueden ser el resultado tanto en lo individual como en lo colectivo, de complejas interacciones, entre múltiples factores de tipo social, económico, político, cultural, biológico, psicológico y ambiental. Es el producto de las relaciones que se establecen entre el hombre, el ambiente social y natural en que vive (28)(29).

Pero estos factores no sólo son importantes para la comprensión de la aparición de problemas de salud, sino también para la configuración del conjunto de acciones que llevan a cabo los individuos para resolver la presencia de tales problemas (modelos de atención).

En la era contemporánea distinguimos tres modelos explicativos de la salud y enfermedad tanto a nivel individual como colectivo y estructural a nivel de la comunidad (29):

### **3.2.1. Los Determinantes de la Salud según Lalonde**

Marc Lalonde, en el documento “Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses” (21) enunció un modelo que ha tenido gran influencia en los últimos años, el cual establece que la salud de una comunidad está determinada por la interacción de cuatro grupos de factores:

- El medio ambiente.
- Los estilos y hábitos de vida.
- El sistema sanitario.
- La genética y la carga biológica.

Según el desarrollo de Lalonde son los factores relacionados con los estilos de vida los que más se pueden impactar y los que más influyen en determinar la salud de las personas (son responsables por enfermar entre un 40 a un 60%) y las comunidades. Es decir, lo que cada uno hace en el tiempo es lo que al final tiene un alto influjo en determinar el estado de salud de cada uno (21).

Este modelo desarrollado por Lalonde (29)

...dio lugar al análisis epidemiológico de Alan Dever para la evaluación de las políticas de salud, que en un estudio de la mortalidad en Canadá se estimó que el sistema sanitario contribuye al 11% en la disminución de la mortalidad, mientras que la intervención sobre el entorno disminuiría en un 19%, la mejora en los estilos de vida en un 43%, manteniendo invariable los determinantes genéticos, que no eran modificables. Dicha interpretación, es así mismo cuestionada por quienes consideran que pueden sacarse consecuencias muy erróneas con relación a la eficiencia de los servicios sanitarios, pues estos, con una asignación del 90% de los gastos, solo aportan un 11% a la salud de la población, conclusión que resultaría desastrosa para el desarrollo de las intervenciones específicas en salud.(p.4)

### **3.2.2. Determinantes Sociales de la Salud.**

En este modelo se pasa del concepto de Lalonde que identificó la carga individual y los estilos de vida que cada persona elige, como los principales determinantes; a estudiar que quizás, lo principal son los sistemas gubernamentales, normas políticas y la distribución económica, los que de manera preponderante influyen en los determinantes de la salud de un individuo o población. En el año 2008 la OMS retoma el concepto de determinantes sociales de la salud (31).

En marzo de 2005, se lanzó en Chile la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a la que se encomendó la tarea de reunir pruebas sobre las inequidades, a fin de comprender los determinantes sociales de la salud y sus repercusiones sobre la equidad sanitaria, formulando recomendaciones para la adopción de medidas. En su informe de 2008, la Comisión definió los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana".(32)

La pobreza, las desigualdades sociales, la discriminación, la inseguridad alimentaria, las condiciones de vida poco saludable en la infancia y la falta de trabajo son determinantes de la mayor parte de las enfermedades, muertes y desigualdades en salud entre países, así como dentro de regiones y departamentos de un mismo país (29,33)

Ejemplo, se puede citar la diferencia en la expectativa de vida al nacer que tiene un/a habitante de Sierra Leona, en África occidental, que es de 47 años, con la de una persona que nace en Japón, que en promedio alcanzará a vivir casi 82 años, o los 20 años de vida menos que vivirá una persona pobre de los Estados Unidos en comparación con una de altos ingresos en el mismo país. Estas desigualdades; también se expresan al interior de un país como Colombia.



La CDSS plantea tres niveles donde se agrupan los determinantes sociales de la salud:

Un nivel estructural del contexto socioeconómico y Político con la macropolítica económica, las políticas sociales y la cultura de las poblaciones.

Un nivel intermediario cuyos determinantes son las circunstancias materiales (calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de consumo y el entorno físico); las circunstancias psicosociales y la cohesión social (factores como la tensión, el estrés, las redes de apoyo); los factores conductuales y biológicos (la genética, la nutrición, la actividad física, el consumo de tabaco, drogas y alcohol) y el propio sistema de Salud (31)

Un nivel proximal, alrededor del individuo, lo que el individuo hace y cambia por sí mismo teniendo en cuenta lo estructural y lo intermedio que se acaba de describir. De esta manera la CDSS supera la concepción de Lalonde, dando importancia además de lo individual, al entorno social y económico, al entorno físico, las características personales y los comportamientos individuales (31).

### **3.2.3. Determinación social de la salud o concepto de la corriente de pensamiento: medicina social latinoamericana**

Se ha revisado el estilo de vida, el entorno socio político, económico y físico, como principales factores determinantes de la enfermedad. Sin embargo, a partir de la década del 70 un núcleo latinoamericano liderado por el epidemiólogo y especialista en salud pública ecuatoriano Jaime Breilh (34), introdujo el concepto de modo de vida a los factores determinantes de la salud. Esta corriente de pensamiento crítica el planteamiento de los determinantes sociales de la salud a la vez que van más allá de los estilos de vida y plantean categorías de determinación como la clase social.

A su vez, ese grupo socioeconómico forma parte de una sociedad que tiene una manera en que esta se desarrolla y se condiciona. La determinación social de la salud habla así de tres dimensiones:

- La dimensión general (lo general): La estructura socioeconómica en que se organiza un país o región es muy importante como elemento general, ya que determina el por qué y hacia dónde va una sociedad (34).
- La dimensión particular de los grupos (lo particular): Este marco determina el modo de vida de los diferentes grupos sociales. Con modo de vivir se refiere al

modo de trabajar, el modo de consumir, el modo de organizarse los soportes sociales y colectivos, al modo de construir la identidad y a las relaciones ecológicas y de calidad ambiental (34)

- La dimensión Individual de las familias (lo singular): Esta es la dimensión particular en la que cada individuo se desarrolla como parte de la lógica del grupo al que pertenece (34).

En términos generales, el planteamiento básico de la corriente de medicina social latinoamericana es que, en última instancia, las condiciones materiales de existencia determinan la distribución desigual de la salud-enfermedad en los grupos humanos. Y estas condiciones están dadas, fundamentalmente, por los patrones de producción y reproducción social, por ello, estos son considerados determinantes fundamentales del proceso salud enfermedad (35,36).

En síntesis, el tema de los determinantes de la salud es de gran complejidad y aun hoy se continúa debatiendo sobre cómo identificarlos, cuáles son más importantes en cada contexto, cómo actuar sobre ellos e identificar dentro de cada grupo cuál es el peso de cada variable. Hay tendencias y corrientes que privilegian uno u otro grupo de determinantes. No obstante, hay cierto acuerdo en que los determinantes hay que mirarlos como complejas redes de factores interrelacionados.

Estos tres conceptos que se han revisado plantean las condiciones o posibilidades que tienen las personas para estar enfermas o sanas. Estar enfermo o estar sano no son conceptos separados. Durante el ciclo de vida del ser humano, la salud y la enfermedad siempre han estado presentes.

La salud es un concepto muy amplio, complejo y que se extiende a ser un estado de bienestar (calidad de vida). La misma Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1946 la definió "como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (37)

A partir de allí, otros pensadores enriquecieron el concepto con categorías, que al agrupar lo físico, mental y social, plantean un equilibrio bio-psico-eco-social. Como lo dice Gómez (38) ,en los años siguientes el concepto social de la salud como noción compleja y dinámica que cambia en el tiempo y se integra, se sigue enfatizando con autores como Rogers y John Fodor, quienes hablan de la salud como un continuo con gradaciones intermedias que fluctúan desde la salud óptima hasta la muerte, así como con el médico salubrista italiano Alessandro Seppilli, citado por Isla (39) quien la define como "condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social".

La OMS, poco después organizó con el apoyo de, El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y a la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) el evento más importante de salud de la década de los 70, celebrado en Kazajistán en la ciudad de Alma Ata. Allí la OMS (40,41), adicionó el concepto social y el de política sanitaria a su definición de salud: "... la salud es un derecho humano fundamental, y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social muy importante en todo el mundo". Además, el texto dice que su realización "exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud". Sin embargo, algunas voces críticas, como Milton Terris, citado por Orozco (42), han cuestionado este sentido absoluto de bienestar que incorpora la definición de la OMS y han propuesto la eliminación de la palabra "completo" de la misma.

En el proceso salud - enfermedad, existen diversos grados de afectación y no debería ser tratado como una variable dicotómica. Una propuesta alternativa, respetuosa con los logros de esta definición, propugnan un enunciado del tipo: "la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades" (42)

Hay diversos puntos de vista, en esta revisión el concepto de salud se circunscribe al ciclo de la vida y está más cerca del concepto de bienestar humano, holístico que trasciende lo puramente físico y no se circunscribe solo a lo biológico, sino que incluye lo psicosocial, espiritual y el entorno en el que vive el hombre. Por lo que es mejor hablar de Saludable como aquella condición que presume lo sano y busca el bienestar.

### **3.3 Sistemas de Salud.**

Con la descripción del estado de salud, la identificación de los determinantes de la salud y el concepto de salud - enfermedad revisados, ¿Cómo se debe gestionar o atender la salud? ¿Cuál y cómo debería ser la manera de hacerlo? ¿Cómo se pone en práctica el hacer? Las respuestas están en los sistemas de Salud y contenidos dentro de los anteriores en los modelos de atención. El concepto de sistema de salud reúne las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal es la mejora y mantenimiento del estado de salud. El concepto de modelo de atención establece la forma de organización de los niveles de asistencia y los mecanismos de remisión o derivación dentro de la red. El modelo de atención, además, determina las características, el tipo de recurso humano, el tipo de servicios que se entregarán y los recursos necesarios para el desarrollo de la asistencia (10)(11).

El sistema de salud generalmente corre paralelo a la política y normatividad del Estado (país) que lo desarrolla y dentro de él está el modelo de atención que materializa la manera de atender y lograr los indicadores en salud.

El sistema de Salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud de una determinada población. El Sistema engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. Por lo tanto, puede existir una respuesta social a los problemas de salud de la población que no involucre al Estado. En el extremo opuesto, puede haber sistemas de salud que no involucren al mercado y sean íntegramente provistas desde el Estado (43)

El autor argentino, Tobar (43) consultor para la OPS, y la OMS destaca cuatro tipos ideales de sistema de Salud.

El sistema universalista: se caracteriza por tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios que son suministrados por proveedores públicos. Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema. Este sistema privilegia la función del Estado como proveedor.

Sistema de Seguro Social: se caracteriza por un menor protagonismo estatal, una gestión mucho más descentralizada y una organización basada más en la regulación que en la planificación. La financiación es por aportes y contribuciones de los empresarios y de los trabajadores. Estos aportes son, por lo general, obligatorios y los administran los propios interesados. La gestión de los recursos y la organización de los servicios las efectúan entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con proveedores privados o públicos. Por definición, sólo cubren a los aportantes y su grupo familiar, aunque en los últimos años han tendido a universalizar su cobertura. Este sistema privilegia la función del Estado como financiador y regulador.

Sistema de seguros privados: Se caracteriza por ausencia del sector público tanto en las funciones de financiador como de prestador. Tiene una organización típicamente fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública. Este sistema limita la acción del Estado a una escasa regulación.

Sistema asistencialista: se centra en la concepción liberal que plantea a la salud como cuestión individual. Cada ciudadano se hace cargo de su salud no hay seguros privados, el estado solo apoya en lo mínimo a las personas absolutamente incapaces de asumir cuidado alguno por su salud (p.8-9).

Por su parte, en cuanto a estos modelos de sistemas de salud, Londoño y Frenk (7) tipifican cuatro modelos, a la vez que proponen un nuevo nombre para los sistemas que surgieron de las reformas a la seguridad social en la década de los 90 del siglo pasado. Así, estos autores hablan del modelo público unificado, el modelo privado atomizado, el modelo del contrato público y el modelo segmentado, frente a los cuales propusieron el llamado modelo del pluralismo estructurado, que identifica al actual Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. A esta tipología de Londoño y Frenk (7), debe agregarse, como lo hace Fresno (44), el Sistema Semashko o Sistema Centralizado, que identificó el Sistema de la ya desintegrada Unión Soviética en el siglo XX.

Colombia desde su sistema de Seguridad Social ha planteado un modelo de atención que en sus políticas teóricamente propone privilegiar la prevención y la promoción de la salud. Sin embargo, en la práctica, el modelo de atención tiende a organizarse alrededor del mercado y tiende a irse por un camino más asistencial y curativo que preventivo. El sistema de salud que privilegia la atención preventivista es el que finalmente promueve la atención anticipatoria que es el interés principal de esta monografía. Veamos por último en este soporte teórico los principales tipos de modelos asistenciales que materializan en el hacer y en la gestión en salud los conceptos y principios de los sistemas que se acaban de revisar.

### **3.4 Modelos de Atención en Salud**

Franco (6), como ya se mencionó, se refiere a los modelos de atención como conjuntos de normas, instituciones e incentivos que estructuran la respuesta social en salud y articular elecciones individuales y colectivas en una organización compleja, como lo es el sistema de salud.

Fruto de las mencionadas reformas a los sistemas de salud, los modelos de atención convertidos en hegemónicos denominados biomédicos, se caracterizan por ser de tipo asistencialista, curativos y centrados en la enfermedad y el paciente y que, desde allí, minimizan las posibilidades para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, particularmente a nivel poblacional (6,18).

Por su parte, los modelos de tipo preventivo han tenido recientemente una revaloración, particularmente por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, quienes han renovado el llamado para rescatar la estrategia de Atención Primaria en Salud como eje articulador de los sistemas de salud reformados.(6)(40)

Aunque la literatura en español e incluso la anglosajona (donde el término “Anticipatory medicine” se refiere con frecuencia a intervenciones anticipadas, pero en ancianos ya enfermos), aun no registran de manera formal, como Modelo de Atención en Salud, las estrategias de gestión del riesgo, que se ubican antecediendo la aparición de la enfermedad o que claramente son acciones ubicadas desde épocas tempranas del ciclo de vida y alrededor de la adopción y mantenimiento de hábitos y comportamientos, lo cierto es que estas no son nuevas y hacen parte conceptual y conservan las característica de los modelos de atención preventiva o preventivista.(45,46)

Autores como Reyes, Cuesta y Vidal (16), Solar e Irwin (31) y como se verá más adelante ya identifican la anticipación, como elemento de tipo preventivo, el cual constituye el objeto particular de búsqueda de este trabajo.

### **3.4.1. Modelo Comunitario y Preventivo Atención Primaria en Salud**

La Conferencia de Alma Ata en 1978 (41), le da vida a este modelo; reconoce el enfoque multicausal y multidisciplinarios del proceso salud-enfermedad por ello plantea un

...enfoque que busca una intervención que conjuga la actuación ambiental, las acciones preventivas y las acciones curativas. El interés de este modelo está puesto en políticas públicas, las conductas individuales y los estilos de vida. El objetivo de este modelo es lograr que cada persona tenga el derecho al nivel de salud más alto posible, que haya solidaridad y equidad en el sistema. Para lograr esto propone fortalecer los servicios de atención primaria en Salud como ‘puerta de entrada’, fortalecer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y complementarse con diferentes niveles de atención especializada de tipo ambulatorio y hospitalario. La acción coordinada de estos diferentes niveles de atención con eje central en el nivel primario debería ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población (atención Integrada e Integral) y eliminación de barreras geográficas, financieras, socioculturales, de genero etc. (Cobertura y acceso) (p.26-9).

El modelo de APS busca que la mayoría de las acciones de prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación se realicen desde un nivel primario y local. A su vez el nivel primario integrarse a la asistencia especializada u hospitalaria (41)

El modelo de APS tiene unos atributos básicos:

- **La accesibilidad** es la provisión eficiente de servicios de salud en relación con las barreras organizacionales económicas, culturales y emocionales. Busca atender la demanda con oportunidad y sin barreras.
- **La coordinación** es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria.
- **La integralidad** es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida en el nivel primario por el médico general (en atención primaria es alrededor del 90%)
- **La longitudinalidad** es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales sanitarios, médico y enfermero.

### 3.4.2. Modelo Preventivo a partir de la Carta de Ottawa

Como continuidad del trabajo preventivo la conferencia mundial convocada por la OMS sobre promoción de la salud, realizada en Canadá expidió la carta de Ottawa en 1986 que definió la promoción de salud como: "Proceso que da a la población los medios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y mejorarla". Permite, por lo tanto, incrementar el control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla. Esto lo logra a través de informar, persuadir, motivar y facilitar la acción para la adopción de cambios en hábitos y comportamientos. Promueve una combinación de apoyos educativos y ambientales que favorecen las conductas o acciones que contribuyen a la salud, buscando moldear de manera beneficiosa los comportamientos de las personas y poblaciones (47)

La promoción de la salud se pone en práctica utilizando enfoques participativos; los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos. En términos más sencillos, la promoción de la salud fomenta cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger salud, estos cambios incluyen modificaciones en las comunidades y los sistemas, por ejemplo, programas que garanticen el acceso a los servicios de salud o políticas que establezcan parques públicos para la actividad física de las personas y su convivencia (47)

La promoción de la salud implica una manera particular de gestión social de la salud, se basa en la población, es participativa, es intersectorial, es sensible al contexto y opera en múltiples niveles (48)

### 3.4.3. Modelo Curativo

Opuesto a la prevención, la curación interviene en el proceso salud-enfermedad, después de identificar sus factores determinantes, en el punto en el que ya hay un

daño, su objetivo es revertir este daño o repararlo. Los enfoques mitigadores o curativos tienen una capacidad limitada para proteger la salud de la población.

La medicina curativa interviene sobre lo que no se logró prevenir (o lo que ni siquiera se intentó). Entre todas las limitaciones que tiene a favor de una salud permanente, tiene la ventaja de que es este un proceso individualizado, en el que cada paciente es diferente y a cada uno corresponde, en teoría, a un diagnóstico y un plan terapéutico propios (49)

Sin embargo, curar no devuelve siempre el bienestar ni la misma funcionalidad previa. Curar es sanar, recobrar la salud, eliminar la enfermedad, lo cual es ciertamente una aspiración, pero frecuentemente tiene que limitarse a logros menores. La enfermedad aguda con frecuencia es curable, pero la crónica no, de modo que en realidad la llamada medicina curativa suele más bien paliar, reducir las molestias, detener la progresión de la enfermedad o desacelerarla, controlar, adaptar al enfermo a su enfermedad, evitar complicaciones y secuela. (49)

Adicionalmente, la formación del recurso en salud en la región de las Américas y en Colombia hoy se hace con énfasis en la curación de la enfermedad, que fomenta la búsqueda de la patología, muy pobre en prevención y promoción. (50)

El principal aporte de la atención en salud en cualquiera de sus formas, sea pública o privada, preventiva o curativa, en fase aguda o crónica, a nivel físico o de salud mental, es mantener a las personas en condiciones de funcionamiento para que su actividad sea tan cercana a lo normal como sea posible, dentro de las limitaciones razonables de recursos (51).

Este es el modelo que hoy impera en Colombia con el SGSSS, enfocado en la atención hospitalaria. Hospitales más complejos y modernos. Un modelo curativo es costoso y se puede decir que lo es cada vez más. Aun considerando sólo los costos directos, los medicamentos, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y la hospitalización resultan cada vez más costosos para el sistema de salud. Si a esto se agrega el costo que representa ausentarse del trabajo mientras se está enfermo, entre otros costos indirectos se tienen que reconocer aunados a las serias dificultades que existen para financiarlo (49)

Los macro-hospitales, que hoy están un poco en retirada, han sido los recintos preferidos para la atención curativa, con sus excesos y sus enfoques tardíos. El modelo curativo es una medicina de crisis, no una estrategia planeada con un control de variables. Hasta que el asunto estalla, empieza el movimiento y el plan se ajusta estrictamente a las características del caso individual (49)

No es lo mismo actuar para resolver un problema de salud que trabajar continuamente a favor de la salud



#### **3.4.4. Modelos de Promoción y Prevención en la Actualidad.**

En el año 2003 durante la conmemoración del 25° aniversario de la conferencia de Alma Ata la OPS revisa y redefine el modelo de APS, actualizándolo y reconociendo sus fallas. Este nuevo modelo de APS buscaba responder a los nuevos desafíos epidemiológicos, entre ellos: la transición de enfermedades transmisibles a enfermedades no transmisibles; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los distintos enfoques de la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas que pueden incorporarse para incrementar la efectividad de la APS; el reconocimiento creciente de la APS como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud; y, por último, el creciente consenso respecto a que la APS es un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y de las desigualdades (52)

El Modelo de APS renovada, intenta abordar, la sobrecarga persistente y creciente de los sistemas de salud, las desigualdades en salud y abordar las causas fundamentales de la salud —tal como ha definido la Comisión de la OMS sobre los determinantes sociales de la salud (DSS). Otro fracaso fue la atención fragmentada, la excesiva especialización de los proveedores de atención de salud y la desmedida focalización de programas que impiden adoptar un enfoque holístico con respecto a las personas y las familias atendidas, donde se comprenda la necesidad de la continuidad asistencial (53)

En Colombia el intento de integración y adaptación del modelo de APS renovada, se da con la ley 1438 del 2011, que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para buscar el fortalecimiento de la APS mediante un enfoque de género (especificidades en los beneficios de la atención según el sexo y la etnia: como hacer gratuita la rehabilitación de niños, adolescentes y mujeres víctimas de la violencia física o sexual) y un enfoque de derechos y deberes (54)

El tratamiento del género es un aspecto específico de la gestión en salud que permite identificar los factores que provocan diferencias entre mujeres y hombres, así como los daños relacionados con su sexo (55)

Para el año 2014 el Plan Nacional de Desarrollo, propone la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) que establece la aplicación de un marco estratégico que permitirá la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas, planes, programas, proyectos e intervenciones en salud individual y colectiva, de acuerdo con la situación de salud

de las personas, familias y comunidades. Está formado por cuatro componentes: (56)

- La APS, como mecanismo de articulación de las acciones de salud pública, promoción de la salud y atención de la enfermedad.
- La salud familiar y comunitaria, como enfoque de intervención en los servicios básicos o primarios.
- La gestión integral del riesgo en salud, como actividad central de los agentes del sistema, para la minimización del riesgo y mitigación del daño, con énfasis en usuarios con patologías crónicas.

El enfoque diferencial para adaptar la política a cada uno de los contextos poblacionales —comunidades étnicas, víctimas, entre otros— y territoriales— urbano, rural y disperso—, dentro de las competencias y recursos asignados a cada uno de los agentes del sistema (56)

Nacen las Redes Integradas de Servicios de Salud, con rutas integradas de atención en salud (RIAS) a partir de las cuales se debe responder a la demanda de servicios de salud. Para ello se asignarán grupos de población a una red de prestadores primarios que incorporarán equipos de salud básicos, encargados de las acciones individuales y colectivas de baja complejidad. La red de prestadores primarios se integrará con la red de prestadores complementarios, los cuales tendrán la responsabilidad del tratamiento y la rehabilitación para problemas de alta complejidad (56). La política PAIS incluida las RIAS, se incluyen en los Modelos de Atención Integral en Salud.

Los Modelos de Atención Integral en Salud (AIS), surgen entonces como respuesta a los pobres resultados que los indicadores de salud mostraron en las condiciones y el nivel de salud con el desarrollo de modelo APS. El modelo AIS avanza al Modelo de APS, toma sus elementos de transectorialidad e intersectorialidad, políticas públicas, modificación de los estilos de vida y las conductas individuales; conserva la cobertura y acceso universales, continuando con el objetivo de intervención del riesgo individual, familiar y comunitario de la población de acuerdo a los determinantes sociales que están afectando las dimensiones del desarrollo como son: la ambiental, social, poblacional y económica (57)

Como con la APS no se logró una atención integrada e integral, ahora este modelo se concentra en ser específico en demandar que se trabaje unificadamente con todos los agentes del sistema. Se diseña un modelo de gestión del riesgo que inicia en el nivel primario y de atención Integral en salud que obliga desde la política y el diseño a que los diferentes niveles de salud trabajen unidos y en continuidad en beneficio del paciente. A pesar de los esfuerzos del modelo APS y sus mejoras en

los últimos años, continua sin dar grandes respuestas a cambiar las condiciones de Salud en la región de las Américas y en Colombia (57)

Un modelo de atención en salud que se anticipe a la enfermedad, que trabaje desde los saludables y no solo con los enfermos, mediante un exigente ejercicio de cuidar y modificar positivamente los determinantes sociales de la salud, posiblemente sea más exitoso que un modelo que sólo se concentre en la asistencia planificada de la enfermedad que va apareciendo en la población; este último modelo tendría una demanda incremental constante de servicios, que estaría siempre al límite o por encima de la oferta, generando insuficiencia del recurso y costos creciente.

La gestión anticipatoria planificada sobre los determinantes sociales les da las mejores posibilidades a las personas, para la sostenibilidad de un estado de bienestar y la prevención de un deterioro o si ya hay un deterioro la prevención de la continuidad de este, lo que hace que el individuo esté cuidado y a su vez promueva culturalmente su propio autocuidado, esto también permite que el sistema sea sostenible y suficiente en el tiempo a pesar de la demanda en salud. El futuro sostenible puede ser un modelo de atención preventiva.

Finalmente, un modelo de sistema público, universal o de seguridad social que no se organiza en torno del mercado, y que privilegia los modelos preventivos, donde la salud se considera un bien de todos, para todos, promueve que la población esté lo más sana posible, y se va a preocupar porque no se enferme ni este consumiendo recursos con mayor frecuencia por la atención en salud.

Los modelos preventivos privilegian las acciones anteriores a la enfermedad anticipándose a los factores de riesgo o a los determinantes de la salud para reducir o incluso tratar de evitar la aparición de la enfermedad. Dentro de la categoría de anticipatorio se reconocen diferentes modelos, como el comunitarista, el de salud familiar y modelos basados en las personas (6).

A diferencia de los modelos basados en el paciente o en la enfermedad, que son curativos, los modelos anticipatorios son preventivos, privilegian más la acción sobre la salud que sobre la enfermedad y para algunos autores tienen incluso mejores retornos para el sistema no solo desde el punto de vista económico (sostenibilidad financiera a largo plazo) sino de indicadores en salud, en bienestar y en calidad de vida de las personas (11,35)

## **4. Metodología**

### **4.1. Enfoque epistemológico**

Una primera decisión que conllevó la realización de este estudio, fue la elección del enfoque epistemológico del cual se derivó la selección de la metodología. Como afirma Sánchez (58) las concepciones y fundamentos epistemológicos son los que determinan la selección del método de investigación y la aplicación misma de sus técnicas. La reflexión epistemológica es muy importante, para todo investigador de ciencias sociales, que como lo es en este caso, pretenda efectuar, una investigación rigurosa, ya que permite legitimidad y validez de una investigación (59)

Así, el enfoque epistemológico asumido para este trabajo fue el Hermenéutico, entendido de acuerdo con Basulto (60) como “la construcción y reconstrucción histórica y social, objetiva y subjetiva de un discurso dado o cualquier otra forma de texto significativo” pretendiendo, desde la interpretación como lo dice Sánchez (58) lograr brindar información lo suficientemente detallada y profunda del fenómeno de estudio.

Siendo que la hermenéutica es interpretación, no se trató en este estudio solo de un trabajo de recopilación y ordenamiento de la información, sino de un esfuerzo por interpretar de manera reflexiva la información encontrada, buscando los sentidos más profundos a fin de alcanzar el grado más alto posible de comprensión que permita una identificación y descripción del objeto de estudio en sí mismo, pero también de manera comparativa con los demás similares.

### **4.2. El Método**

Dado que el objeto de este estudio ante todo es “comprender”, el marco metodológico seguido para dar respuesta a la pregunta de investigación, fue el de la investigación cualitativa. Dentro de dicho marco, este estudio se realizó siguiendo el método del análisis cualitativo de contenido.

Como estudio de tipo cualitativo, se pretendió comprender el Modelo de Atención Anticipatorio, de manera holística para tratar de abordar este fenómeno de estudio, en su totalidad, para lo cual se diseñaron una serie de categorías que pudieran dar cuenta de las diferentes características teóricas y prácticas de los modelos de atención y aprovechando la posibilidad de la recursividad propia de estos estudios, descrita por Dávila-Newman, ir estableciendo ajustes en la medida que el estudio mismo va avanzando (61)

Más precisamente, se tomó la decisión de seguir el método de Análisis de Contenido que según Amezcua y Gálvez (62) “se refiere a un conjunto de métodos y

procedimientos de análisis de documentos que pone énfasis en el sentido del texto” tratándose así de una investigación documental con la cual se pretendió dar respuesta a los objetivos propuestos para este estudio.

El compromiso asumido aquí ha sido el manifestado por Basulto (60) en el sentido de intentar comprender los textos a partir de un ejercicio de interpretación intencional y contextual, teniendo en cuenta la orientación de los objetivos del estudio procurando ir más allá del discurso mismo a fin de captar su sentido más profundo.

El alcance pretendido en este estudio es el señalado para los estudios de tipo descriptivo ya que estos buscan especificar las propiedades, características y los perfiles importantes del fenómeno que se somete a un análisis (63)

El análisis de contenido se comprende como un conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos como mensajes, textos o discursos entre otros, que proceden de procesos singulares de comunicación previamente registrado sobre los cuales, los análisis cualitativos, establecen combinaciones de categorías que buscan elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones en que se han producido dichos textos (64)

De esta manera, aunque los análisis de contenidos pueden ser cuantitativos, el seguido aquí fue el análisis cualitativo de contenido, cuyas fuentes fueron artículos de publicaciones científicas, capítulos de libros y diversos textos que dieron cuenta de los Modelos de Atención en Salud, en particular del Modelo Anticipatorio o preventivo en Salud y que permitieron reconstruir y comprender los fundamentos conceptuales, características, componentes y resultados de este Modelo, en sí mismo, como comparándolo con otros modelos de salud.

Estos fundamentos, características, componentes y resultados fueron las categorías utilizadas en consecuencia, en este estudio.

La búsqueda de la información se realizó a través de los recursos electrónicos bibliográficos disponibles en el Sistema Nacional de Bibliotecas de la Universidad de Antioquia y recursos libres a través de la Web. Este Estudio realizó una revisión en las bases de datos PubMed, Scielo, American Journal Of Public Health, ProQuest y Google Académico.

Por último, dado que se trató del desarrollo de un método, se siguieron paso a paso, las etapas recomendadas alrededor de las cuales entre los autores hay una gran coincidencia, las cuales al estilo de Sandoval (65), fueron como se exponen a continuación:

1. El rastreo e inventario de los documentos existentes y disponibles
2. Clasificación de los documentos identificados
3. Selección de los documentos más pertinentes para los propósitos de la investigación
4. Lectura en profundidad del contenido de los documentos seleccionados registrando las informaciones relevantes de acuerdo con las categorías propuestas, detallando particularidades, pero también coincidencias entre los diferentes textos.
5. Lectura cruzada y comparativa de los documentos sobre los hallazgos previamente realizados ensayando construir una síntesis comprensiva total, que constituyen los resultados que en este informe se presentan.

Para la búsqueda sistemática de los textos se utilizaron como descriptores los siguientes términos: modelos de atención en salud, modelos preventivos, modelos de prevención, atención anticipatoria en salud, atención anticipada en salud.

### **4.3. Procesamiento y análisis de la Información**

Taylor y Bogdan (66) sostienen desde una perspectiva cualitativa que

“... la codificación es un modo sistemático de desarrollar y refinar las interpretaciones de los datos. El proceso de codificación incluye la reunión y análisis de todos los datos” (p.22).

Para el caso de esta investigación, después de rastrear, clasificar, seleccionar, lectura en profundidad y lectura cruzada, de los textos seleccionados, se extrajo la información y con la ayuda de las palabras claves se realizó la investigación de los temas y se procede a la redacción del contenido de la investigación. Se buscó definir y describir los conceptos asociados al Modelo de atención preventivo y anticipatorio, arrancando desde la definición básica y sencilla de modelo, uniéndolo posteriormente en momentos descriptivos y momentos relacionales con el concepto de modelo en salud y modelo de atención anticipatoria.

Estos dos momentos de procesamiento el descriptivo y el relacional, según Ochoa (67), definen los procedimientos y la lógica para pensar los datos, organizarlos, sintetizarlos, conceptualizarlos y relacionarlos.

Es importante, sobre la forma de organizar según categorías, subdivisión de categorías o encuentro de subcategorías y manejo de la información en ellas: agrupamiento, diferenciación y organización de textos; describir que en el caso de este trabajo las lecturas con el proceso ya descrito se almacenaron y “etiquetaron” en un cuadro de Excel donde se organizaron los temas, se agruparon las

definiciones, autores, bibliografía y el concepto de modelo, posteriormente el concepto de salud-enfermedad y su evolución dentro del concepto de Modelo de Salud, pero con foco en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; avanzando a la atención preventivista y anticipatoria en salud, como manera de gestionar el riesgo en salud. Luego se clasificaron las características encontradas en la bibliografía, las ventajas y desventajas.

Con este material clasificado y “etiquetado” organizado por temas, por títulos, por bases de datos y con las referencias bibliográficas, se procede a realizar un “árbol” de escritura, el cual posteriormente es la base de la redacción y análisis de los conceptos dejados en esta monografía.

Por último y tal como lo describe y recomiendan Segovia, González, Colina (68). Esta etapa de descripción y organización del texto, también tuvo una etapa relacional donde bajo la guía de la pregunta de investigación y los objetivos trazados se relacionaron los temas y se buscó dar respuesta con el contenido final.

Con un enfoque epistemológico hermenéutico, y un estudio de tipo cualitativo descriptivo, la metodología empleada pretende dar confiabilidad y rigurosidad al resultado presentado (68)

## **5. Resultados**

A partir de los términos descriptores utilizados, la búsqueda documental realizada arrojó en total 62 documentos. Estos se clasificaron de acuerdo con la identificación del tema principal en los siguientes grupos: modelos de sistemas y modelos de atención; modelo médico dominante y modelos biomédico; modelos preventivos, preventivistas y anticipatorios; Modelos Basados en Atención Primaria en Salud. Posteriormente de la lectura, se realizó una segunda clasificación al interior de cada una de las categorías anteriores, identificando en su contenido, aportes conceptuales; descripción de características; análisis de experiencias y, por último, identificación de resultados.

Con posterioridad a las clasificaciones anotadas, se procedió al análisis de la información y estructuración de los apartes que conforman el texto de los resultados que a continuación se presentan, los mismos que sirvieron posteriormente para la elaboración de los capítulos de discusión y conclusiones de este trabajo.

### **5.1 Los Modelos, expresión de la perspectiva práctica de la salud pública**

Como lo destaca Franco (69) a pesar que los principales tratadistas de la salud pública la han definido, como ciencia o disciplina, como arte, como una práctica social e incluso como una ética y una política, hay dos vías que explican los desarrollos de ésta, llamados por este autor como una perspectiva teórica y una perspectiva práctica o de acción. Dicha distinción no pretende establecer diferencias y mucho menos antagonismos, sino identificar el campo particular al cual se refieren los diferentes aspectos que conforman el amplio campo de la salud pública, de hecho, se resalta que entre ellos existen estrechas correspondencias, siendo así que diferentes tipos o modelos de prácticas tienen sus raíces en aspectos epistemológicos y ontológicos que lo inspiran y que pertenecen justamente a la perspectiva teórica.

Precisamente Breilh (70), señala que las diferentes tipologías prácticas o modelos están conformados por tres dimensiones, la dimensión ontológica, la dimensión epistemológica y la dimensión praxiológica o práctica propiamente dicha.

Hablando de modelos de atención, su identificación y discusión claramente pertenecen a la perspectiva práctica o al campo de acción de la salud pública y como se resaltó en el marco teórico, de los sistemas de salud. De la misma manera este tema no se trata en la literatura, en singular. Efectivamente, la revisión muestra en primera instancia, coincidencias y diferencias en la denominación y clasificación de los diferentes modelos entre los diferentes autores, pero además, la identificación de diferentes modelos de atención, cada uno, como se advirtió, respaldado teóricamente en una concepción determinada de la salud, de la enfermedad y del



proceso salud enfermedad, que de la misma manera remiten a concepciones más amplias sobre el mundo, la naturaleza, los seres humanos y las organizaciones sociales entre otros (10,11).

De esta manera, Franco (69) habla de tres modelos y los identifica como modelo médico biológico, modelo preventivista y modelo ambientalista. No obstante, la mayoría de los autores identifican dos modelos de atención a lo largo de la historia que pudieran identificarse como modelos polares, uno de carácter curativo, llegando en algunos autores a obtener esa denominación y otro de carácter preventivo, igualmente llegando para algunos autores a obtener esa denominación.

En el caso del modelo curativo, también obtiene otras denominaciones como modelo biologista (69), modelo biomédico (15) y modelo médico hegemónico (18,71)

En el caso del modelo preventivo, esta denominación es ampliamente reconocida (16), sin embargo, también recibe otras denominaciones como la de modelo preventivo epidemiológico (69) y modelo biopsicosocial (15) entre otros.

El modelo biomédico (se prefiere aquí esta denominación por ser la de más amplia utilización según los documentos seleccionados para esta monografía), siguiendo a Franco, se origina en el siglo XVIII en las instituciones y servicios de beneficencia y alcanzando así su aceptación por parte del Estado y luego de entrar en crisis resurge con el advenimiento de la práctica médica hospitalaria. Por su parte los modelos preventivistas surgen en épocas de la teoría miasmática del proceso salud enfermedad y con el surgimiento de la idea sanitarista a mediados del siglo XIX y va a coexistir e incluso a fortalecer a lo largo del siglo XX, convirtiéndose en el modelo alternativo al Biomédico, dominante (18,69,72)

## **5.2 Modelo Biomédico**

Para lograr llegar a los modelos preventivistas y anticipatorios que constituyen el propósito central de este trabajo, es importante poder reconocer de manera breve, de la revisión bibliográfica, los modelos de atención en salud con corte curativo y asistencial. La mirada comparativa, puede ayudar a comprender mejor las características, ventajas y desventajas de aquel. Inicialmente, se advierte que la relación entre curación y prevención ha estado marcada históricamente por la subordinación de la segunda (73,74)

En este sentido, Menéndez (71) que se refiere a este modelo como Modelo Médico Hegemónico, identifica como características principales su visión científicista y biologista y su enfoque en entender los problemas de salud como problemas de enfermedad, la cual es sólo vista en su dimensión biomédica (75)

El biologicismo inherente a la ideología médica es uno de los principales factores de exclusión funcional de los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud/enfermedad y de las otras formas de atención consideradas por la biomedicina como formas culturales, y en consecuencia excluidas o por lo menos subalternizadas (p.194).

Este modelo privilegia la dimensión biologista por encima de las socioculturales y los determinantes sociales y/o históricos, excluyendo y desacreditando prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (69,75). De esta manera es identificado como un modelo curativo por excelencia, morbicéntrico, que pone su énfasis en la atención de los enfermos, donde el hacer principal es del médico, centrado o partiendo de una causalidad biológica, sin tener en cuenta nada más. Esto queda reflejado no solo en la práctica clínica sino en la determinación de la política de salud (69,71)

De acuerdo con la OPS (76)

La separación operativa entre la salud pública y la atención individual resultan del predominio del modelo de atención centrado en la enfermedad, la atención de pacientes agudos y el manejo intrahospitalario, sumado a una concepción de la cobertura restringida a servicios clínicos preventivos y un abordaje limitado de los determinantes de la salud. (p. 19)

Al respecto Urrutia señala que este modelo centra la responsabilidad del cuidado de la salud en el equipo médico que establece una relación médico paciente de tipo vertical en que este último se transforma en un objeto de cuidado profesional. Así, este modelo dirige las prioridades de inversión en salud, asignando menores recursos a la educación y la promoción de la salud (77).

Para la época entre los 50 y los 70 Menéndez (71), refiere un ejemplo del sistema de salud mexicano en esta época: en el conjunto del sector salud domina un modelo curativo, que no sólo es sumamente costoso, sino que es de baja eficacia respecto de los principales problemas de salud. Así, tenemos que el Instituto Mexicano de Seguros Sociales (IMSS) en 1978 distribuyó su presupuesto de tal forma que sólo el 1.1 % del mismo correspondió a atención preventiva y el 52,5 % a la curativa. En 1975 había 4998 médicos y para 1979 solo 4 años después había 25.389 médicos (71)

Espinoza agrega que, en la actualidad, este modelo que se ha legitimado por criterios científicos y políticos, representa el modelo neoliberal dado por la tecnologización y la institucionalización de la medicina, la cual se subordina al llamado complejo médico industrial que relativiza además la invocada autonomía del profesional (18).

### 5.3 Modelo Preventivo

Como ya se dijo, este modelo cuyo nombre en su evolución histórica se ha acompañado de otros como modelo higienista o sanitarista, tuvo su auge en la segunda mitad del siglo XIX, siendo opacado luego por el nuevo impulso del modelo biomédico y resurgió de nuevo en la segunda mitad del siglo XX.

Adicionalmente, el nombre da cuenta de una modalidad en la que el énfasis se traslada a la prevención antes que, a la curación, pero en realidad parece estar encerrando no uno solo sino diferentes modelos que tienen en común este acento puesto en la prevención de la enfermedad, en algunos de ellos incluso centrando su atención antes que, en la enfermedad y las personas enfermas, en la salud y los individuos y grupos poblacionales sanos.

Una primera afirmación indicaría que los modelos de salud con foco en la prevención y en la anticipación se basan en proponer acciones a lo largo del ciclo de vida, tendiendo al bienestar y a la minimización de la posibilidad de alterar la salud (73), Pardo y colaboradores (78) por ejemplo, los denomina como envejecimiento saludable, donde por medio de la adopción de hábitos, se busca promover determinantes de la salud positivos y modificar o evitar aquellos determinantes modificables que no son beneficiosos.

En cuanto al cuidado con enfoque preventivo, Dandicourt (79) describe que requiere de los saberes culturales, de encuentro con la biodiversidad, como un proceso de aproximaciones sucesivas, que posibilitan la construcción de un conocimiento basado en las experiencias de cuidado que inician desde la propia persona, que permitan la intervención y su transformación. Inclusive este enfoque promueve la práctica de la predicción y control de los fenómenos que tienen lugar en cada acción de cuidado preventivo a la salud.

De esta manera se ha señalado que el cambio del modelo biomédico dominante a los modelos preventivos implica un cambio de tipo tecnológico y axiológico que conlleva una evolución científica de fondo. Se entran aquí a considerar los factores de riesgo como unos "determinantes" que podrían ser alterados, por medio de la intervención y por ende podría lograrse la reducción de la probabilidad de que aparezca una enfermedad sobre todo las ENT y otros hallazgos puntuales (factor o factores modificables del riesgo). La asociación entre dichos factores de riesgo, los riesgos mismos y los daños que acarrearán exigen el concurso de un amplio conjunto de disciplinas científicas además de la biología, entre las que habría que contar las ciencias sociales y de la conducta (80)

La relevancia en la identificación del riesgo y su utilización en la prevención de enfermedades y complicaciones para la salud no es reciente, ya la OMS había destacado que la medición del riesgo permite una aproximación muy importante a

la necesidad de asistencia preventiva y de promoción de la salud. En ese sentido el concepto de riesgo y su intervención deben ser primordiales en la Atención Primaria en Salud (48).

Dois, Bravo y Soto (81), plantean que el modelo de atención preventivista y/o de atención anticipatoria para su desarrollo, integran tanto la promoción de la salud como la prevención de la enfermedad.

### **5.3.1 Características y fundamentos conceptuales de los modelos preventivos**

Precisamente diferentes autores coinciden en que los modelos preventivos integran una serie de aspectos clave que se convierten en característicos y que a continuación se tratan de detallar.

Un primer aspecto, resaltado por algunos autores, es su visión del colectivo en cambio de la visión individual del Modelo Biomédico. Como lo afirma Franco el modelo tiene un carácter fundamental de tipo comunitarista. “(...estos modelos), reconocen que la comunidad, sus redes y el primer nivel de atención, configuran la arquitectura que articula el quehacer sanitario” (6). Pero esa visión de colectivo puede ser la comunidad como ya se dijo, pero puede igualmente ser la familia. Efectivamente los modelos de salud familiar comparten sus características. Y es que al poner el énfasis en la familia o en la comunidad, su atención se desplaza del paciente y de la enfermedad, hacia la población, las personas, los factores de riesgo o los determinantes sociales y ambientales y la salud.

Por esta razón, estos modelos favorecen la participación de la comunidad (6,81,82) y consideran que no solo hace falta personal médico en los sistemas sino además la acción de las personas y las comunidades para garantizar los objetivos sanitarios. “Un modelo centrado en las personas y comunidades busca establecer lazos profundos con las personas y comunidades que fortalezcan su participación y empoderamiento” (77). Adicionalmente, el foco en la comunidad favorece la inserción territorial del modelo lo que favorece la integración intersectorial y una dirección de las acciones hacia los determinantes de la salud, en lo asistencial se basa más que en los cuidados curativos, en las necesidades de salud.

No obstante, Menéndez advierte que estos modelos “no niegan la práctica médica, ni romantizan a los conjuntos sociales” (71) y destaca que la mayoría de problemas de salud más prevalente pueden ser eficazmente atendidos por los equipos primarios a la vez que su eficacia aumenta cuando se enfatiza en elevar el nivel de vida de los conjuntos sociales. Según este autor, el éxito de estos modelos se basa en la articulación de trabajo comunitario, supervisión de profesionales y aliados expertos en salud y la disposición de tecnologías sanitarias simples y utilizadas con autonomía por la comunidad. Finalmente, estos modelos buscan aumentar la

participación, la responsabilidad y la conciencia del autocuidado en las poblaciones (76)

En fin, el modelo integra tres características interrelacionadas, la primera: **su enfoque** en las comunidades, familias y personas, centrando su atención en sus necesidades, potencialidades y buscando su empoderamiento y participación. La segunda: **la inserción territorial** como consecuencia de la anterior, lo que permite la identificación de los determinantes sociales y ambientales de la salud; y como tercera característica la **integración intersectorial** para su real intervención (más oportuna, más pertinente y más eficiente). Estas características son a la vez, el punto de partida y el objetivo en la búsqueda por la salud y bienestar individual y colectivo, tratando de evitar llegar a la enfermedad o a minimizar el impacto en el manejo la misma.

Consecuentemente, desde el punto de vista de la perspectiva teórica, este modelo encarna otra de sus características, que como ya se mencionó antes, respecto del modelo biomédico, el modelo preventivo implica un cambio de tipo tecnológico y axiológico que conlleva una evolución científica de fondo que pueda soportar la asociación entre determinantes de la salud, los riesgos y los daños que acarrear lo que demanda la concurrencia de un conjunto de disciplinas científicas como las de las ciencias sociales y de la conducta, además de la sola biología y las ciencias naturales y exactas (80)

De la misma manera, diversos autores consultados identifican como otra de sus características, el enfoque de autocuidado (enfoque que inicia desde el cuidado propio), señalado por la OPS (76) como un cuidado continuo, integral y proactivo.

La atención centrada en las personas integra aspectos biológicos, emocionales, contextuales. Las expectativas del individuo, la consciencia y el empoderamiento de la persona que nace de su voluntad y decisión de cuidarse y sobre todo de auto cuidarse, se convierte en un pilar fundamental de inicio de intervención, considerando la corresponsabilidad del cuidado de la salud, entre las personas (comunidad y familia) y el equipo de profesionales (81,82)

La Integralidad en la atención pretende que durante el ciclo de vida de las personas (desde la primera infancia a la vejez) se den de manera continua, articulada y con calidad, prestaciones que tiene como objetivo la adopción de hábitos saludables y la promoción de un estilo de vida saludable y que cuando la atención asistencial sea necesaria, esta entre también como en un continuo articulado que la haga altamente eficiente y resolutive, al estar potenciada por las acciones precedentes de la promoción, la prevención y la anticipación (83)

En este sentido, Rosas, Narciso y Cuba (84) resaltan la continuidad en la atención como un pilar del enfoque del cuidado a lo largo del ciclo de vida, primando siempre

la búsqueda y mantenimiento de hábitos saludables y actividades de promoción de la salud en el contexto del individuo y su entorno, desde sus posibilidades y en el continuo de la red de salud, la cual se refiere a la adecuada articulación de los diferentes niveles de atención desde el nivel primario al último nivel de complejidad en la atención si este fuera necesario.

En esto concuerdan Ocampo, Betancourt, Montoya y Bautista (85), las tendencias que caracterizan los modelos alternativos y de tipo anticipatorios buscan el equilibrio entre los servicios personales y los colectivos y entre lo curativo y lo preventivo, dándole mayor peso al individuo y a lo preventivo.

### **5.3.2. Atención Primaria en Salud, modelos preventivos y anticipatorios**

Dentro de este apartado de los modelos preventivistas y anticipatorios, un capítulo que merece gran atención es el de la Atención Primaria en Salud (APS). Como ya se mencionó, después del opacamiento de los modelos preventivistas o higienistas y sanitaristas, como se los conoció en épocas pasadas, estos reaparecen en la segunda mitad del siglo XX impulsados fuertemente por la formulada estrategia que lleva su nombre.

Como lo reconoce Franco (6)

las estrategias y prácticas sociales propugnadas por Alma-Ata (URSS, 1978), con la APS, y Ottawa (Canadá, 1986) fundamentada en las políticas públicas, los estilos de vida, la reorganización de los servicios, la creación de ambientes saludables y la participación ciudadana, abrieron las puertas para cambiar el modelo de atención (p.9).

A la hora de señalar las características distintivas de la Atención Primaria en Salud, cabe resaltar esos elementos tomados de Franco, valga decir, su fundamento en las políticas públicas, su orientación hacia los estilos de vida, su implicación en la reorganización de los servicios, su iniciativa de trabajar por crear ambientes saludables y lo ya resaltado antes, la participación comunitaria. Finalmente, este mismo autor, resalta los “fines salutogénicos de acuerdo con las más novedosas interpretaciones de la promoción de la salud” p. 10.

Para Almeida, Artaza, Donoso y Fábrega (40) la Atención Primaria en Salud (APS) se ha considerado desde el siglo pasado como un recurso y herramienta de operación que permite responder por una atención sanitaria integral enfocada a las necesidades sociales en salud de la población pobre y vulnerable de países en vía de desarrollo.

Al respecto Menéndez estima que la concepción de la Atención Primaria en Salud está basada en la articulación entre las comunidades y el sector salud con el fin de actuar en situaciones de pobreza de crisis prolongadas y en la forma más eficaz y barata posible (71)

Jaime Gofin y Rosa Gofin presentan una revisión de evaluaciones de resultados de los modelos de atención que tienen como ejes articulados la Atención Primaria Basada en Comunidad en diversos países del mundo. En Sudáfrica, por ejemplo, se adjudica al modelo la reducción de las enfermedades infecciosas y de la mortalidad infantil, el aumento en la cobertura de vacunación y de los programas de crecimiento y desarrollo entre otros. De la misma manera reportan en el distrito de Dallas, Texas en Estados Unidos, la reducción en las tasas de mortalidad neonatal e infantil al nivel más bajo de su país, lo mismo que el mejoramiento en el acceso a los servicios de salud y la reducción del tiempo de estadía hospitalaria de niños y adultos. En países como Rusia e Israel, reportaron mejoras sustanciales en lactancia materna y en salud bucal. Finalmente, estos autores, resaltan más allá de los indicadores en salud, el mejoramiento en el desarrollo integral de las comunidades, destacando en ese sentido el aumento en la participación y organización comunitaria y mejoras en saneamiento ambiental (82)

No obstante, al final del siglo XX el mundo en general y particularmente América Latina, vieron reformarse sus sistemas de salud afianzando aún más el modelo biomédico con sus características como su carácter curativo, morbicéntrico y hospitalocéntrico, lo que trajo consigo grandes problemas de accesibilidad y un decaimiento de la participación comunitaria y en las coberturas de vacunación y de los programas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad (86,87)

Consecuentemente, a partir de la evaluación de la estrategia de APS y de la crisis general de los sistemas de salud especialmente en los países pobres, la OPS y la OMS han planteado en diferentes instancias y momentos la reincorporación de esta estrategia como eje articulador de los sistemas actuales de salud, bajo la denominación ahora de APS Renovada (52)

Para Franco, este llamamiento a la APS Renovada intenta generar una nueva era de la APS, ahora en un ámbito que se identifica como ideológicamente y políticamente contradictorio con sus fundamentos. No obstante, esta renovación pretendería aportar una serie de valores al sistema como, el derecho al más alto nivel de salud, la solidaridad y la equidad en salud; lo mismo que una serie de principios como la responsabilidad estatal, la intersectorialidad y de nuevo la participación social. Esto además de una nueva reorientación de los servicios de salud hacia la integralidad, la coordinación interinstitucional, y una orientación familiar y comunitaria, con características de pertinencia cultural (6).

### 5.3.3. Modelos Preventivos y Modelos Anticipatorios

Para comprender mejor la utilización de los dos términos del subtítulo, a veces usados como sinónimos y otras como dos modelos próximos pero diferenciables, se considera necesario revisar académicamente, el término de prevención de la enfermedad.

La OMS define la prevención de la enfermedad como: (88)

“Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (p.11).

Se destaca que, desde la definición, la prevención en general aplica no solamente para evitar la aparición de las enfermedades o contingencias en salud, sino también una vez aparecidas, para detener su avance y disminuir sus secuelas. Efectivamente, lo anterior es lo que se observa en la clasificación en niveles que propusieron Leavell y Clark en 1965 a partir del estudio de la llamada historia natural de la enfermedad, como prevención primaria, secundaria y terciaria (89).

Por prevención primaria se entienden las intervenciones tendientes a evitar la aparición de una enfermedad, actuando en el llamado período prepatogénico, bien sea actuando sobre los factores determinantes, causales o de riesgo, evitando su aparición o impidiendo su acción sobre los seres humanos, o bien, actuando para mejorar la salud de la población (88,89)

Por su parte la prevención secundaria de acuerdo con Vignolo, se dirige al diagnóstico precoz de la enfermedad, muchas veces cuando aún no presenta síntomas y al tratamiento oportuno, mientras que se interpreta como prevención terciaria al conjunto de intervenciones destinadas a la recuperación de la salud mediante acciones de diagnóstico, de tratamiento y de rehabilitación y que tienen como objetivo evitar las secuelas de los problemas de salud (88).

De esta manera, los modelos preventivos en general consideran las intervenciones en los tres niveles de atención. No obstante, dentro de ellos, los anticipatorios son aquellos que se enfocan en el nivel primario de la prevención. De esta manera los modelos anticipatorios buscan la prevención de las enfermedades y los problemas de salud en la población y en general buscan disminuir la incidencia de la enfermedad (88).

Como lo afirma Álvarez, la posibilidad real de hacer prevención primaria está dada por su acción sobre el riesgo, se considera la hipótesis de que mientras más detalladas sean las observaciones sobre el riesgo, con mayor claridad se podrá definir la necesidad de atención, de apoyo o de cambio, y mucho más eficaz podría



ser la respuesta. Aunque Alvarez reconoce que el concepto de riesgo en el marco del individuo no es nuevo, sí es más nuevo e innovador, su uso como instrumento de gestión, y se reconoce su importancia como una estrategia que mejora la identificación, evaluación y la información disponible. En resumen, el conocimiento sobre los factores de riesgo es el primer paso importante para la generación y soporte de políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y esto puede lograrse bajo la condición de un modelo profesional diferente, es decir, un modelo de Atención Anticipatorio (74).

Sobre la Atención Primaria en Salud ya se ha dicho, es esencialmente una estrategia que distingue los modelos preventivos y que actúa en los tres niveles de prevención además de articular la misma con los servicios de atención de la enfermedad; se dice que su valor central es la anticipación (80).

Como lo refieren Soberón, Martuscelli y Alvarez (90).

El modelo de atención primaria a la salud tiene como condición sine qua non anticiparse al daño y actuar sobre los factores de riesgo, es decir, usar un modelo anticipatorio basado en diagnosticar los riesgos a que está sujeta una población específica mediante la identificación de los factores de riesgo a que está expuesto cada miembro de esa población. La acción consecuente es tratar de cancelar, modificar o atenuar esos factores de riesgo (p.685).

En conclusión, desde el concepto, el modelo preventivista y/o anticipatorio, se entiende que tiene como objetivo una mejor salud, pero sobre todo y más amplio aun, un mejor bienestar, en una atención menos reactiva y reparativa para ser más anticipada, planificada, controlada y sostenible a largo plazo con valor agregado para el sistema, el aseguramiento y el individuo.

#### **5.4 Ventajas, desventajas y posibilidades de implementación de los modelos preventivos y anticipatorios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.**

Una vez descrito de manera general el concepto del modelo de salud (los diversos tipos) desde la definición más simple, hasta terminar en la especificidad del modelo preventivista y/o de atención anticipatoria, a partir del análisis documental realizado, se pretende ahora determinar las ventajas y desventajas de estos modelos y explorar sus posibilidades de aplicación en el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (SGSSS)

En las últimas tres o cuatro décadas la mayoría de los países de América Latina han adoptado e implementado la Atención Primaria en Salud (APS), pero en un débil escenario de niveles de atención con foco preventivo y anticipatorio,

lamentablemente poco resolutivo, con dificultades en el acceso integral y continuo, y pobremente inserto en el entorno de cada sociedad (91)

Hoy gran parte de los Sistemas de Salud en el ámbito mundial intentan dar respuesta a múltiples intereses y necesidades, de un lado: la eficiencia y sostenibilidad financiera a largo plazo y de otro lado la cobertura universal y equitativa, para generar resultados, reflejados en mejores estados de salud en las personas. Sin embargo, Ortega (83) postula que esto genera una confrontación que hoy persiste, entre la teoría planteada para lograr dichas respuestas de tímidos modelos preventivos y la realidad que se vive en la práctica diaria, de atenciones médicas con prioridad en la asistencia, de tipo reactivas y/o reparativas, difícilmente resolutivas y costosas, lo que al final está llevando al traste la eficiencia y la sostenibilidad financiera y a largo plazo son dudosos los mejores estados de salud. Por eso como ya lo vimos, el mundo parece encaminarse a otras maneras de dar respuesta en salud con modelos de tipo preventivistas y/o anticipatorios.

Los problemas generados por la fragmentación de los servicios, propia del modelo hegemónico, en particular a partir de la era de las reformas, han motivado el llamado al cambio hacia (85) “Modelos de atención centrados en las personas y que pongan el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con estrategias de APS y en pro de la equidad...modelos buscan el equilibrio entre los servicios personales y los colectivos y entre lo curativo y lo preventivo” (p.120).

Efectivamente, como lo afirma Franco, “el amanecer del siglo XXI nos despierta el afán por los modelos basados en APS, buscando respuestas a diversas preguntas... la reorientación del modelo de salud se fundamenta en la renovación de esta estrategia” (6).

Por lo menos desde la teoría, la actual concepción de salud y bienestar aspira a un modelo de APS renovada y unas políticas más allá del fortalecimiento de la atención curativa, buscando privilegiar otras dimensiones que mantengan el bienestar durante el ciclo de vida, anticipándose e incluso logrando evitar la aparición de la enfermedad o el deterioro de las condiciones y la calidad de vida.

No obstante, los continuos llamados no pueden desconocer las tensiones que existen entre los modelos en juego, claramente diferentes en sus bases conceptuales, el enfoque de su acción y sus propósitos. Estas tensiones evocan las que se dan entre la medicina clínica y la medicina social; las existentes entre los usuarios y los prestadores o entre el saber aceptado como científico y el saber popular lo mismo que el que existe entre enfoque de riesgo y el modelo epidemiológico social (6).

De esta manera, como lo manifiesta Álvarez (80)

La práctica anticipatoria podrá darse en el momento en que se genere una transición en la estrategia con la que el sistema de salud aborda a los sujetos

de los servicios; si la estrategia es producir un servicio ante un daño consumado, se va a generar una práctica de características diferentes a las de aquella que se genera ante la estrategia de identificar a los sujetos a riesgo de ciertos daños (p.680).

#### **5.4.1 Ventajas**

En Colombia nuestro SGSSS se ha renovado recientemente adoptando una Política de Atención Integral en Salud (PAIS) en la cual se integran el llamado Plan de Beneficios en Salud (PBS), llamado antes Plan Obligatorio de Salud (POS), que contempla las acciones de tipo individual ofrecidas en un esquema de aseguramiento con los planes y servicios de alcance colectivo y pertinencia territorial, a cargo del Estado en el llamado Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que como lo señala Moreno (92) “pretende generar mejores condiciones de salud para la población a través de la regulación de la intervención sectorial e intersectorial”, planteando Rutas Integradas de Atención en Salud (RIAS), entre los diferentes niveles de complejidad, en búsqueda de condiciones de integralidad y continuidad, con el fin de promover el bienestar y el desarrollo de las personas. Recientemente en el año 2019, el MIAS cambia de denominación por Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) (93), pero conservando su filosofía y esencia y el fin continua siendo, mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud, agentes de otros sistemas y las comunidades, ahora bajo el liderazgo de entidades territoriales que deben identificar las prioridades y establecer acciones operativas por medio de acuerdos con el Ministerio de Salud (92).

Efectivamente, esta complementación junto con las redes integradas de servicios de salud, establecidas mediante la ley 1438 de 2011 y el MIAS (ahora MAITE), representan un complemento necesario para los sistemas integrados de servicios (6), reconociendo que aún falta mucho en nuestro país para su efectiva implementación.

El marco conceptual es precisamente la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con foco en un nivel primario y con una adecuada integración entre los actores, independientemente de su nivel de complejidad.

Este escenario que proporciona un marco legal representa una ventaja porque habilita y formaliza un modelo con foco en la promoción de la salud y en la anticipación, promueve mucho más la evaluación regular de factores de riesgo y prefiere la adopción de hábitos sobre el control de agentes identificables de enfermedad o el asistencialismo reactivo (93)

De hecho, e incluso antes de la expedición de la Política de Atención Integral en Salud y su modelo MIAS, en Colombia se habían realizado esfuerzos de integración de la Atención Primaria en Salud, reordenando los componentes, pasando del esquema burocrático piramidal por niveles a un esquema de redes asistenciales, responsables de la atención de la salud de una comunidad y poniendo como propósito fundamental la satisfacción de las necesidades de salud de las personas (6).

Efectivamente, en los primeros años de este siglo, en Bogotá se implementó la estrategia denominada Atención Primaria Integral de Salud (APIS) conocida popularmente como como “Salud a Su Hogar”. Se trató de realizar una articulación de acciones dirigidas a las personas, las familias y la comunidad. En palabras de Vega (94)

[...] desde la estrategia de APS, combinando los métodos y enfoques de la medicina preventiva y la salud pública...el abordaje epidemiológico, territorial, de población e intersectorial, con la orientación epidemiológica, familiar y comunitaria de la medicina preventiva, lo cual lleva a abordajes multidisciplinarios de las necesidades y atención de la salud y a la integración de la promoción de la salud con la prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad (p.42)

Así, se desarrolló un modelo de atención y de gestión, que buscó integrar la atención clínica orientada a los individuos y las familias con acciones de salud pública y sociales orientadas a la población vulnerable y con mayores riesgos, haciendo énfasis en la prevención primaria, secundaria y terciaria, en la acción intersectorial por la salud y en la participación comunitaria para enfrentar los determinantes sociales y ambientales de la salud (94).

De acuerdo con este mismo autor, esta experiencia se mostró como una alternativa factible y sostenible que posibilitaba el avance en el acceso universal y la utilización equitativa de los servicios de salud, lo que representa una visión optimista de las posibilidades de integración de la Atención Primaria en salud Renovada en los actuales sistemas de salud como el colombiano.

A su vez Mercer (95), sustenta como incluso en relación con los Objetivos de desarrollo sostenible, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS desde su iniciativa, salud para las Américas la promoción en salud avanza en una cultura que le apueste más a lo sostenible, donde hay una mayor preocupación por propiciar más ambientes pro-hábitos saludables y con más consciencia e identificación de factores de riesgo, renovar la promoción de la salud por medio de acciones sociales, políticas y técnicas que aborden los determinantes de la salud.

Hoy en Colombia, aunque sigue faltando mucho, hay más espacios para deporte, más referencias a la importancia del bienestar mental, de equilibrio en la

alimentación y de los riesgos del sedentarismo y la inactividad. Incluso se promueven leyes alrededor de “la comida chatarra” o la identificación visible de etiquetas en los productos de venta al público sobre su contenido en grasas y azúcares como advertencias notorias. Son pasos iniciales en el marco de políticas de salud como el MIAS y las RIAS. Son ventajas que señalan los autores, deben aprovecharse para apalancar el fortalecimiento de la promoción de la salud y la anticipación en el ciclo de vida, a la aparición manifiesta de síntomas de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT).

De acuerdo con Pelitti, Casana y Sisu (91). Hay una mayor consciencia en las personas jóvenes por la sostenibilidad, por el autocuidado y por el cuidado del medio ambiente, esto representa una ventaja para la consejería y la adopción de hábitos, desde etapas tempranas del ciclo de vida de las personas, generando en ellas mayor adherencia. En este sentido y volviendo a Moreno Gómez (92), involucrar a las personas en su consciencia y empoderamiento desde los hábitos con la salud, constituyen la llamada participación del individuo (o para otros autores del ciudadano) en el logro de sus ideales, derechos y deberes con la cultura de la salud (hacia el autocuidado), aceptando que las necesidades en salud están circunscritas en razón del contexto, biológico, psicológico o emocional, económico y social del individuo en su propio entorno, así como en el entorno primario y entorno social en el que está inmerso.

Otra ventaja en la implementación escritas por Moodie Pisani y de Castellnau (96), es que un modelo Preventivo y anticipatorio requiere una infraestructura más sencilla, menos costosa y puede abarcar tanto la presencialidad como la virtualidad, ambas en Colombia ya reguladas. Una ventaja adicional es que esto puede facilitar su propagación en la implementación. Así mismo, Arroyo (97), muestra que la ventaja del talento humano en salud, con preferencia en la adopción de hábitos y con foco en la promoción, radica en que se inicia con profesionales de enfermería, nutrición y psicología, y puede incluir también en los niveles educativos por la consejería, coaching en salud, docentes, preparadores físicos y personal auxiliar; por lo que logra más eficiencia en el recurso médico general y especializado que puede ser escaso en determinadas regiones, un personal más enfocado en la asistencia y en la prestación aguda de servicios, logrando mejor cobertura y mayor eficiencia. Pese a que el costo del recurso humano dimensionado en la implementación inicial puede ser alto, el retorno a mediano y largo plazo es seguro en la sostenibilidad del sistema, con personas con menos brecha entre su edad biológica y edad cronológica, emocionalmente más fuertes y empoderadas en el autocuidado de su estado de salud.

Estas ventajas en la infraestructura y el talento humano conforman otras dos ventajas, a saber: la transferibilidad y la potencialidad. La transferibilidad se da porque una vez realizada e implementado de manera adecuada, un modelo

preventivista y/o anticipatorio, su expansión es menos costosa y más sencilla, adicionalmente que la transferencia de conocimiento facilita homogenizar el servicio. La potencialidad, se refiere al impacto sobre la población destinataria y la escalabilidad de la intervención. Los impactos se ven en el mediano y largo plazo, pero son poderosos en el bienestar del individuo y el desarrollo de entornos saludables (98)

Corpus señala un aspecto muy importante en las RIAS donde señala como se tiene en cuenta el entorno del usuario (98) “La Ruta de Atención Integral en Salud brinda un enfoque territorial diferencial, es decir reconoce que cada territorio es fruto de una construcción social, que origina identidad y por tanto ayuda a entender las diferentes necesidades que las personas viven en los espacios de su día a día.” (p. 25)

Finalmente existe para los usuarios en el marco de este Modelo, un mejor tránsito por el sistema, Corpus también señala, cómo el estar integrados se debería reflejar en caminos más despejados, eficientes, oportunos y más integrales para el usuario, sin atenciones fragmentadas o desconectadas, sin largos tiempos de espera entre remisiones y contra remisiones por el acceso entre los diferentes niveles de complejidad, cuando así lo requiera. Debería poder habitar muchísimo más en el nivel primario, adoptar hábitos y comportamientos teniendo a disposición y mejor conectados otros niveles de atención y rehabilitación (98)

El MAITE con la aplicación de las RIAS, genera una caja de herramientas y deja un camino listo, para la implementación de un modelo continuo, centrado en la necesidad del individuo e integrado en sus diferentes niveles de atención al servicio del individuo (99)

Si la aplicación se realiza con fundamento en el planteamiento teórico, es una ventaja importante que fortalece la promoción de la salud y la atención primaria, pero con alta responsabilidad de aplicación en quienes lo operen y lo implementen.

Finalmente, leyendo a Corpus (99), también se deja clara la ventaja de que en Colombia el marco legal actual con el MAITE y las RIAS, permite la concepción y el trabajo sobre entornos saludables desde los mismos territorios, estos entornos incluyen la extensión al ámbito laboral, lo que refuerza aún más la posibilidad de que los individuos sean abarcados masivamente en la adopción de hábitos y en el manejo de la salud desde lo saludable, desde los factores de riesgo, es decir, desde la anticipación.

De la Guardia y Ruvalcaba (100), concluyen que los grandes beneficios y ventajas de un modelo preventivista con foco en la anticipación y en la promoción de la salud es reducir las desigualdades sociales, porque la inducción a hábitos saludables induce a mejor calidad de vida con menos factores de riesgo, generando

responsabilidad y equidad con bienestar físico - mental de calidad. Mejorar la salud de la población es menester porque promueve la detección temprana, la integralidad y favorecer la sostenibilidad del sistema sanitario, en tanto si las personas se enferman menos y bajan los indicadores de ENT, consumen menos servicios de salud.

Desde la teoría, y aunque el sistema de salud en Colombia debería operar con preferencia por la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la realidad es que sigue siendo un modelo más asistencial y reparativo. Y en cuanto al modelo de atención anticipatoria implementado en Colombia es muy pobre y escasa la literatura que describe intentos de aplicación. En la actualidad, Castillo (101) resalta solo dos aseguradores con sus respectivos prestadores en salud que trabajan algunos elementos de este modelo. EPS Sura, con sede principal en Medellín Colombia es una de las primeras que empieza a trabajar de manera inicial en atención para población saludable y empieza a declarar que desde la salud como una capacidad que tiene el ser humano, anticiparse a la aparición de la enfermedad es una mejor manera de gestionar el riesgo en Salud. El otro asegurador es EPS Sanitas - Keralty. También tratan de tomar elementos de un modelo de atención anticipatoria y trabajar desde la adopción de hábitos y cambios en los estilos de vida como principales determinantes a modificar, sin embargo, aún muy enmarcado en recomendaciones, y comunicaciones a los afiliados, pero no en el marco de un completo modelo implementado de atención anticipatoria (101)

#### **5.4.2 Desventajas**

Un modelo de atención preventivista y/o anticipatorio, sobre todo aquel en donde el foco en la anticipación es más ambicioso, ya que parte de que los atendidos son saludables y no enfermos, representa retos importantes desde la implementación, ya que las inversiones iniciales implican recursos suficientes en el sistema para cubrir las necesidades de curación, rehabilitación y de la actuación intersectorial que siempre estarán. Siempre se requiere de la asistencia activa y sobre todo en el nivel primario, más recursos para las necesidades de prevención, detección temprana y promoción de la salud que ahora no serían secundarias, sino el pilar, el corazón de acción del modelo.

Por último, se deben incluir recursos necesarios para elevar el nivel de salud de las personas, esto es, los escenarios anticipatorios en donde se atiende al saludable, se le evalúa, se le acompaña a adoptar hábitos saludables y sostenerlos. Esto último requiere de caracterizar a las personas según su factor de riesgo e individualizarlas para construir una propuesta de salud desde el contexto que rodea el individuo y le

genera bienestar. Se parte de un marco de factores determinantes, que tiene que ver con el entorno, la condición social, la crianza, la cultura y baja al individuo para elaborar con este último la mejor estrategia de atención en búsqueda del cambio, la adopción o transformación en hábitos y comportamientos saludables.

Según lo plantean Cohen, Neumann y Weinstein (102) el secreto está en realizar análisis cuidadosos para identificar oportunidades con base en la evidencia técnica (desde lo científico y lo administrativo, no desconociendo o prefiriendo lo uno o lo otro sino teniendo en cuenta los dos en equilibrio), incentivando un alcance ubicado en la posibilidad real del contexto social y normativo.

Adicional al reto económico y de retorno en costo-efectividad, que no se ve sino a muy largo plazo, otra desventaja está en la asistencia de los saludables; al leer a Oliva e Hidalgo (103)

Se puede concluir que la inasistencia en modelos de tipo preventivo y/o anticipatorio en salud es alta y raya con la ineficiencia administrativa. Esto se debe a que las personas saludables no tienen la necesidad, como si la tiene las personas enfermas o con síntomas agudos, de buscar asistencia o servicios de salud. El saludable no tiene la necesidad de buscar asistir, es necesario captarlo y enamorarlo para que se quede en las actividades de promoción y prevención, que acepte las actividades de detección temprana y camine por las RIAS, que adopte hábitos roca.

Se pone en evidencia otra desventaja, el talento humano en salud, sobre todo el talento humano en medicina, en nuestro país se forma bajo una perspectiva asistencialista y científicista, buscando y profundizando más en el detalle de la enfermedad que prestando atención al sostenimiento y mantenimientos de la salud. Es muy pobre la formación del profesional en la promoción y la prevención, son pocas las instituciones en Colombia que tengan énfasis en modelos de atención primaria y salud familiar, su foco es la enfermedad, el fomento por la especialidad médica y subespecialidad, cuando la necesidad es un sistema de atención primaria, foco anticipatorio y promocional de la salud. (104)

La infraestructura se concibe con la necesidad de grandes centros de alta complejidad y camas hospitalarias, lo cual es necesario por habitante en la población, incluso la “oferta de infraestructura en salud debe ser equilibrada” en sus niveles de complejidad según la zona geográfica la ruralidad y la urbanidad (105).

La OPS hace recomendaciones sobre la infraestructura de la salud pública (106), pero no es el foco de un modelo que debe priorizar la prevención, la atención anticipatoria y la detección temprana. La infraestructura para la salud “debería encaminarse hacia un enfoque preventivo”, esto puede ayudar a mitigar temas de sostenibilidad económica, ya hay experiencias y reflexiones en este sentido en países como México. (107)



Lo que si se hace con juicio debería disminuir la necesidad de infraestructura de alta complejidad, alto costo y esta reservarse más para los episodios de enfermedad transmisible o infecciosa que de ENT

Otra desventaja que se encuentra documentada, es que aún existe en nuestros sistemas una muy pobre articulación entre la promoción, la prevención y la curación asistencial del primer nivel con los posteriores niveles de complejidad. Más lejana aún está la articulación con la rehabilitación y reincorporación a la vida laboral y social del enfermo (105,107)

Por último, desde el punto de vista de la satisfacción y en el marco de una atención con foco en la salud (bienestar físico, psicológico y social), sería muy retador para un modelo preventivo lograr que los usuarios que ya han entrado o ya han sido captados se enamoren, persistan (constancia) y finalmente se queden (la deserción y la inasistencia pueden ser altas, porque aún no se tiene la cultura del cuidado antes de que aparezca la enfermedad. Sí se logra quedar y finalmente adoptar un hábito y/o adquirir un comportamiento, la satisfacción resultaría ser muy alta y motivadora, más, si incluye el contexto individual y bio-psico-socio-trascendente, el bienestar mental en este punto es altamente relevante. Esto puede conservarse como una desventaja (ya que no solo es difícil de identificar sino también de trabajar), no obstante, si el modelo logra sus objetivos biopsicosociales, podría ser aún más exitoso e integral en la satisfacción del usuario.

Finalmente, pensar en la integración del modelo actual y un modelo preventivista y anticipatorio como el de la Atención Primaria, es enfrentar a grandes tensiones entre un enfoque de eficiencia economicista y los valores de equidad, solidaridad y derecho a la salud de la APS (108)

Esto se da por la necesidad de tener sistemas de salud con modelos de atención que sean sostenibles por sí mismos, en el mediano y largo plazo y en donde se pueda dar la reinversión en salud para el nivel primario, sosteniendo una cobertura universal y además solidaria con la población de menos capacidad económica, pero brindando una atención con calidad técnico-científica, oportunidad y pertinencia en un marco de equidad para todos (108)

Una eficiencia técnica, que se debería evidenciar en la capacidad de un sistema de obtener el más alto nivel de producción, con unos recursos dados y una eficiencia asignativa, (que corresponde a la capacidad de utilizar los recursos de acuerdo con las proporciones óptimas, dados sus respectivos costos). Estas dos medidas combinadas resultan en una medida de eficiencia económica y/o de costes (109)

Adicionalmente, para Vega, en la experiencia de aplicación de la APS en la ciudad de Bogotá, en vigencia del sistema de salud actual, la calidad y eficacia de la

estrategia son amenazadas tanto por las formas de contratación tanto del personal que genera gran rotación y falta de incentivos como entre aseguradores y prestadores de servicios sin orientación al logro de metas en salud, contrario a los fines de la APS (94)

Como lo recalca Almeida (40)

la capacidad resolutive de APS incluye contar con equipos interdisciplinarios de salud capacitados y con incentivos y condiciones laborales atractivas, sobre todo en áreas con dificultades en el acceso a la atención en salud, como por ejemplo áreas rurales dispersas o zonas urbanas y periurbanas pobres y excluidas (p.4).

## 6. Discusión

El mejor conocido ahora como modelo preventivo, en determinados momentos también llamado modelo higienista o sanitarista, no es nuevo, pero sí se reconoce su resurgimiento en la segunda mitad del siglo pasado. Adicionalmente, esta pudiera ser una denominación genérica bajo la cual se identifican diferentes modelos que comparten la acción preventiva como su pilar fundamental, tales como los llamados modelos centrados en las personas, el modelo de salud familiar, el modelo de salud comunitaria y los modelos de atención basados en la Atención Primaria en Salud.

La denominación de Modelo Anticipatorio hace referencia al momento, según la llamada Historia Natural de la Enfermedad, en el cual despliega preferentemente su acción. Este es el momento prepatogénico, es decir antes que aparezca la enfermedad, lo cual coincide con el tipo de práctica conocida como Prevención Primaria, según la clasificación propuesta por Leavell y Clark. En consecuencia, la acción en el período prepatogénico centra su atención en la población sana y por tanto los modelos anticipatorios integran la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (81)

La literatura sobre los modelos de atención en general deja ver grandes tensiones y discusiones entre dos modelos que muchas veces se presentan como antagonicos. Un modelo llamado Biomédico, identificado como hegemónico o dominante y un modelo alternativo, el modelo Preventivo y Anticipatorio (18,69,71,72)

Las características que representan esas tensiones y antagonismos hablan de un modelo Biomédico que privilegia la dimensión biológica, centrado en la enfermedad y el enfermo, curativo, cuyo escenario de acción predilecto es el hospital y donde el personal médico es el principal recurso no solo en la práctica clínica sino en la definición de las políticas de salud (69,71)

Por su parte el modelo Preventivo-Anticipatorio privilegia las dimensiones socioculturales o históricas, enfoca su acción sobre los determinantes sociales de la salud (o los procesos de determinación social del proceso salud enfermedad), su ámbito de acción es el territorio y la comunidad, se centra en las personas y los colectivos, muestra un interés particular por las personas sanas, conforma equipos multidisciplinarios y convoca a la participación de la comunidad y la acción intersectorial y sus estrategias principales son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (6,78,81)

En este último el cuidado a lo largo del ciclo de vida se pretende que sea una característica importante (76,79)

Sin embargo, a pesar de las tensiones anotadas, expresadas en las posiciones de defensa de los modelos, por parte de muchos de los autores consultados sobre el tema, otros resaltan que los modelos preventivos y anticipatorios en realidad buscan un equilibrio entre servicios personales y colectivos y entre lo curativo y lo preventivo, eso sí, otorgándole mayor importancia a la prevención (85). Como lo menciona Menéndez el objeto de estos modelos no es ni negar la práctica médica ni romantizar los colectivos sociales (71)

Estas posiciones que denotarían un acercamiento ideológico de los modelos, podrían ayudar a sustentar la integración de ambos en sistemas como el colombiano en el cual su diseño de mercado de servicios de salud ha favorecido el modelo biomédico dominante, si bien al respecto autores como Franco (6), advierten que estos llamados como el de integrar la Atención Primaria Renovada, no pueden desconocer las tensiones que existen entre los modelos en juego, claramente diferentes en sus bases conceptuales, el enfoque de su acción y sus propósitos.

Por otro lado, uno de los argumentos más expandidos para sustentar la necesidad de implementar un modelo anticipatorio es el de los costos del sistema de salud. Así lo resaltan autores como Reyes (16), Moodie Pisani y de Castellnau (96) al referir a los modelos preventivistas como modelos casi ideales, que evitan enfermedades, requieren de una infraestructura y tecnología más sencillas y son rentables económicamente.

Esta hipótesis se sustenta en el hecho de que las estrategias para adoptar hábitos y comportamientos, requieren por ejemplo de locutorios (espacios conversacionales, más sencillos que consultorios); pueden ser realizadas de manera virtual, pueden además usarse herramientas de identificación, evaluación y análisis de fácil aplicación y masificación que comparado con la tecnología y las necesidades de infraestructura en un modelo de asistencia y atención clínica curativo y de rehabilitación pueden ser más simples (16)(94). Sin embargo, es una hipótesis que desde lo financiero requiere aún más análisis y estudios de evidencia que la soporten. Aun es muy escasa o inexistente la evidencia bibliográfica disponible (109)

Este argumento de la disminución de costos es, sin embargo, cuestionado e incluso negado por varios autores. Algunos, después de revisar diferentes investigaciones al respecto concluyen que las evidencias no parecen confirmar esa afirmación (15). Otros como Fielding, Husten y Richland (109) defienden el argumento de la disminución de costos y achacan el problema a que muchos de los servicios preventivos son fuertemente subutilizados.

Otros como Cohen y Neuman (102), muestran claramente que, si bien en algunos casos la prevención de enfermedades puede ahorrar dinero, en otros puede aumentar los costos de la atención médica. Como ejemplo, muestran que los costos

de detección superarán los ahorros del tratamiento evitado en casos en los que solo una fracción muy pequeña de la población se habría enfermado en ausencia de medidas preventivas. De la misma manera, muestran la relación costo - efectividad que se aduce a los modelos preventivos depende de otros factores como por ejemplo del tipo de población y citan como ejemplo que, para el caso de los medicamentos utilizados para tratar el colesterol alto, se presenta una relación calidad-precio mucho mayor cuando la población objeto tiene alto riesgo de enfermedad coronaria. En igual sentido, muestran, basados en estudios, que la eficacia en la detección del cáncer puede depender en gran medida tanto de la frecuencia de la detección como del nivel de riesgo de cáncer en la población tamizada.

Estas apreciaciones estudiadas por Cohen, Neumann (102) y otros autores reconocidos como Fielding, Husten y Richland (109), conducen a que aún no hay una conclusión suficientemente soportada de que los modelos preventivos ahorren dinero, la hipótesis de que si lo hacen es una hipótesis con gran potencial dentro del marco de la pertinencia y la racionalidad y pensando en que la anticipación y la prevención definitivamente son estrategias que tienen mayor posibilidad de materializar el riesgo de enfermar y por ende impactar o evitar los costos asociados a la recuperación de la salud. Se deben esperar más estudios que soporten que realmente la inversión y el retorno para el manteniendo de la salud y el bienestar es realmente mejor que la inversión y el retorno en la recuperación y rehabilitación desde la enfermedad (102,109).

Desde el concepto lo que se requiere para anticiparse y prevenir, es funcional y procedimentalmente menos complejo, demanda menos recurso tecnológico y de infraestructura que lo que se requiere para diagnosticar, manejar, recuperar y rehabilitar desde la enfermedad; pero esta por ser probada la hipótesis con modelos serios y de largo plazo en coste -efectividad para modelos preventivos y anticipatorios

En un sentido más intrínseco del modelo, cuando este despliega su acción hacia la promoción de estilos de vida saludable, lo mismo que cuando utiliza las estrategias de diagnóstico precoz, a través de pruebas clínicas o de laboratorio, es criticado argumentando que se convierte en una práctica medicalizadora de la vida individual y colectiva. Así, Sackett (110) argumenta que el modelo anticipatorio posee los tres elementos de lo que él denominó la arrogancia de la medicina preventiva. Así califica estos modelos primeramente de arrogantes ya que persiguen a las personas asintomáticas prescribiendo lo que deben hacer con el fin de conservarse sanos; en segundo lugar, de presuntuosos al dar por sentado que sus prescripciones hacen siempre más bien que daño y en tercer lugar los califica de despóticos ya que descalifica a todos los que cuestionan tales prescripciones.

De la misma manera Zarazaga (111), encuentra en diversos estudios, que el sobrediagnóstico en el que se cae con las pruebas de diagnóstico precoz aplicadas poblacionalmente, resulta ser caro, poco útil, e incluso peligroso por ello conmina a que siempre se informe a todo ciudadano de los riesgos, incomodidades y peligros de cada prueba propuesta, a la vez que de sus posibles beneficios.

A pesar de los acercamientos de estrategias de tipo preventivista y anticipatoria como la Atención Primaria en salud al modelo Biomédico dominante, no se debe ser ingenuo y más bien tener en cuenta que su posible integración se enfrenta la racionalidad económica que respalda al segundo con valores como la equidad, la solidaridad y el derecho a la salud, preconizados por el primero (6).

Por último, El Modelo Curativo ha permitido un importante avance de la mano de la tecnología y la creciente investigación científica, de los métodos de diagnóstico, de las técnicas de intervención que cada vez son menos invasivas y de los medicamentos (farmacología), Pero, en consecuencia, acrecienta la perspectiva curativa y el estar alrededor de la enfermedad en detrimento de un enfoque anticipatorio o preventivo. Este enfoque se ha vuelto necesario sobre todo en patologías infecciosas y de rápido abordaje (5).

Por su parte, el Modelo biopsicosocial como se vio en las desventajas puede requerir un mayor intercambio interdisciplinario, el cual no siempre es posible, pero permite una mayor comprensión de la enfermedad, esta amplitud se encuentra enfocada en la prevención primaria y en la rehabilitación integral con foco en la mejora de la calidad de vida. De esta comparación enmarcada por las ventajas y desventajas encontradas durante la revisión entre ambos modelos, se propone la consideración necesaria de una integración de los enfoques. Se puede deducir y lanzar la hipótesis en esta discusión, que incorporar las ventajas del Modelo biomédico, en un abordaje más amplio de un Modelo Anticipatorio podría lograr mejorar la calidad de vida de las personas (110). Como concepto reunido en esta discusión de las lecturas y de las ideas, el lenguaje de modelos de tipo anticipatorio o como el MIAS-MAITE debe cambiar la cultura en el sentido de que ya no se trata de resolver la enfermedad sino mantener y preservar la salud.

De todas maneras, cualquier esfuerzo de integración, debe recordar que el objetivo final de cualquier modelo de atención en salud, es elevar el nivel de ésta en la población y en los individuos considerados individualmente.

## 7. Conclusiones

La OMS y la OPS han venido documentando cómo el estado de salud en el mundo y en el área de las Américas ha cambiado y situaciones como el aumento en la longevidad, la disminución de la natalidad, los cambios demográficos, los cambios en los hábitos de alimentación y el creciente sedentarismo y disminución de la actividad física han determinado que hoy las enfermedades no transmisibles (ENT) o enfermedades crónicas son prevalentes sobre las enfermedades infecciosas o enfermedades transmisibles (ET). Lo que hoy sabemos y está soportado de manera amplia en la literatura, es que claramente estos cambios y la evolución natural de las ENT son modificables en la medida en que modifiquemos determinantes como el estilo de vida, la adopción de hábitos saludables simples como la alimentación suficiente y necesaria, alejada de los excesos, el placer y la emoción, el movimiento consciente y adecuado del cuerpo y su sistema articular y sobre todo un bienestar mental.

Esto nos lleva a que la vida es un ciclo que inicia y termina. Un ciclo que recorre varias etapas y según cada una de ellas hay un estado propio de bienestar.

Ese equilibrio de bienestar bio-psico-socio-trascendente es individualizado y acompañado por lo que rodea a cada persona y ahora también sabemos es una evolución de lo que conceptualmente se conoce como salud. La salud es entonces más una capacidad de mantener ese equilibrio para el bienestar y no solo se podrá definir como ausencia de enfermedad, así mismo el concepto de saludable acompaña este ciclo de vida y es el envejecimiento saludable, interpretado como una capacidad de mantener el bienestar en cada etapa y en un ser bio-psico-socio-trascendente el que debe trabajarse en los nuevos modelos de atención.

Hay preocupación por la muerte y las señales de envejecimiento, pero se debe empezar por hacer cultura en la sociedad ya que estas hacen parte del ciclo de vida, y no deben tomarse como parte de un proceso de enfermedad, y menos como algo evitable. Es importante anotar que este concepto se refiere a que un modelo anticipatorio y preventivo, tiene un alto potencial para gestionar el riesgo en salud de una manera mucho más eficiente y allí radica el valor y la importancia de dicho modelo, pero también al prevenir la enfermedad y promocionar el cuidado de la salud, se debe incorporar en nuestra cultura que seguimos un curso de vida *finito*, y no debería ser el objetivo de un modelo de atención en salud, buscar un curso de vida infinito, sino más bien buscar un **curso de vida de calidad y de bienestar**, por eso aceptar la muerte *en bienestar* como parte del ciclo de vida es parte de una promoción de la salud desde el comienzo. El bienestar es el concepto más cercano de salud y es individualizado y adecuado a cada persona y su entorno.

Esta monografía revisó el concepto de modelo y más allá el de modelo de atención en salud. Los modelos de atención en salud han venido surgiendo, como respuesta

a la evolución paulatina que la humanidad dio a las concepciones de salud – enfermedad. Los modelos de atención en salud, están determinados tanto por la situación de salud como por los modelos explicativos del proceso salud enfermedad, pero también están determinados por el modelo de sistema de salud e incluso por el modelo de desarrollo económico social y político.

El modelo preventivo no es un modelo nuevo, este data del siglo XIX, pero reaparece y se convierte ahora en el modelo alternativo al modelo médico dominante. Como modelo alternativo antepone la promoción y la prevención a la curación, las personas a los pacientes, pone un énfasis en salud en lugar de enfatizar en la enfermedad. Antepone el trabajo en el territorio y en la comunidad, al trabajo hospitalario del Modelo Médico Dominante y la conformación de equipos de salud con participación de la comunidad al predominio médico (modelo biomédico)

Los modelos anticipatorios son modelos preventivos, que actúan antes de que aparezca la enfermedad; los modelos preventivos en general pueden abarcar más por los niveles de prevención, pero estos anticipatorios actúan antes de que aparezca la enfermedad, un modelo anticipatorio se enfoca más en individuos y comunidades sanas, buscan actuar durante todo el ciclo de la vida y actúan sobre los factores de riesgo y los determinantes sociales de la salud antes de que aparezca la enfermedad.

A pesar de que estos modelos preventivos y anticipatorios son valorados como menos costosos y que ahorrarán costos a los sistemas y a los países, sus resultados en los análisis costo-efectividad han sido cuestionados y no hay evidencia científica que efectivamente sean menos costosos; esto sigue siendo una hipótesis pendiente de probar.

Los modelos preventivos y anticipatorios son en ocasiones cuestionados por querer someter a los individuos y comunidades al seguimiento de las recomendaciones en estilo de vida saludable y por esa vía se “convierten” en modelos que son medicalizadores, es decir que tratan de *medicalizar* recomendaciones que pueden ser excesivas en la vida social e individual de las personas.

Otro aspecto a concluir es que se ha tratado de articular, estos modelos preventivos y anticipatorios a modelos de sistemas como el colombiano, que es un modelo que se ha centrado en el mercado y que ha respaldado más al modelo curativo. Hoy a nivel internacional se propone la articulación de modelos preventivos y curativos, que valoren los aspectos positivos de cada uno, frente a condiciones de vida de las personas, frente a las comunidades, frente a las necesidades en salud y a los avances científicos - tecnológicos al servicio del tratamiento y de la curación de los pacientes; finalmente articular en ambos el bienestar individual y colectivo. También



se postula que esta articulación basada en la evidencia sea más efectiva y sostenible.

Hoy aún falta encontrar mucha más información sobre el Modelo Anticipatorio aplicado. La implementación de modelos de adquisición y transformación de hábitos y comportamientos, de corte preventivista y anticipatorio en población saludable con curso de vida a partir de juventud en adelante, plantea retos para los aseguradores e inversionistas, como la posibilidad de que sean programas de baja captación y asistencia (ya que en nuestra cultura aún no está interiorizada la priorización sobre los hábitos, pero sí de buscar atención cuando se está enfermo. Se plantea para los administradores de los recursos en salud, la puesta en marcha de inversiones significativas con retornos que aun a hoy, son inciertos y de largo plazo en el tiempo, son lo que se llamarían inversiones de fe. (Aún no hay evidencia solida de que prevenir sea más barato que curar sobre todo si los desenlaces en salud son de largo alcance (ENT) en una intervención anticipatoria) Apenas en Colombia hoy unos pocos aseguradores (Sura es uno de ellos) empiezan a incursionar en su aplicación práctica, privilegiando la prevención y la anticipación a la curación y la reparación en un manejo agudo.

La implementación del MIAS – MAITE se ha intentado en Colombia desde el año 2019. Sin embargo, el país aún no está en la práctica listo para integrar los niveles de atención, para que haya interoperabilidad en los sistemas de información y en las plataformas de historia clínica, aun los primeros niveles están alejados de los demás niveles de atención y aun los niveles de atención más complejos son fragmentados, muy especializados y subespecializados y con una férrea visión de Modelo Dominante Hegemónico (curativo), sin embargo empiezan a realizarse esfuerzos en algunas de las grandes ciudades por empezar a integrarse sobre todo con aseguradores que a la vez son prestadores y entre estos y su red de proveedores, pero estamos lejos.

Esta monografía da paso a nuevos estudios sobre qué validez se puede documentar y encontrar en el mediano y largo plazo ya con modelos anticipatorios efectivamente aplicados y validados con datos de la hipótesis costo-efectividad y de que las personas intervenidas anticipada y efectivamente si mantengan hábitos saludables en el tiempo, con la consecuente evitabilidad mejorada y disminuida en frecuencia de las ENT, esto sin duda hará sostenibles y viables a largo plazo nuestros sistemas de salud.

## Referencias

1. Mujica-Chirinos N, Rincón-González S. Consideraciones teórico-epistémicas acerca del concepto de modelo. *Telos* [Internet]. 2011;13:51–64. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99318408004>
2. Acevedo-Díaz JA, García-Carmona A, Aragón-Méndez M del M, Oliva-Martínez JM. Modelos científicos: significado y papel en la práctica científica. *Rev Científica* [Internet]. 2017;30(3):155–166. Disponible en: <https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/revcie/article/view/12288>
3. Real Academia Española (RAE). *Diccionario de la lengua española*. 23a ed. Madrid: Real Academia Española (RAE); 2022.
4. Arredondo A. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cad Saude Publica* [Internet]. 8(3):254–61. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8bsQRMHDrQqWspcjLfhB8Qh/?format=pdf&lang=es>
5. Hernández-Girón C, Orozco-Núñez E, Arredondo-López A. Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2012;14(2):315–24. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42225409011>
6. Franco-Giraldo A. Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa. *Gerenc y Políticas Salud* [Internet]. el 2 de octubre de 2020;19(0 SE-Artículos). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/28129>
7. Londoño JL, Frenk J. *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina* [Internet]. Washington, DC: Inter-American Development Bank, Office of the Chief Economist; 1997. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10419/87917>
8. Caja Costarricense de Seguro Social. *Lineamientos metodológicos para el diseño de propuestas de modalidades de atención en los establecimientos de salud* [Internet]. San José (Costa Rica): Caja Costarricense de Seguro Social; 2008. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/libros/lineamientos09.pdf>
9. Organización Panamericana de la Salud - OPS *Transformando los servicios de salud hacia redes integradas : elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina / Osvaldo Artaza Barrios ; coordinación general de Osvaldo Artaza*

Barrios. - 1a ed . - Buenos Aires : Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2017. Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34027/9789507101281\\_spa.pdf](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34027/9789507101281_spa.pdf)

10. Frenk J, Donabedian A. Los sistemas nacionales de salud; una perspectiva comparativa. *Rev Adm Pública* [Internet]. 1987;221–38. Disponible en: <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/rev-administracion-publica/article/view/18508/16635>
11. Castellanos PL, Lizardo J, Matías B, Morales L, Chupani CR, Suárez RM. El nuevo modelo del sistema de salud: inicios, rutas y dificultades [Internet]. Santo Domingo (República Dominicana): Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM); 2009. Disponible en: <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/fescaribe/08002.pdf>
12. Indicadores basicos, situación de salud en las americas
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. Análisis de Situación de Salud (ASIS), Colombia, 2019 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-2019-colombia.pdf>
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. Prevención de enfermedades no transmisibles [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/Enfermedades-no-transmisibles.aspx>
15. Rey R, Leiva-Pereira J, Moraga-Aranda C. Modelos de atención en salud. *Cult Educ y Soc* [Internet]. 2014;5(2):109–18. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Jorge-Leiva-8/publication/304579503\\_Modelos\\_de\\_atencion\\_en\\_salud\\_una\\_vision\\_epistemologica\\_Health\\_Care\\_Models\\_An\\_Epistemological\\_Perspective/links/5773ee8c08aeb9427e241ab7/Modelos-de-atencion-en-salud-una-vision-episte](https://www.researchgate.net/profile/Jorge-Leiva-8/publication/304579503_Modelos_de_atencion_en_salud_una_vision_epistemologica_Health_Care_Models_An_Epistemological_Perspective/links/5773ee8c08aeb9427e241ab7/Modelos-de-atencion-en-salud-una-vision-episte)
16. Reyes-Caorsi W, Cuesta A, Vidal L. “Más vale prevenir que curar”. Pero, ¿cuesta menos? *Revi Urug Cardiol* [Internet]. 2008;23:123–4. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-04202008000100015&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202008000100015&nrm=iso)

17. Menéndez EL. El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. *Desarrollo Econ* [Internet]. el 4 de febrero de 1985;24(96):593–604. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/3466923>
18. Espinosa-Brito A. La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. *Rev Cub Salud Publica* [Internet]. 2013;39:1–3. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21425613001>
19. Molina G, Ramírez A. Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: Entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(4):287–93
20. Tobar F. Sistema de salud [Internet]. *Gob.ar*. [citado el 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/145Tobar>, Federico Sistema de Salud. DELS (Diccionario Enciclopédico de la legislación Sanitaria). Auspicio OPS
21. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. [Internet]. *AARN news letter*. Ottawa: Minister of National Health and Welfare; 1974. Disponible en: <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
22. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). *Salud en las Américas. Edición del 2017. Panorama regional y perfiles de país* [Internet]. Washington D. C.: OPS-OMS; 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
23. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Indicadores básicos 2019. Tendencias de la salud en las américas*. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51543>
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. *Análisis de Situación de Salud (ASIS), Colombia, 2018* [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-colombia-2018.pdf>
25. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). *Salud en las Américas . Edición de 2012. Panorama regional y perfiles de país* [Internet]. Washington D. C.: OPS-OMS; 2012. Disponible en: [https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=salu](https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salu)

d-americas-edicion-2012-43&alias=78-salud-americas-edicion-2012-con-marcas-registro-imprenta-8&Itemid=231&lang=en

26. López B, Carvallo G. Aproximación al proceso salud-enfermedad. *Odous Cient.* 2009;10(1):33–43.
27. Berbesí DY. Alcances y limitaciones de la noción de enfermedad. (Limitations of the concept of disease) (Alcance e as limitações do conceito de doença). *CES Salud Pública* [Internet]. 2013;4(1):47–51. Disponible en: [https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces\\_salud\\_publica/article/view/2752](https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2752)
28. Morón-B. A, Rivera-V. L, Rojas de Rivera F, Pirona M, Santana Y, Suárez I, et al. Aportes al estudio de la epidemiología bucal del Wayúu. *Cienc Odontol.* 2004;1(1):18–29.
29. Acevedo G, Martínez D, Utz L. La salud y sus determinantes. *La salud pública y la medicina preventiva* [Internet]. *Manuel de Medicina Preventiva y Social I.* Disponible en: <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/MPyS-1-Unidad-1-Determinantes-de-la-Salud-V-2013.pdf>
30. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. [Internet]. *AARN news letter.* Ottawa: Minister of National Health and Welfare; 1974. Disponible en: <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
31. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2010. Disponible en: [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)
32. OPS.org. [citado el 18 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=125&lang=es](https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=125&lang=es).

33. Borraz F, Cabrera J, Cid A, Ferrez D, Miles D. Pobreza, educación y salarios en América Latina [Internet]. 2010. Report No.: Working paper UM\_CEE\_2010-02. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Alejandro-Cid/publication/254429490\\_Pobreza\\_Educacion\\_y\\_Salarios\\_en\\_America\\_Latina/links/5771357a08ae0b3a3b7d4f65/Pobreza-Educacion-y-Salarios-en-America-Latina.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Alejandro-Cid/publication/254429490_Pobreza_Educacion_y_Salarios_en_America_Latina/links/5771357a08ae0b3a3b7d4f65/Pobreza-Educacion-y-Salarios-en-America-Latina.pdf)
34. Breilh J. Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología: un ensayo de desmitificación del proceso salud-enfermedad [Internet]. Ciudad de México; 1977. Disponible en: [http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3405%0Ahttp://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3405/1/Breilh%2C J-CON-110-Tesis\\_Mx-77.pdf](http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3405%0Ahttp://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3405/1/Breilh%2C%20J-CON-110-Tesis_Mx-77.pdf)
35. García JC. Pensamiento social en salud en América Latina. Ciudad de México: Organización Panamericana de la Salud - Interamericana McGraw Hill; 1994.
36. Laurell AC. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad. En: Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud [Internet]. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 1994. p. 1–12. Disponible en: [https://digitalrepository.unm.edu/lasm\\_es/299](https://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/299)
37. Etienne C-F. Salud mental como componente de la salud universal. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2018;42:1–2. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.140>
38. Gómez RD. ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? Rev Fac Nac Salud Publica. 2018;36(1(Supl. 1)):64–102.
39. Isla-Pera P. ¿Qué es la salud? Percepción comunitaria. Enferm clin [Internet]. 2004;14(3):152–6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S11308621047387>
40. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. Rev

Panam Salud Publica [Internet]. 2018;42:1–6. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>

41. Martínez-Riera JR, Casado R del P. Declaración de Alma-Ata. En: Martínez Riera JR, Casado R del P, editores. Manual práctico de enfermería comunitaria. Elsevier; 2014. p. 26–9.
42. Orozco-Africano JM. Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena. Cartagena: Eumed.net; 2006.
43. Tobar F. Herramientas para el análisis del sector salud. Medi Soc [Internet]. 2000;23(2):83... Disponible en: <https://studylib.es/doc/6610348/herramientas-para-el-analisis-del-sector-salud>
44. Fresno-Chávez C. Sistemas de atención de salud (I). Rev Cub Salud Pública [Internet]. 1996;22(1):11–2. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661996000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100006&lng=es).
45. Watt G, O'Donnell C, Sridharan S. Building on Julian Tudor Hart's example of anticipatory care. Prim Health Care Res Dev [Internet]. 2011 [citado el 18 de mayo de 2022];12(1):3–10. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/building-on-julian-tudor-harts-example-of-anticipatory-care/9BAA5A8B2B41C429FDBBC536ECBDB574>
46. Corry DAS, Doherty J, Carter G, Doyle F, Fahey T, O'Halloran P, et al. Acceptability of a nurse-led, person-centred, anticipatory care planning intervention for older people at risk of functional decline: A qualitative study. PLoS One [Internet]. 2021;16(5):e0251978. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0251978>
47. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986. (Discusiones Técnicas sobre Promoción de la Salud). Report No.: PAHO/HPP/HPS/94.2

48. Organización Mundial de la Salud (OMS) Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2007.
49. Lifshitz A. La medicina curativa y la medicina preventiva: Alcances y limitaciones. *Med Int Méx* [Internet]. 2014;30(1):66–72. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2014/mim141i.pdf>
50. Franco-Giraldo Á, Universidad de Antioquia. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2015;33(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11>
51. Vélez-Arango AL. Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. *Hacia la promoción la salud* [Internet]. 2007;12(1):63–78. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30912668900>
52. Macinko J, Montenegro H, Adell CN. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas 1 Informe especial / Special report. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2007;21(2/3):73–84. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>
53. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas [Internet]. Washington D. C.: OPS; 2010. Disponible en: [https://www.paho.org/uru/dmdocuments/RISS\\_2010-Doc\\_Posicion\\_revisado\\_pos\\_CD.pdf](https://www.paho.org/uru/dmdocuments/RISS_2010-Doc_Posicion_revisado_pos_CD.pdf)
54. Congreso de la república de Colombia. Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. Bogotá; 2011. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY\\_1438\\_DE\\_2011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_1438_DE_2011.pdf)



55. Presno-Labrador MC, Castañeda-Abascal IE. Enfoque de género en salud. Su importancia y aplicación en la APS. Rev Cuba Med Gen Integr. 2003;19(3).
56. Política de Atención Integral en Salud Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., Enero de 2016 Disponible en: [https://www.dssa.gov.co/images/botones\\_n/mias\\_pais/documentos/4.%20%20Doc%20PAIS.pdf](https://www.dssa.gov.co/images/botones_n/mias_pais/documentos/4.%20%20Doc%20PAIS.pdf)
57. Ospina- Campo, J. (2020). “Política de Atención Integral en Salud (PAIS), “Hacia Mejores Condiciones de la Salud” en Colombia”. In Vestigium Ire. Vol. 14-1, pp. 77-91.
58. Sánchez-Flores FA. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. Rev Digit Investig en Docencia Univ [Internet]. 2019;13(1):102–22. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.19083/ridu.2019.644>
59. Allard-Poesi F, Perret V. Fondements épistémologiques de la recherche. En: Thiétart R-A, editor. Méthodes de recherche en management [Internet]. París: Dunod; 2014. p. 14–46. (Management Sup). Disponible en: [https://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=DUNOD\\_THIET\\_2014\\_01\\_0014](https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=DUNOD_THIET_2014_01_0014)
60. Basulto Gallegos ÓF. Comunicación Imaginada y Turismo de Intereses Especiales. el 24 de febrero de 2015 [citado el 5 de febrero de 2022]; Disponible en: <http://hdl.handle.net/10347/12392>
61. Dávila-Newman G. El razonamiento inductivo y deductivo dentro del proceso investigativo en ciencias experimentales y sociales. Laurus [Internet]. 2006;12:180–205. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76109911>
62. Amezcua M, Gálvez-Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2002;76:423–36. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n5/colabora4.pdf>

63. Klaus K. Metodología del análisis de contenido: teoría y práctica. Barcelona: Paidós Ibérica; 1990.
64. Gaitán-Moya JA, Piñuel-Raigada JL. Técnicas de investigación en Comunicación Social. Madrid: Síntesis; 1998.
65. Sandoval-Casilimas CA. Investigación cualitativa [Internet]. Vol. 13. Bogotá: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (Icfes); 2011. 255 p. Disponible en: [http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/bitstream/123456789/2815/1/Investigación cualitativa.pdf](http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/bitstream/123456789/2815/1/Investigación%20cualitativa.pdf)
66. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1989.
67. Restrepo-Ochoa DA. La teoría fundamentada como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las representaciones sociales. CES Psicol [Internet]. 2013;6(1):122–133. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2579>
68. Segovia-Morales R, González-Gómez R, Colina-Beleño L. La teoría fundamentada como metodología para el análisis del diseño arquitectónico en la contemporaneidad: hacia una búsqueda de sus fundamentos epistemológicos. Módulo Arqit CUC [Internet]. 2014;10:235–54. Disponible en: [https://revistascientificas.cuc.edu.co/moduloarquitecturacuc/article/view/101/pdf\\_41](https://revistascientificas.cuc.edu.co/moduloarquitecturacuc/article/view/101/pdf_41)
69. Franco-Giraldo Á. Tendencias y teorías en salud pública. Rev Fac Nac Salud Publica [Internet]. 2006;24(2):119–30. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2006000200012&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2006000200012&lng=en)
70. Breilh J. Nuevos paradigmas en la salud pública. En: Un Enfoque de Ecosistemas para la Salud Humana: Enfermedades Transmisibles y Emergentes [Internet]. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo; Programa de las Naciones Unidas para el

Ambiente; Organización Panamericana de la Salud; Escuela Nacional de Salud Pública, FIOCRUZ, Río de Janeiro, noviembre de 1999; 1999. Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3538/1/Breilh, J-CON-168-Nuevos paradigmas.pdf>

71. Menéndez EL. Modelo médico hegemónico y atención primaria. En: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires; 1988. p. 451–64.
72. Frenk J. La salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción. *Salud Publica Mex.* 1988;124:155–6.
73. Ruales J. Panel: Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud. *Rev Fac Nac Salud Publica* [Internet]. 2004;22(99):33–9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021904>
74. Alvarez-Manilla JM. Ensayo de conceptualización sobre los tipos . de médicos y sistemas de atención médica. *Rev Fac Med Univ Nac Aut Mex* [Internet]. 1979;22(9):3–4. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/74070/65448>
75. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2003;8(1):185–207. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
76. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Las funciones esenciales de la salud pública [Internet]. Vol. 18. Washington D. C.; 2000. Report No.: CD42/15. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd42\\_15-s.pdf](http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd42_15-s.pdf)
77. Urrutia-Bunster M, Contreras-Mejías AE, Dois-Castellón AM. Modelo de atención de salud basado en el autocuidado: inicios y evolución. *Rev Chil Derecho* [Internet]. 2020;15(1):81–8. Disponible en: <http://revistachilenadederecho.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12394>

78. Marcos-Pardo PJ, González-Gálvez N, Vaquero-Cristóbal R, Sagarra-Romero L, López-Vivancos A, Velázquez-Díaz D, et al. Programa de Intervención Multidominio Healthy-Age. Recomendaciones para un envejecimiento saludable. *Cult Cienc Deport* [Internet]. 2021;16(48):311–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12800/ccd.v16i48.1743>
79. Dandicourt-Thomas C. Modelos de enfermería relacionados con el cuidado preventivo orientado a la comunidad y la familia [Internet]. Vol. 34, *Rev Cubana Enferm. scielocu*; 2018. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192018000400017&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000400017&lng=es). Epub 01-Dic-2018.
80. Álvarez-Manilla JM. Atención primaria a la salud. *Salud Publica Mex* [Internet]. 1988;30(5):676–82. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/145>
81. Dois A, Bravo P, Soto G. Atributos y características de los principios orientadores del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria desde la perspectiva de expertos en APS. *Rev Med Chil* [Internet]. 2017;145(7):879–87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000700879>
82. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2007;21(2/3):177–85. Disponible en: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpsp/v21n2-3/12.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v21n2-3/12.pdf)
83. Ortega-Bolaños JA. Las políticas de salud, un campo de estudio transdisciplinar. *Rev Salud Publica* [Internet]. 2018;20(5):649–54. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n5.73891>
84. Rosas-Prieto AM, Narciso-Zarate V, Cuba-Fuentes MS. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar [Internet]. Vol. 30, *Acta Méd Peru. scielo*; 2013. p. 42–7. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172013000100008&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100008&lng=es)

85. Ocampo-Rodríguez MV, Betancourt-Urrutia VF, Montoya-Rojas JP, Bautista-Botton DC. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. Rev Gerenc Polit salud [Internet]. 2013;12(14):114–29. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54526806016>
86. Cardona Á, Mejía-O. LM, Nieto-L. E, Restrepo-V. R. Temas críticos en la reforma de la Ley de seguridad social de Colombia en el capítulo de salud. Rev Fac Nac Salud Publica [Internet]. 2005;23(1):117–33. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v23n1/v23n1a11.pdf>
87. Laurell AC. Políticas de salud en pugna: aseguramiento frente a sistemas universales públicos. Rev Lat Am Enferm [Internet]. 2016;24. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/vhdwq7nmFBddx4mcSpfwqSz/?format=pdf&lang=es>
88. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud [Internet]. Vol. 33, Arch Med Int. scielouy; 2011. p. 7–11. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es)
89. Sánchez-Pérez MP, Velasco-Benítez CA. El modelo de Leavell y Clark como marco descriptivo dentro de las investigaciones sobre el virus de la hepatitis B en niños con infección por VIH/sida del grupo de investigación GastrohNup de la Universidad del Valle de Cali, Colombia. GastrohNup [Internet]. el 24 de junio de 2015;17(3S1 SE-REVISIÓN DE TEMAS):S6–9. Disponible en: <https://revistas.univalle.edu.co/index.php/gastrohnut/article/view/1316>
90. Soberón G, Martuscelli-Quintana J, Álvarez-Manilla JM. La implantación de la estrategia de atención primaria a la salud en México. Salud Publica Mex [Internet]. 1988;30(5):683–90. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/146>
91. Pelitti AP, Casana N, Sisu MG. Estrategias de prevención y promoción de la salud: un puente entre medicina y comunicación, la experiencia en la Universidad Nacional de La Plata. Masquedós [Internet]. 2020;5(5):1–9. Disponible en: en:

[https://www.ridaa.unicen.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/2397/Estrategias de prevención y promoción de la salud ....pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.ridaa.unicen.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/2397/Estrategias_de_prevenccion_y_promocion_de_la_salud....pdf?sequence=1&isAllowed=y)

92. Moreno-Gómez GA. El nuevo modelo de Atención Integral en Salud -MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema [Internet]. Vol. 22, Rev Med Risaralda. scieloco; 2016. p. 73–4. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0122-06672016000200001&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672016000200001&lng=en)
93. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 del 27 de septiembre del 2019 Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE [Internet]. 2019. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución No. 2626 de 2019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion_No._2626_de_2019.pdf)
94. Vega-Romero RR, Carrillo-Franco J. APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia: el caso Salud a su Hogar en Bogotá. Rev Gerenc Políticas Salud [Internet]. 2006;5(11):38–54. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54501104>
95. Mercer H. Una estrategia consensuada de promoción de la salud en las Américas. Glob Heal Promot [Internet]. 2020;27(1):107–9. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757975920909019>
96. Moodie R, Pisani E, De Castellnau M. Infraestructura para la promoción de la salud: el arte de lo posible. Trab Soc Salud. 2001;(38):285–326.
97. Arroyo H V. La universidad y el desarrollo de las redes académicas y profesionales de promoción de la salud y educación para la salud en América Latina. En: IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud. Navarra: Universidad Pública de Navarra; 2009.
98. Kickbusch I. La contribución de la Organización Mundial de la Salud a una nueva salud pública y promoción de la salud. Am J Public Heal [Internet]. el 1 de marzo de 2003;93(3):383–8. Disponible en: <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.3.383>

99. Corpus-Taboada L. Las nuevas rutas de atención integral en salud en Colombia [Internet]. Universidad de Córdoba (Colombia); 2020. Disponible en:  
[https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/2889/Corpus Taboada%2C Luis Rafael.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/2889/Corpus%20Taboada%2C%20Luis%20Rafael.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
100. De la Guardia-Gutiérrez MA, Ruvalcaba-Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria [Internet]. Vol. 5, J Negat No Posit Results. scieloes; 2020. p. 81–90. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2529-850X2020000100081&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081&lng=es)
101. Castillo XC. Análisis de contexto del sistema de salud en Colombia para situar la coyuntura. Líneas Fuga. DEDEDEDE 2021;(9):39–56. disponible en:  
[https://scholar.google.es/scholar?lookup=0&q=Castillo.+An%C3%A1lisis+de+contexto+del+sistema+de+salud+en+Colombia+para+situ+la+coyuntura&hl=es&as\\_sdt=0,5](https://scholar.google.es/scholar?lookup=0&q=Castillo.+An%C3%A1lisis+de+contexto+del+sistema+de+salud+en+Colombia+para+situ+la+coyuntura&hl=es&as_sdt=0,5)
102. Cohen JT, Neumann PJ, Weinstein MC. Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates. N Engl J Med [Internet]. el 14 de febrero de 2008;358(7):661–3. Disponible en:  
<https://doi.org/10.1056/NEJMp0708558>
103. Oliva C, Hidalgo CG. Satisfacción usuaria: un indicador de calidad del modelo de salud familiar, evaluada en un programa de atención de familias en riesgo biopsicosocial, en la atención primaria riesgo biopsicosocial, en atención primaria de salud. Psykhe (Santiago) [Internet]. 2004;13(2):173–86. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282004000200013>
104. Hernando Hernández-Rincón E. Family physician’s role in the new comprehensive model of health care in Colombia [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 18 de mayo de 2022]. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2019/cmi193m.pdf>
105. u a d e r n o d e t r a b c. Mirando el campo de la salud: problemas, actores, instituciones y territorio María Crojethovic [Internet]. Edu.ar. [citado

el 9 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://ediciones.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/2020/11/9789876305044.pdf>

106. Paho.org. [citado el 10 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Bibliografia\\_Anotada-Infraestructura\\_Salud\\_Publica.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Bibliografia_Anotada-Infraestructura_Salud_Publica.pdf)
107. PressReader.Com - digital newspaper & magazine subscriptions [Internet]. Pressreader.com. [citado el 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.pressreader.com/mexico/obras/20181001/281522227045459>
108. Franco-Giraldo Á. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano. Rev Salud Publica [Internet]. 2012;14(5):865–77. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2012.v14n5/865-877/es>
109. Fielding JE, Husten CG, Richland JH. Does preventive care save money? Vol. 358, N Engl J Med. United States; 2008. p. 2847; author reply 2847-8.
110. Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. Can Med Assoc J [Internet]. el 20 de agosto de 2002;167(4):363 LP – 364. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/content/167/4/363.abstract>
111. Zarazaga A, Franco-López Á, Culebras JM. Beneficios y “maleficios” del cribado. El sobrediagnóstico y la medicina anticipativa [Internet]. Vol. 5, J Negat No Posit Results. scielo.es; 2020. p. 369–78. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3299>