

SIG·Obesidad NutriSSAN



GRUPO DE INTERÉS
ESPECIAL DE OBESIDAD

Rede Latino-Americana de Soberania e Segurança
Alimentar e Nutricional

FASCÍCULO 5

Soberania y Seguridad Alimentaria y Nutricional de América Latina

Red y líneas de atención a la obesidad en Argentina, Brasil, Colombia y Ecuador: Atención Primaria a la Salud

Ana Lía González ¹, Maria Rita Marques de Oliveira ², Maria Eugenia Muñoz Galeano ³, Yudi Paulina García Ramírez ³, Erika Castaño Moreno ⁴, Luz Gladys Posada Jhonson ⁵, Ruth Martínez Espinosa ⁶, Angélica Arrobo Rodas ⁶, Najla Oliveira de Carozo ¹.

¹ Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Nutrición – UNC – Argentina.

² Universidad Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Centro de Ciencia y Tecnología en Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional UNESP/INTERSSAN – Brasil.

³ Grupo de investigación en Salud Familiar y Comunitaria, Facultad de Ciencias de la Salud, Corporación Universitaria Remington, Medellín- Colombia

⁴ Investigadora Independiente, Investigadora Júnior – Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación – Colombia

⁵ Investigadora Independiente

⁶ Universidad Técnica Particular de Loja – Ecuador

Email: maria-rita.oliveira@unesp.br

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria en Salud (APS) ocupa un papel central en las estrategias para la prevención y manejo de la obesidad en el mundo (1). Desde la conferencia Internacional de cuidados primarios de salud (1978), la Declaración de Alma Ata y todas las declaraciones que se aseguran a ella, se han pautado políticas de salud para la APS. Las estrategias de APS han sido permeadas por las preocupaciones hacia los derechos humanos, la justicia social y la equidad en salud, teniendo en cuenta que la salud y el desarrollo humano son inseparables. En este sentido, las acciones de la APS se encuentran fuertemente alineadas a los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) (2).

La obesidad a su vez se presenta para la salud como el problema que más bien retrata las enfermedades actuales, siendo así, se convierte en una importante discusión en el ámbito de las políticas de salud del porqué es necesario prevenir y cuáles deben ser los objetivos de las políticas públicas. En este fascículo vamos a discutir el papel de la APS en las estrategias de 5 países de América Latina (Argentina, Brasil, Colombia y Ecuador) para el enfrentamiento de la obesidad. Los servicios de APS vienen siendo desafiados a interactuar con otros sectores para la promoción de sistemas alimentarios saludables para que se promueva una mejoría de la disponibilidad y

acceso de alimentos más saludables y nutritivos. La promoción de mejores elecciones alimentarias y otras prácticas de salud se presentan como uno de los más importantes pilares del cuidado individual, familiar y comunitario y de vocación de la APS (3).

Por otro lado, las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) surgieron como propuesta innovadora de los modelos de salud, buscando mejorar la cobertura de los servicios, promover el acceso universal al cuidado, ofreciendo atención intersectorial, integral y continua. En este contexto, nos preguntamos a) cuánto la APS de estos países ha avanzado en las acciones para el manejo del exceso de peso en el territorio, b) cuáles redes de servicios están disponibles para el cuidado y, c) en qué medida los servicios han pautado sus acciones en los determinantes sociales de la salud y consiguen actuar de forma participativa e intersectorial (4).

Los servicios de Atención Primaria en Salud como organizadores de las acciones de cuidado

Es necesario reafirmar que la APS es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Se debe entender que la APS debe estar asequible y accesible para toda la población de manera integral: 1) fomento, prevención, curación, rehabilitación, cuidados paliativos y de largo plazo, 2) en todo el curso de la vida, 3) en el continuo de atención y cuidados,

y 4) en la diversidad de las familias y comunidad, sin discriminación alguna para la obtención del mayor nivel de calidad de vida posible (5).

Por lo tanto, es una estrategia que atraviesa no solo todo el sector salud, sino a todas las políticas. Por ello, es clave un primer nivel de atención fuerte, resolutoria y de calidad que esté apoyado por servicios especializados estructurados en red. La estrategia de APS requiere de una activa participación social y de incorporar aspectos tales como interculturalidad y género, con el fortalecimiento de experiencias como las ya señaladas en algunos países de la región. Sin duda, la APS no se trata de “servicios pobres para los pobres”, sino que es la mejor inversión para lograr la salud para todos. Ampliar el acceso a los servicios de salud implica mejorar la accesibilidad y la capacidad resolutoria en el espacio ambulatorio (fuera de los muros del hospital tradicional), que conlleve a mejorar la confianza y satisfacción de las personas y comunidades. Se entiende por APS el primer nivel de atención o de contacto con la comunidad y también a los diversos establecimientos de salud de competencias humanas y capacidades tecnológicas especializadas en temas de menor frecuencia relativa y de soporte diagnóstico, terapéutico o logístico al primer nivel, y a los diversos dispositivos en la comunidad tanto del sector salud como sociales, que en un trabajo articulado en red, resuelven sin hospitalización, las necesidades de personas y comunidades (6).

Al ser el sobrepeso y la obesidad un problema de salud multifactorial, las intervenciones multicomponentes tienen mejor efectividad para abordar estos problemas en la población. Por lo mismo, el esfuerzo mancomunado y coordinado de Parlamentarios, Ministerios (Salud, Agricultura, Educación, Desarrollo Social, Economía y Finanzas, Comercio e Industria, Medio Ambiente, Deporte, etc.), Organismos Internacionales (Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura- FAO, Organización Mundial de la Salud- OMS, Organización Panamericana de la Salud-OPS, Programa Mundial de Alimentos-PMA, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF), academia, sociedad civil, autoridades locales, industria de alimentos y la ciudadanía es fundamental para hacer frente a la epidemia de sobrepeso y obesidad (7).

Se han publicado numerosos documentos técnicos sobre las enfermedades crónicas no transmisibles y la alimentación, nutrición y actividad física; entre las más importantes, la Estrategia Mundial sobre Régimen de Alimentación, Actividad Física y Salud, el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 de la OMS.

Modelos de atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (8), la atención de personas con ECNT requiere pasar de un modelo de atención de salud reactivo, centrado en la enfermedad, a un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto. Un modelo que garantice una buena calidad de atención, facilite el seguimiento, favorezca la participación activa de la persona con enfermedad crónica y promueva la adherencia al tratamiento.

Este Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas no Transmisibles –MAPEC (En otros países es conocido como Modelo de Cuidado Crónico, Chronic Care Model)- consta de seis componentes:

1. Organización de la atención de salud.
2. Sistema de provisión de servicios.
3. Sistema de información clínica.
4. Apoyo a la toma de decisiones.
5. Apoyo al automanejo.
6. Recursos comunitarios.

Su implementación permite generar interacciones productivas entre el equipo de salud proactivo, adecuadamente capacitado y pacientes activos, informados e involucrados con los cuidados que requiere la atención de su enfermedad. Este modo de abordaje integral e integrado, mejora los resultados en salud (8). El modelo de atención de personas con enfermedades crónicas ha tenido algunas modificaciones a lo largo del tiempo en las que sus componentes fueron tomando distinta relevancia. Uno de los más importantes y que más cambios ha ido presentando es el componente recursos comunitarios.

En el “Modelo de Atención a Crónicos” desarrollado por Edward Wagner y colaboradores en 1998 (considerado el primer modelo de atención específico para personas con enfermedades crónicas), el componente comunidad es parte y se visibiliza compartiendo un espacio diferenciado al de sistema de salud. Años después, en la propuesta del “Modelo de la Atención a Crónicos Expandido”, el gobierno de British Columbia en Canadá amplía la aplicación del modelo al ámbito comunitario y fortalece las actividades de prevención y promoción de la salud.

Esta nueva configuración trata de integrar el modelo de atención de personas con enfermedades crónicas con la promoción de la salud de base comunitaria,

demostrando una clara asociación entre el sistema de salud y la comunidad. Esta acción está dirigida a ampliar el ámbito de la práctica clínica hacia tres niveles: la mejora de los resultados para los individuos, las comunidades y la población.

A partir de este modelo ampliado, los cuatro círculos centrales ahora comparten la frontera entre el sistema de salud y la comunidad. Esto significa que se busca una mayor integración de estos cuatro elementos a nivel interno (sistema de salud) y a nivel externo (la comunidad). Toda la ampliación que se incluye a partir de este modelo está íntimamente relacionada con la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, que es la primera promulgación internacional en este campo y fue promovida por la OMS en la 1ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud realizada en Canadá en 1986.

Dentro de las adaptaciones del modelo de atención

a personas con enfermedades crónicas, y continuando con el recorrido histórico, el modelo más popular a nivel global es el propuesto por la OMS en 2002, denominado “Perfil de la Atención Innovadora para las Condiciones Crónicas (AICC)”. Este modelo añade al MAPEC una óptica de políticas de salud. Un aspecto clave del mismo es su énfasis en optimizar el uso de los recursos de los servicios de salud disponibles en un contexto geográfico-poblacional concreto. Las ideas fuertes del modelo “Perfil de la Atención Innovadora para las condiciones crónicas (AICC)” son:

- Toma de decisiones basada en la evidencia
- Enfoque de salud poblacional
- Foco en la prevención
- Énfasis en la calidad de la atención y en la calidad sistémica
- Flexibilidad/adaptabilidad
- Integración, como núcleo duro y central del modelo

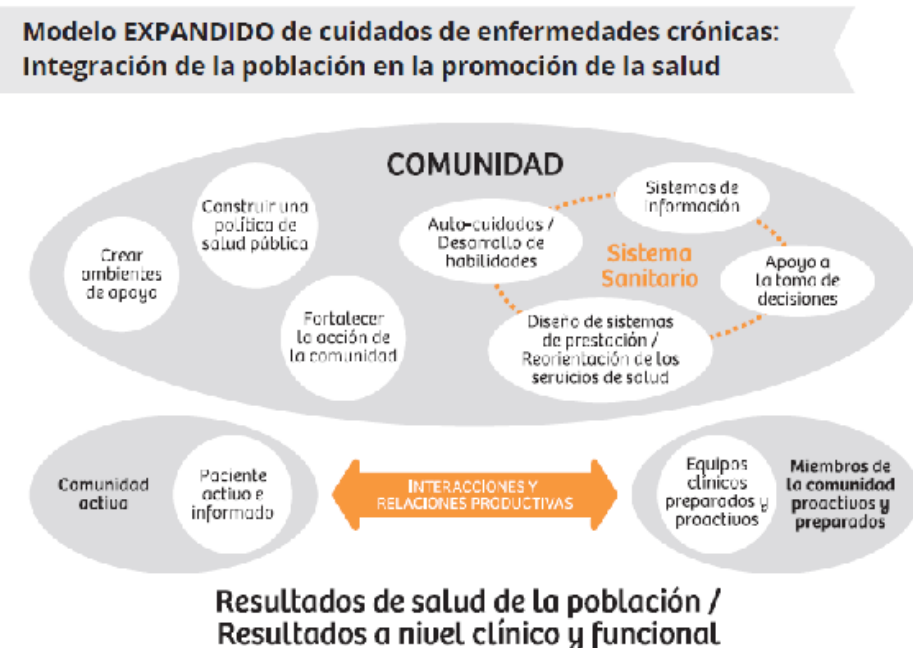


Figura 1. Modelo Expandido de cuidados de enfermedades crónicas

Fuente: Barr V y col. (2003): “The Expanded Chronic Care Model”. Hospital quarterly. Vol 7. N° 1

Al focalizar en el componente comunidad, se puede afirmar que, desde este enfoque, la organización de salud sigue siendo esencial y la comunidad asume protagonismo.

Además, el sistema de salud y la comunidad se visibilizan íntimamente relacionados. Se entiende, entonces, que todos los mecanismos que se puedan generar desde el sistema de salud para ir conformando una población activa en el cuidado de su salud posibilitará una mejor calidad de vida para las personas con enfermedades crónicas (8).



Figura 2. Marco para la atención innovadora de enfermedades crónicas

Fuente: Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. 2013 (8).

Los sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de fragmentación de sus servicios de salud. La experiencia acumulada demuestra que la excesiva fragmentación de los servicios de salud genera dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos (9). Para trabajar en promoción de la salud es primordial conformar redes de articulación con otros sectores.

En una red de salud consolidada el Primer Nivel de Atención funciona como puerta de entrada al sistema y, así, garantiza el acceso equitativo de servicios esenciales a toda la población. El principal argumento es que este nivel tiene la potencialidad de proveer el cuidado integral capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y durante todo el curso de vida. Además, es el componente de la red que tiene la posibilidad de desarrollar los vínculos más profundos con las personas, las familias, la comunidad, y con el resto de los sectores, facilitando así la participación social y la acción intersectorial (10).

En la potenciación del trabajo en redes integradas de salud, este eje estructurador interesa especialmente por destacar la necesidad de superar la segmentación y fragmentación existente en los sistemas y servicios de salud. El objetivo es avanzar hacia la provisión de servicios de salud organizados en redes integradas que garanticen la calidad y la equidad a las personas y comunidades, sin dejar a nadie atrás, así como la implementación de un modelo integral de cuidados de salud. Esta RISS está basada en la APS con un enfoque territorial, familiar, comunitario, pluriétnico, intercultural, resolutorio, intersectorial (salud en todas las políticas), participativo, equitativo y democrático, y en triple vía (agente de salud-comunidad-agente de salud) como base del sistema de salud, considerando la diversidad humana.

Para constituir redes efectivas los países acordaron trabajar en catorce atributos. Esta concepción asume que quienes logran aumentar los resultados para la población son todos los prestadores trabajando en conjunto. Del mismo modo, considera que la red es mucho más amplia que la red formal-institucional y que en el espacio comunitario e intersectorial hay actores de la red que deben articularse. Esto implica lograr arreglos institucionales entre diversos actores e instituciones para alcanzar objetivos y metas comu-

nes de salud y vida digna.

Los recursos humanos son el capital más importante que posee una RISS. La cantidad, calidad, distribución y competencias se traducen directamente en la disponibilidad de servicios apropiados para cubrir las necesidades de la población. Numerosos documentos señalan que para avanzar en el desarrollo de la APS como estrategia integradora del sistema es fundamental una transformación en la formación y educación permanente de los trabajadores de la salud. Esto implica redefinir los perfiles de los equipos, las nuevas competencias, los aspectos teóricos y prácticos de los programas educativos, los espacios de aprendizaje, las modalidades educativas y la educación permanente de los equipos de salud (11).

Un entorno de políticas positivo que apoye la atención integrada a las ECNT es esencial para reducir la carga de estos problemas de salud en el largo plazo. El financiamiento, la legislación, los recursos humanos, las alianzas, el liderazgo y la abogacía son ejemplos de ámbitos a nivel de políticas que influyen en la calidad del manejo integrado de las ECNT.

Las personas con enfermedades crónicas deben recibir atención centrada en el paciente a través de la atención primaria. Uno de los principios de la atención centrada en el paciente es poner a la persona en primer lugar, lo que significa la atención al paciente debe manejarse de forma integral (es decir, teniendo en cuenta el contexto más amplio, incluyendo todos los problemas de salud y necesidades de la persona).

El sistema de salud y la comunidad se visibilizan íntimamente relacionados. Se entiende, entonces, que todos los mecanismos que se puedan generar desde el sistema de salud para ir conformando una población activa en el cuidado de su salud posibilitará una mejor calidad de vida para las personas con enfermedades crónicas.

ARGENTINA

Papel de la Atención Primaria en Salud

La evolución de la epidemia de ECNT en Argentina se asemeja a lo que ocurre a nivel mundial. Dicha amenaza ha sido reconocida por la OMS en su documento “Plan de Acción Global para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles 2013-2020”, que busca posicionar a las ECNT en la agenda de salud mundial, fortalecer las capacidades de los países para afrontar la epidemia, reducir los factores de riesgo modificables y sus determinantes a través de la creación de entornos saludables, reorientar los sistemas de salud hacia las patologías crónicas a tra-

vés de un sistema universal centrado en el paciente, promover la capacidad de los países para el desarrollo de investigaciones relacionadas con las ENT y monitorear la evolución de los factores de riesgo y la mortalidad por ECNT (12).

Servicios de Atención primaria en Salud

Programa Redes

El Programa Redes trabaja desde el 2009 para fortalecer el Primer Nivel de Atención. Las políticas públicas en el sector salud tienen un enorme potencial en lo que se refiere a garantizar la salud de las comunidades y representan un complemento importante de las reformas de salud. Si miramos al futuro y a los diversos desafíos que plantean los determinantes sociales de la salud y el incremento creciente de las patologías crónicas, resulta evidente que hacen falta mayores capacidades para dar respuesta así como un trabajo coordinado e intersectorial.

Redes, por ser un Programa de alcance nacional, se propone estimular el trabajo coordinado e integrado entre los servicios públicos de salud en todas las provincias argentinas, a través de un enfoque basado en la estrategia de APS y jerarquización del Primer Nivel de Atención (PNA).

Redes adopta la concepción de las RISS (Redes Integradas de Servicios de Salud), considerada como una de las principales expresiones operativas para contrarrestar la fragmentación de los sistemas de salud, contribuyendo a concretar varios de sus elementos más esenciales tales como cobertura y el acceso universal; APS como eje estructurante del sistema de salud; atención integral, integrada y continua; cuidado apropiado; organización y gestión óptimas; orientación a la acción intersectorial, entre otros (9).

Desde esta perspectiva, Redes acompaña a las provincias argentinas en su proceso de fortalecimiento de las redes de atención así como en la mejora de los servicios brindados a la población, respetando las respectivas idiosincrasias.

Por último, es importante destacar la escalabilidad de las acciones de fortalecimiento de las redes. Considerando que se trata de “proyectos” ejecutados en tan sólo una porción territorial de las provincias, la mayor parte de las acciones emprendidas tienen potencial para ser replicadas al resto del territorio provincial y de hecho, en muchos casos, ya está

sucediendo. Estos proyectos son de alguna manera “pilotos” de una experiencia innovadora y desafiante que es cambiar la manera de pensar la salud: pensar con el otro, pensar en red.

Más de 2.200 efectores de salud forman parte de estos proyectos provinciales que fortalecen las redes de salud. Uno de los procesos que ha crecido a partir del trabajo de Redes, y que da cuenta de un diálogo institucional permanente entre los distintos niveles de servicios de salud, es el de los mecanismos referencia y contrarreferencia (13).

Argentina cuenta con un conjunto de herramientas legales, normas y programas vinculados a políticas alimentarias destinadas al abordaje de la prevención del sobrepeso y obesidad, enfocados al tratamiento y rehabilitación (14-17), los cuales han sido mencionados en fascículos anteriores.

BRASIL

Papel de la Atención primaria en Salud

En Brasil la APS, o Atención Básica, tuvo su política definida en 2006, con su última revisión en 2017 (18). Además de la Política Nacional de Atención Básica, de interés especial, se tiene la Política Nacional de Promoción de Salud, aprobada en 2014 y el Plan de Acciones Estratégicas para el Enfrentamiento de las enfermedades Crónicas No Transmisibles (DCNT) en Brasil 2011-2022, que hacen parte de un conjunto de políticas orientadas para el cuidado integral a la salud. En 2014, la ley 483, redefinió la Red de atención a la salud de las personas con enfermedades crónicas en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), estableciendo directrices para la organización de sus líneas de cuidado. En esta Red de atención a la salud se vincula a la línea de cuidado del sobrepeso y obesidad (20) y el tratamiento de la obesidad grave en el SUS (21). Fueron también definidas la Organización Regional de la Línea de Cuidado del Sobrepeso y obesidad (documento 424 de 19 de marzo de 2013, alterada por la resolución 62 de 6 de enero de 2017) y el Reglamento técnico para el cuidado de alta complejidad al individuo con obesidad (22). En 2020, el Ministerio de Salud lanzó el Protocolo clínico y directrices terapéuticas del sobrepeso y obesidad en adultos (23).

En el protocolo propuesto por el Ministerio de la Salud (23), los cuidados son definidos a partir de la clasificación del índice de masa corporal (IMC). En la

APS son priorizadas las acciones en el territorio incluyendo al individuo, la familia y la comunidad. La Atención especializada (AE) actúa como servicio de apoyo a los casos más graves, incluyendo la cirugía de la obesidad (Figura 3).

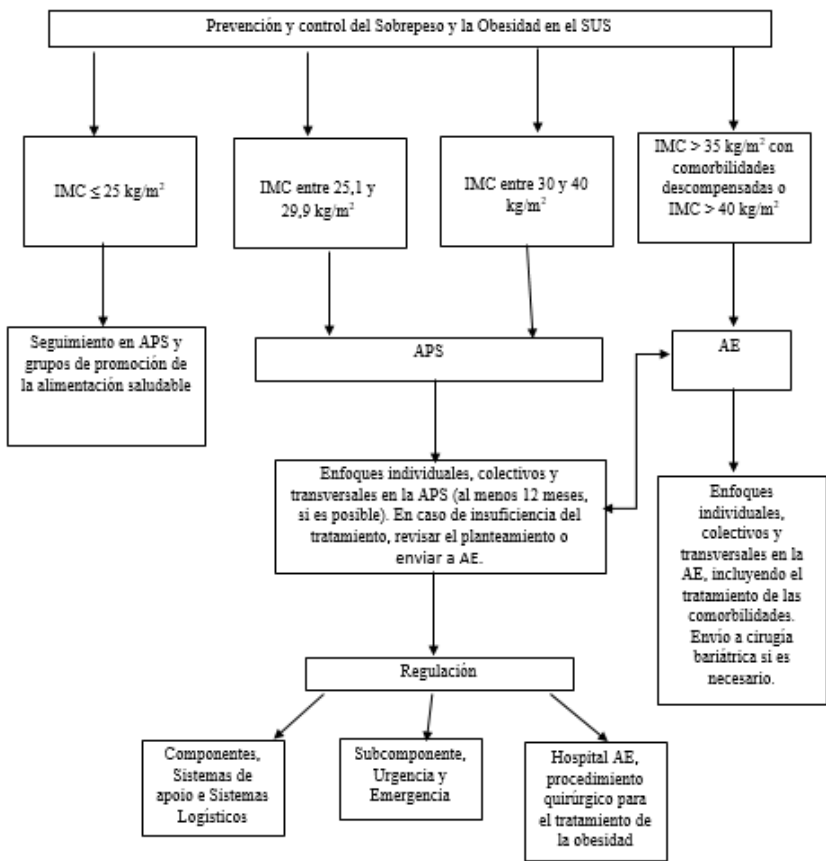


Figura 3. Flujo de la atención a las personas con sobrepeso y obesidad en el Sistema Único de Salud de Brasil. Fuente: Brasil, Ministério da Saúde, 2020, p. 28 (23)

Servicios de Atención primaria en Salud

En la APS son priorizadas acciones de promoción incluyendo educación en salud, con énfasis en el empoderamiento de los grupos, en la intersectorialidad y en la intervención de acuerdo con los factores de riesgo. En la prevención se busca medir las condiciones crónicas, la estratificación del riesgo y el diagnóstico precoz. Un abordaje integrado de la salud, conforme previsto en la RAS a APS en atención a la salud de las personas con enfermedad crónica, busca el empoderamiento de los individuos, la receptividad a la demanda espontánea, valoriza el trabajo multidisciplinar, promueve la gestión de comorbilidades complejas, busca la integralidad, la longitudinalidad y la coordinación de la asistencia. La gestión de la APS incluye la población adscrita en un territorio y desarrolla las acciones a partir de la planeación, evaluación y monitoreamiento con base en las evidencias y en los determinantes sociales de la salud y se encarga de la gestión de recursos, de la educación permanente de

los sistemas de regulación y de información. Al actuar en el territorio, busca establecer convenios y construir procesos intersectoriales. Sin embargo, aunque el modelo teórico conceptual de la APS en Brasil busque la integralidad y equidad de los servicios y presente un conjunto de acciones innovadoras para el cuidado del sobrepeso y obesidad, hay aún un largo camino a ser recorrido, para que se consiga la cobertura universal de los servicios (24).

En Brasil, las políticas de sobrepeso y obesidad son recientes en la APS. Las acciones de promoción han recibido atención diferenciada, una vez que personas obesas que necesitan de cuidados especializados, muchas veces individualizados, no han encontrado el debido respaldo en los servicios. En el país hay una carencia de servicios que ofrecen asistencia especializada, médicos endocrinólogos, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, fisioterapeutas, entre otros (25,26).

La trayectoria de la Atención primaria en salud (APS) en Colombia se remonta a cuatro momentos históricos:

1) Se introdujo en el Sistema Nacional de Salud (SNS-Col) mediante la organización de mesas de trabajo y la implementación de programas ajustados a los lineamientos planteados en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 (27).

2) Se instaura el Sistema General de Seguridad Social (SGSS) en 1993 (Ley 100). Con el proceso de descentralización de competencias y recursos en el país, el nuevo sistema de salud se centró en el aseguramiento para garantizar el Plan Obligatorio de Salud (POS), tanto contributivo como subsidiado. Se crean las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y se nombran las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) (28).

3) Se renueva la APS promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aquí la ejecución de las estrategias colectivas para la salud que inicialmente abordaba en el Plan de Atención Básica (PAB), evolucionó hacia el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en el 2007, derivado del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP) que había incorporado el enfoque de determinantes sociales de la salud (29).

4) Se inició la ley 1438 de 2011 que tiene por objeto el fortalecimiento del SGSS, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia APS permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. No obstante, esta ley no tuvo un claro desarrollo reglamentario ni presupuesto que permitiera visibilizar la política pública a nivel nacional, lo que llevó a logros con experiencias a nivel local (30).

En el año 2016, el Estado, obligado a implementar una política social basada en la atención integral, se publica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), con el fin de orientar al sistema de salud hacia la generación de mejores condiciones de salud teniendo como parámetro la integralidad y la equidad en el acceso a los servicios de salud con un enfoque familiar y comunitario (31).

Según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015, el 18,7% de los adultos presentó obesidad, siendo más frecuente en las mujeres (22,4 %) que en los hombres (14,4 %). La obesidad mórbida (IMC>40 kg/m²) tiene una prevalencia de 1.1% siendo también mayor en las mujeres (1.5%) que en los hombres (0.5%) (32).

Ante la dimensión de este problema, Colombia ha implementado a través del tiempo políticas y planes estratégicos que han buscado la disminución los factores de riesgo y la prevalencia de sobrepeso y obesidad. En el 2001 se implementó la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, se desarrolló el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1996-2005, y se promulgó la ley 1355 del 14 de octubre de 2009 (*“por medio de la cual, se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención”*) (33). Esta ley tuvo poca acción intersectorial lo que ha puesto de manifiesto que existe un peligro latente en instituciones educativas donde los ambientes alimentarios aumentan su tendencia por el incremento de escogencias alimentarias poco saludables y de productos ultra-procesados sin un control e intervención de esta ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en el 2016 publica la “Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos”. La guía está dirigida al personal clínico asistencial que brinda cuidados a pacientes en la prevención, diagnóstico, y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en los diferentes grados de complejidad de la atención en salud del SGSSS (33).

Es importante considerar, que el hecho de tener políticas que promueven la práctica de actividad física y el consumo de dietas saludables en niños y jóvenes, los esfuerzos han sido insuficientes en cuanto al control del marketing masivo de productos azucarados, y productos ultra-procesados con grasas trans y altos en sodio. Sin embargo en el 2020 en el día mundial contra la Obesidad, UNICEF y Novo Nordisk ratificaron su compromiso con Colombia en la promoción de estilos de vida saludable.

La alianza entre las dos organizaciones busca aportar a la prevención, generando conciencia entorno al

cambio de hábitos y la importancia de la participación de la familia y la comunidad en general en la transformación de los entornos obesogénicos. Con esta alianza, que inicialmente se desarrollara en un periodo de tres años, (UNICEF) y la compañía mundial de atención médica, combinarán esfuerzos en Colombia y en otros países Latino Americanos para mejorar el conocimiento y la concientización sobre cómo prevenir el sobrepeso y la obesidad, abordando sus causas más profundas (34).

Existe también, una iniciativa denominada Red PaPaz que busca generar conciencia, hacer un llamado para la acción y empoderar a padres, madres, cuidadores y a todos los grupos interesados en la defensa de los derechos la niñez y la adolescencia de Colombia.

Esta red se creó con el objetivo de incidir en las políticas públicas que permitan garantizar entornos protectores de menores y adolescentes. Esta plataforma se apoya en el respaldo ciudadano para presionar a los entes gubernamentales en la toma de decisiones y las instituciones encargadas de generar cambios positivos para los menores de 18 años.

Red PaPaz es una red de madres, padres y cuidadores, que ha logrado generar capacidades para una efectiva protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes en Colombia, con acciones focalizadas en asuntos de relevancia, basadas en evidencia y buenas prácticas probadas, lo que le ha permitido convertirse en un referente nacional e internacional (35).

Actualmente, en el año 2021, se han realizado foros de discusión con el Senado de la República sobre la necesidad de la creación e implementación inmediata del llamado “Proyecto de Ley de Comida Chatarra”: Proyecto de Ley 347/ 2020 Senado, 167/2019 Cámara, busca crear construir medidas que sean idóneas, que sean eficientes para prevenir las enfermedades no transmisibles, principalmente relacionadas a los hábitos alimenticios. Finalmente el congreso colombiano decreta la ley 2120 del 30 de junio de 2021, por medio del cual son adoptadas las medidas para promover los ambientes alimentarios saludables y prevenir las enfermedades no transmisibles (36) (Figura 4).

Esta ley busca la implementación de medidas efectivas que promuevan ambientes alimentarios saludables, garantizando el derecho fundamental a la salud, especialmente en niños y adolescentes, con el fin de prevenir la aparición de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, por medio del acceso a informaciones claras, verídicas, oportunas, visibles, adecuadas y suficientes en los componentes alimentarios que promueven hábitos alimentarios saludables.

De acuerdo con lo anterior, si bien en Colombia existen iniciativas en la búsqueda de la prevención, tratamiento y reducción de las prevalencias de sobrepeso y obesidad, aún faltan acciones más concretas y con presupuesto para el logro de estos objetivos e ir en línea con los Objetivos del Desarrollo Sostenible propuestos por las Naciones Unidas.

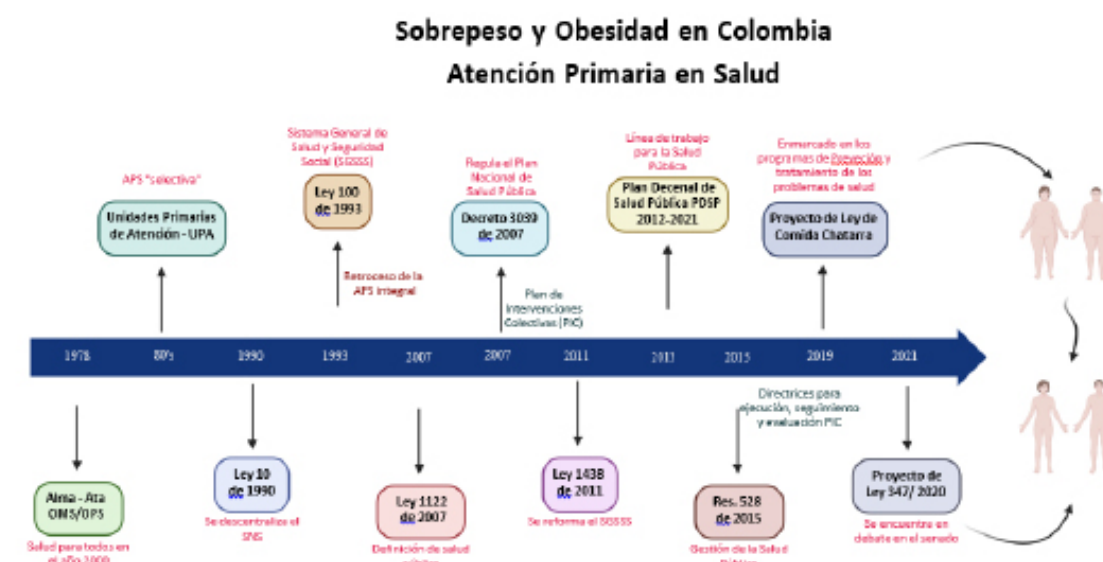


Figura 4. Abordaje del sobrepeso y de la obesidad desde la Atención Primaria a la Salud
Fuente: Elaboración realizada por los autores.

ECUADOR

Servicios de Atención primaria en Salud y el Papel de la Atención primaria en Salud

En el año 2012, Ecuador implementa el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), incorporado a la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), y en estrecha relación con la noción de desarrollo humano sustentable (37). Eje prioritario para cumplir con el Art. 32 de la Constitución de la República del Ecuador que define a la salud como un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, a la alimentación, a la educación, a la cultura física, al trabajo, a la seguridad social, a los ambientes sanos y a otros que sustentan el buen vivir (38).

En este artículo se condensa el Modelo de Atención Integral en Salud desarrollado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), cuyo contenido resalta la importancia de las determinantes de salud y la integralidad en la atención, a partir del planteamiento de los Principios que incluyen: la garantía de derechos de las y los ciudadanos y la corresponsabilidad en el cumplimiento de los deberes hacia otros, sus comunidades y la sociedad, enmarcado en la universalidad, integralidad, equidad, continuidad, siendo participativo, desconcentrado, eficiente, eficaz y de calidad. El Modelo propone que la relación médico-paciente se exprese en la del equipo de salud-persona sujeto de derechos o ciudadano, que la gestión y atención busque no solo resultados institucionales sino fundamentalmente resultados de impacto social, para mejorar la calidad de vida de la población.

En el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MSP, 2012) se plantea la atención por ciclos de vida: niños de 0 a 9 años, adolescentes de 10 a 19 años, adultos de 20 a 64 años y adultos mayores de 65 años incluyendo en cada uno de los grupos etarios (37).

Su trabajo se organiza en grupos de atención prioritaria, con riesgos específicos de acuerdo a condiciones sociales, ambientales y laborales. Con esta estructura, se desarrolla el conjunto de prestaciones por ciclos de vida: individual, familiar y comunitaria. El Modelo está basado en la intersectorialidad e incluye un equipo de salud integral que aborda desde la promoción, prevención, curación hasta la rehabilitación, los cuidados paliativos e integración social (37).

Define las modalidades de atención de los equipos integrales de salud en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. Prevé la atención intramural proporcionada por los establecimientos de salud de los tres niveles de atención. La atención extramural o comunitaria proporcionada principalmente por los establecimientos operativos de primer nivel, que ofrecen trabajo en entidades educativas; comunidad, centros carcelarios, fabricas, empresas; trabajo en domicilio; atención en establecimientos móviles de salud. Este nivel cuenta con estrategias y herramientas para brindar las prestaciones integrales de salud: visita domiciliaria, ficha familiar, criterios de dispensarización.

Las principales actividades que se toman en cuenta para programar la visita domiciliaria son: Grupo Materno Infantil (adolescentes), Enfermedades de impacto como: las enfermedades transmisibles (TB [tuberculosis], ETS [enfermedades de transmisión sexual], IRA [infección respiratoria aguda], EDA [enfermedad diarreica aguda], VIH/SIDA entre otras), las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles (HTA [hipertensión arterial], Asma bronquial, Diabetes Mellitus, Artritis Reumatoide, Cardiopatía Isquémica entre otras) y las enfermedades de notificación inmediata y obligatoria. También se incluyen: adultos en riesgo, adulto mayor, personas con discapacidad, personas que tengan dificultad para ir a una unidad de salud.

En los criterios de dispensarización para diagnóstico y seguimiento de las familias se forman tres grupos: I, Aparentemente Sano, II, Con factores de riesgo: hábitos tóxicos como el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo anormal de bebidas alcohólicas, el uso inadecuado de medicamentos o sustancias psicoactivas, riesgos sociales de adquirir enfermedades de transmisión sexual, el intento suicida, el riesgo preconcepcional; así como también, los riesgos en el medio escolar o laboral, entre otros. III: Con patologías crónicas, HTA, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, asma bronquial, epilepsia, nefropatías crónicas y muchas otras. IV: Con secuelas o discapacidad.

El Modelo prevé la organización y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y Complementaria, para ellos se fortalece del Primer Nivel de Atención como puerta de entrada obligatoria al sistema, por lo que debe contar con una base de datos con el registro de usuarios a nivel individual y familiar. Se enfoca también en la Red de referencia-contrareferencia que permita la continuidad en las prestaciones. Para su implementación y funcionamiento, el MSP desarrolló

el Sistema de Referencia – Contrareferencia.

En el Modelo, se cuenta con estrategias nacionales de salud como el Tamizaje Neonatal, la Priorización de condiciones y problemas de salud desde un enfoque de evitabilidad, en donde se incluye: La Estrategia Nutrición Acción - Desnutrición Cero, la Atención Integral en salud a personas con problemas crónicos degenerativos, las Estrategias de Salud Colectiva y

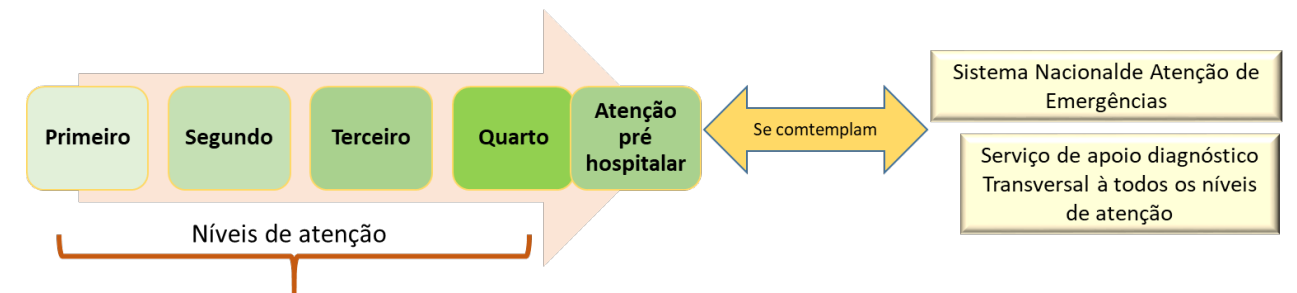


Figura 5. Clasificación de los servicios de salud por niveles de atención y capacidad resolutiva
Fuente: Ministerio de Salud Pública. 2012; Elaboración por los autores.

Consideraciones Finales

El primer nivel no es sólo una puerta de entrada, sino que se constituye en eje ordenador de todo el sistema y en la fuente primaria de los sistemas de información para el manejo y gestión de casos (que se ve apoyado por el desarrollo de expedientes electrónicos en red), para seguimiento de procesos asistenciales, gestión de turnos (citaciones) y casos, y para sistemas de referencia y retorno, entre otros. Esto último significa que los recursos humanos, infraestructura y tecnología de los servicios se estructuran y organizan para asegurar un primer nivel capaz de actuar con y para las personas y la comunidad. Esto permite la resolución integral de los principales problemas de salud desde el propio hábitat de las personas.

Por todo lo señalado, transcurridos 40 años desde la Declaración de Alma-Ata, éste resulta un buen momento para reflexionar no sólo sobre un diagnóstico de situación, sino para proponer soluciones concre-

Vigilancia Epidemiológica y la Estrategia de Desarrollo Integral Infantil. Cada sector de la población por ciclos de vida dispone de un conjunto de prestaciones enfocadas a su grupo etario, con programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad, participación organizada de la comunidad, curación, recuperación, rehabilitación en salud, con respeto a la diversidad y en entornos saludables.

tas y prácticas nacidas del diálogo, la escucha y la investigación rigurosa. Si no hay atención primaria fortalecida, con participación intersectorial y de las comunidades, no habrá bienestar social ni acceso universal a la salud (6).

Los países que participan en este documento están tomando medidas, a través de leyes, reglamentos y diversas estrategias para mitigar el flagelo de esta enfermedad, sin embargo, dada la multifactorialidad actual, se necesitan mayores esfuerzos y la optimización de los recursos existentes, los equipos de salud en el territorio. Son una herramienta inestimable para el conocimiento de la comunidad y su proximidad. Es necesario que las políticas de salud pública se centren en la prevención a edades muy tempranas con todas las herramientas disponibles y garanticen las inversiones en salud.

Referencias Bibliográficas

1. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the Lancet Commission report. Lancet. 2019. February 23;393(10173):791–846.
2. Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>. Acceso: 31 de marzo de 2022

3. Bortolini GA, Oliveira TFV, Silva SA, Santin RC, Medeiros OL, Spaniol AM, et al. Ações de ali-

- mentación e nutrición na atención primaria à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e39. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>
4. Organización Panamericana de la Salud. SERIE. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N. 4. Disponible en: <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/RISS%202010-Doc%20Posicion%20revisado%20pos%20CD.pdf>. Acceso: 31 de marzo de 2022
 5. Botelho FC, França Junior I. Como a atenção primária à saúde pode fortalecer a alimentação adequada enquanto direito na América Latina? *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e159. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.159>
 6. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Pública*. 2018; 42:104. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>
 7. Organización Panamericana de la Salud. Políticas y programas alimentarios para prevenir el sobrepeso y la obesidad: Lecciones aprendidas Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34941>. Acceso: 14 de octubre de 2021
 8. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC: OPS, 2013. 1. Enfermedad Crónica. 2. Calidad de la Atención – acceso & evaluación. 3. Innovación. 4. Américas. I. Título. ISBN 978-92-75-31738-9 (Clasificación NLM: WT500 DA1) Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf>
 9. Organización Panamericana de la Salud. “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4) ISBN: 978-92-75-33116-3
 10. González, G. Redes, otra manera de pensar la salud: de procesos a resultados. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. REDES, 2016: 141 p
 11. Ministerio de Salud de la Nación. Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles : manejo integral en el primer nivel de atención : Argentina 2016. - 1a ed. 1a reimp. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de La Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles : Organización Panamericana de la Salud ; Ginebra : Organización Mundial de la Salud, 2017. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34520/9789503802397_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acceso: 31 de marzo de 2022
 12. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC: OPS, 2013. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf>
 13. Redes Líneas de Acción. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-de-buenos-aires/salud-publica/0000001034-cnt-modulo-9-salud-redes/8399445->
 14. Plan nacional de prevención del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001559cnt-2019-04_documento-marco_plan-asi.pdf
 15. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Remediar + Redes. Redes, otra manera de pensar la salud: primeros logros de los proyectos provinciales / coordinado por Gabriel González. [et.al.]. - 1a ed. - Buenos Aires Ministerio de Salud de la Nación. Programa REMEDIAR+REDES, 2013. 80 p. : il. ; ISBN 978-950-38-0149-9 1.
 16. Ministerio de Salud de la Nación Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención: Argentina 2016. - 1a ed. 1a reimp. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de La Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles: Organización Panamericana de la Salud; Ginebra : Organización Mundial de la Salud, 2017. 154 p. ; 30 x 21 cm. - (Guías de práctica clínica) ISBN 978-950-38-0239-7
 17. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2- Resumen ejecutivo 2019. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001565cnt-ennys2_resumen-ejecutivo-2019.pdf
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 2017. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
 19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União 2006; 31 mar.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 424 de 19 de março de 2013. Republicada em 28 de junho de 2013 com correções. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 123 de 28 jun. 2013. Seção 1, p. 55-56.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 425, de 19 de março de 2013. Republicada em 15 de abril de 2013 com correções. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 71 de 15 de abril de 2013. Seção 1, p. 59.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde [Internet]. Departamento de Atenção Básica. Portaria n. 62 de 6 de janeiro de 2017. Altera as Portarias nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120014-portaria-62-2017-redefine-as-diretrizes-para-a-organizacao-da-prevencao-e-do-tratamento-do-sobrepeso-e-obesidade.pdf> Acesso em: 14 fev. 2018.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão de incorporação de tecnologias no sistema Unnico de Saúde, 19 de novembro de 2020. Disponível em: <http://conitec.gov.br/ultimas-noticias-3/ministerio-da-saude-publica-protocolo-clinico-e-diretrizes-te>
 24. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*, 2011; 29(2):84–95
 25. Aguilera SLV, França BHS, Moysés ST, Moysés SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Rev. Adm. Pública*. 2013; 47(4): 1021-1040. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122013000400010&lng=en&nrm=i-so Accessed 12 de fev 2020.
 26. Silva CR, Brigida GC, Carnoni Junior CL, Nunes EFPA. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(4). <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>. Accessed 23 May 2020.
 27. Guerrero R; Gallego A; Becerril-Montekio V; Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Revista Salud Publica Mex* 2011; 53 supl 2:S144-S155.
 28. Ministerio de Salud y Protección social. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>. Acceso 14 de octubre de 2021
 29. Ministerio de Salud y Protección social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>. Acceso 14 de octubre de 2021
 30. Ministerio de Salud y Protección social. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf. Acceso 14 de octubre de 2021
 31. Ministerio de Salud y Protección social. Política de Atención Integral en Salud. “Un sistema de salud al servicio de la gente”. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>. Acceso

14 de octubre de 2021

32. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional-ENSIN 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ensin-colombia-2018.pdf>. Acceso 14 de octubre de 2021
33. Ministerio de salud y protección social. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Guía completa. 2016 - Guía No. 52. Pag. 24. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-completa-sobrepeso-obesidad-adultos.pdf>. Acceso 14 de octubre de 2021
34. Foro Económico Mundial 2020. La obesidad no es una tendencia imparable: esto es lo que podemos hacer de manera diferente. Disponible en: <https://es.weforum.org/agenda/2020/01/la-obesidad-no-es-una-tendencia-imparable-esto-es-lo-que-podemos-hacer-de-manera-diferente/>. Acceso 14 de octubre de 2021
35. Red PaPaz. Documento ¿Qué es Red PaPaz? Disponible en: <https://www.redpapaz.org/wp-content/uploads/2020/10/Red-PaPaz-espa%C3%B1ol-junio-2021-.pdf>. Acceso 14 de octubre de 2021
36. Congreso de Colombia. Ley 2120 del 30 de junio de 2021. Disponible en: <http://www.andi.com.co/Uploads/LEY%202120%20DEL%2030%20DE%20JULIO%20DE%202021.pdf>. Acceso 14 de octubre de 2021
37. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud –MAIS. 2012. Disponible en: https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf. Acceso 1 de octubre de 2021
38. Asamblea Constituyente de Montecristi. Constitución de la República del Ecuador. 2008. Asamblea Constituyente. Disponible en: <https://biblioteca.defensoria.gob.ec/handle/37000/823>. Acceso 1 de octubre de 2021