



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Apreciaciones, alcances y limitaciones de la APS en Quibdó-Chocó-
Colombia, 2009 -2018**

**Trabajo de grado -Artículo - para optar al título de
Magister en Salud Pública**

Danny Mercedes Moreno-Córdoba

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"
Medellín, Colombia
2020**



**Apreciaciones, alcances y limitaciones de la APS en Quibdó-Chocó-
Colombia, 2009 -2018**

**Appreciations, scope and limitations of PHC in Quibdó-Chocó-Colombia,
2009 -2018**

Danny Mercedes Moreno-Córdoba

**Trabajo de grado -Artículo - para optar al título de
Magister en Salud Pública**

**Directora de Trabajo de Grado
Luz Mery Mejía Ortega
Profesora Titular
Facultad Nacional de Salud Pública**

Grupo Gestión y Políticas en Salud

Línea de Investigación Derecho a la Salud

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia
2020**

Apreciaciones, alcances y limitaciones de la APS en Quibdó-Chocó- Colombia, 2009 -2018¹

Danny Mercedes Moreno-Córdoba²

Resumen

Objetivo: reconocer el alcance y las limitaciones de la Atención Primaria en Salud en el municipio de Quibdó-Chocó, en la perspectiva de los actores involucrados. **Método:** estudio comprensivo que utilizó técnicas de investigación social interactivas. Mediante talleres de discusión y entrevistas con los integrantes, se recolectó la información en junio de 2018. La información fue grabada y procesada para hacer la identificación y análisis de categorías, conforme a los objetivos del estudio. **Resultados:** La APS se reconoce como asistencia básica, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La experiencia más valorada fue el estudio piloto de APS llevado a cabo entre 2009-2010 con alcances y limitaciones importantes para el mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar de la población. Los principales alcances se relacionan con mayor cobertura a la población rural-dispersa y el mejoramiento de la participación social. Las principales limitaciones por su parte, son el modelo capitalista, la desarticulación, la no continuidad, la insuficiencia de recursos humanos y de infraestructura y la falta de educación para la salud. **Conclusiones:** las características de vulnerabilidad social, ruralidad y dispersión geográfica ameritan la implementación de la APS como la mejor alternativa para mejorar la salud de la población.

Palabras clave [Desc]: Atención Primaria en Salud, territorialidad, política pública.

Abstract

Objective: to recognize the scope and limitations of Primary Health Care in the municipality of Quibdó-Chocó, from the perspective of the actors involved. **Method:** comprehensive study that used interactive social research techniques. Through discussion workshops and interviews with the participants, the information was collected in June 2018. The information was recorded and processed to identify and analyze categories, according to the objectives of the study. **Results:** Primary Health Care is recognized as basic assistance, health promotion and disease prevention. The most valued experience was the pilot study carried out between 2009-2010 with important scope and limitations for the improvement of the health and welfare conditions of the population. The main scopes are related to greater coverage of the rural-dispersed population and the improvement of social participation. The main limitations on the other hand, with the capitalist model, disarticulation, non-continuity, insufficient human resources and infrastructure and lack of health education. **Conclusions:** the characteristics of social vulnerability, rurality and geographical dispersion merit the implementation of Primary Health Care as the best alternative to improve the health of the population.

Key Words: Primary Health Care, territoriality, Public Policy

¹ Artículo producto del trabajo de grado para optar al título de Magíster en Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.

² Investigadora Principal. Odontóloga. Especialista en Administración de Servicios de Salud. Candidata a Magíster en Pública de la Universidad de Antioquia. Correo: dmercedes.moreno@udea.edu.co

Introducción

La Atención Primaria en Salud –APS- es considerada uno de los hitos más importantes en la historia de la salud pública y de las políticas públicas internacionales de salud, especialmente a partir de la Conferencia de Alma Ata en 1978 Kazajistán - URSS. En esta Conferencia, convocada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud OMS/OPS, se expresó la importancia de la APS como la estrategia más indicada para propiciar que todos los habitantes del mundo logaran un nivel de salud que les permitiera tener una vida productiva social y económicamente, y alcanzar la meta de “salud para todos” en el año 2000 (1).

En esta conferencia se hizo explícito que para alcanzar el nivel de salud más alto posible se requería la acción de los gobiernos y de todos los actores sociales, políticos y económicos de cada país y región. De igual manera, se reconoció que las desigualdades al interior de los países, y entre los países más y menos desarrollados, son inaceptables política, social y económicamente, para lo cual, evocó que era necesario un orden político y económico diferente, así como el mayor compromiso y responsabilidad de los gobiernos (1).

De acuerdo con Franco (2) aunque esta concepción de la APS de Alma Ata y su versión renovada de la OPS en el año 2007 (3) se ha prestado para múltiples interpretaciones en los distintos contextos socio políticos de los países, lo que allí se planteaba era la posibilidad de que la APS se posicionara en el eje central de los sistemas de salud para reorientar los servicios de salud, a través de un conjunto ampliado de acciones básicas e integrales en salud y contribuir así a lograr la meta de “salud para todos”.

Y aunque esta meta de la “salud para todos” no se logró en el año 2000, todavía sigue siendo un ideal para las poblaciones del mundo que han visto afectado su derecho fundamental a la salud y la vida digna. Por tal razón, las conferencias internacionales de promoción de la salud posteriores a Alma Ata han ratificado el sueño de lograr la meta de salud para todos y de la APS como estrategia para alcanzar esa idea (1).

En 2007 la OPS y la OMS presentaron una perspectiva renovada para el desarrollo y avance de los sistemas de salud basados en la APS, en la cual se definieron los valores, principios y elementos esenciales que deben estar presentes en un enfoque renovado de APS, en lugar de describir un modelo rígido. Se esperaba que cada país, de acuerdo con sus necesidades y condiciones encontrara el camino para

crear su propia estrategia sostenible para un sistema de salud basado en la APS renovada (3).

Un año después, la OMS-OPS describieron el contexto de la renovación de la APS, resaltando que, aunque muchos países habían registrado importantes avances en materia de salud en los últimos decenios, los beneficios obtenidos habían sido desiguales entre los países y al interior de ellos y encontrando de manera recurrente en los países de las Américas, el fenómeno de la fragmentación de los servicios de salud como una de las limitaciones (4). Para afrontar este problema, la OMS-OPS presentaron en 2010, la iniciativa de las Redes Integradas e integrales de Servicios de Salud –RISS-, proponiendo un marco conceptual y operativo para entenderlas y sugiriendo unos instrumentos de política pública y mecanismos institucionales para desarrollarlas (5).

Específicamente en Colombia, la Ley 1438 del 2011 es la norma nacional que reconoció por primera vez la APS como una estrategia de acción coordinada del Estado, las instituciones, y la sociedad, para el mejoramiento de la salud y la creación de ambientes sanos y saludables, mediante la oferta de servicios de salud y de calidad, mayor nivel de salud posible a toda la población, tal como se propuso en Alma Ata (1) (6). No obstante, la mencionada ley, en el país, la APS ha sido objeto de múltiples debates por sus loables propósitos versus el avance de la globalización neoliberal, sumado a la estructura del sistema de salud y su modelo implementación de aseguramiento (2). También, por las distintas formas de implementación y seguimiento, muchas veces mediante programas y proyectos minimalistas, desarticulados y sin continuidad en el tiempo (7). Pero también, en este contexto, la APS es reconocida y valorada por los resultados logrados mediante estrategias de más integrales y continuas, en algunos territorios donde los gobernantes en su momento han hecho una gran apuesta por ella, y, en consecuencia, destinado los recursos necesarios para desarrollarla con éxito, como fue el caso de “MANA, APS, AYEPI” en zona rural de Medellín (8) “Salud a su hogar” en Bogotá (9).

El municipio de Quibdó se encuentra ubicado al norte de la región pacífica colombiana, en la zona central del departamento del Chocó, a la margen oriental del río Atrato. Al analizar sus principales indicadores de desarrollo, las brechas de inequidad con el resto del país son considerables. El promedio del indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas en el municipio es del 90% frente al nacional que se aproxima a 27,8% (10). En relación con las 23 principales ciudades y áreas metropolitanas del país, el porcentaje de la población en situación de pobreza de Quibdó es del 73%, ocupando el primer puesto en mayor incidencia de pobreza y pobreza extrema con 49,9% y 17,5% respectivamente. Quibdó también es la ciudad

que cuenta con mayor desigualdad de ingresos, con un coeficiente de Gini de 0,538, frente al promedio de las demás ciudades, de 0,507. Además, según cifras del DANE el porcentaje de viviendas en asentamientos informales alcanza el 83% (10).

En cuanto a experiencias de políticas públicas de APS en Quibdó, entre 2009 y 2010 se realizó la implementación de un modelo piloto de la APS en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ministerio de la Protección Social (MPS), la Caja de Previsión Social de Comunicaciones (CAPRECOM) y la Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN). Como contexto de este piloto, se tenía un sistema de salud con múltiples afiliaciones y deficiente red de servicios de salud, donde había poco acceso a los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y se tenía un enfoque centrado en la enfermedad y netamente asistencial (11). Estas entidades, desarrollaron un modelo de atención integral en salud a través de las Unidades Móviles de Salud (UMS), integradas por un equipo coordinador, un equipo móvil de profesionales de la salud, la comunidad organizada, los gestores de salud y la familia. Los equipos móviles se desplazaban a las comunidades acercando los servicios de salud a la población (11).

Los gestores de salud por su parte, desarrollaron actividades claves para lograr que las comunidades transformaran sus hábitos hacia estilos de vida más saludable, y además fueron puentes entre la comunidad y los equipos móviles. En el tiempo de aplicación del piloto, el informe reporta que con esta estrategia se pueden superar barreras de acceso a la comunidad, a la atención en salud, con predominio de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (11).

No obstante, también se presentaron dificultades como la conservación de los biológicos, o problemas de comunicación en relación con las jornadas, ocasionando retraso para vincular a la población a las actividades. Asimismo, se presentaron dificultades en el manejo de residuos peligrosos; hubo desconocimiento por parte de la población del plan de beneficios y de conocer sus deberes y derechos como usuarios. Finalmente, no hubo continuidad por falta de recursos económicos (11). En 2013 con el Acuerdo 024, el Municipio adoptó un modelo de salud intercultural basado en la estrategia de APS llamado “Salud casa a casa” (12) que se implementó durante un año, pero tampoco tuvo continuidad. En su lugar, se siguieron realizando actividades aisladas de promoción y prevención por parte de las aseguradoras en salud.

El presente artículo, da cuenta de los resultados de un estudio que se llevó a cabo en 2018 en Quibdó–Chocó para responder a la pregunta cómo fue el proceso de implementación de la APS en este municipio durante el periodo 2009-2018, sus

alcances y limitaciones, según la percepción de los actores comunitarios e institucionales.

Metodología

Estudio de caso comprensivo enmarcado en el paradigma histórico–hermenéutico (13), llevado a cabo con 24 participantes del municipio de Quibdó: 8 actores comunitarios y 16 institucionales, seleccionados utilizando la técnica de muestreo por conveniencia. Los actores comunitarios cumplían los siguientes roles: tres eran representantes de los usuarios en dos Empresas Sociales del Estado (ESE), y en una entidad aseguradora –EPS; uno era el presidente de una junta de acción comunal y cuatro eran líderes indígenas. Por su parte, los 16 actores institucionales cumplían los siguientes roles: 13 pertenecían al equipo básico de salud de la ESE municipal, uno era el Gerente, una era la coordinadora del programa de promoción y prevención de la Secretaría Municipal de Salud y un funcionario directivo de una EPS del municipio. Los criterios de inclusión definidos fueron: haber tenido experiencia en la implementación de la APS en el municipio, tener conocimiento del territorio y tiempo e interés para participar. La invitación a participar en el estudio se hizo a través de las secretarías municipal y departamental, en atención a la solicitud de la investigadora.

Para la recolección de la información se realizaron dos talleres (uno con los actores comunitarios y otro con los actores institucionales) y siete entrevistas semiestructuradas (cuatro entrevistas con actores comunitarios indígenas y tres con actores institucionales quienes no hicieron parte de los talleres). Los talleres se desarrollaron mediante la técnica colcha de retazos la cual es una técnica interactiva de investigación social de tipo descriptivo que permite indagar, generar información y recrear los procesos en los que los sujetos se encuentran inmersos, para dar cuenta de su comprensión y percepción del asunto que se investiga (14).

Tanto los talleres como las entrevistas se llevaron a cabo en el mes de junio de 2018 en las instalaciones de la ESE municipal y del laboratorio departamental de salud pública, y para ello se cumplieron los respectivos protocolos de consentimiento informado.

Previa autorización, se grabaron en audio los talleres, entrevistas y se transcribieron en Word. Una vez transcrita la información, y utilizando herramientas de la teoría fundada (15), se inició con el proceso de codificación abierta de 6 entrevistas, identificando 7 categorías descriptivas que emergieron del análisis de los códigos asociados. Luego, con el fin de saturar las categorías, se procedió con el análisis de la información recolectada en los 2 talleres y la última entrevista. Producto de

este último análisis, se identificaron aquellos códigos que complementaban el sentido de las categorías y emergieron 3 categorías descriptivas adicionales.

A continuación, se procedió con un momento de análisis y síntesis en el que la pregunta orientadora fue ¿Cómo se relacionaban las 10 categorías entre sí? Como resultado de este análisis, se identificaron cuatro categorías analíticas (15) en torno a las cuales se congregaron las categorías descriptivas y que dan cuenta del objetivo de esta investigación en términos de reconocer el alcance y las limitaciones de la Atención Primaria en Salud en el municipio de Quibdó-Chocó, en la perspectiva de los actores involucrados.

Consideraciones éticas:

El protocolo del proyecto de investigación fue evaluado por el Comité de Ética del Centro de Investigaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública y registrado en dicho centro. En todas las fases del proceso investigativo se respetaron las normas de derechos de autor y se reconoció a los participantes como sujetos activos, pensantes y reflexivos con capacidad de expresar libremente sus opiniones sobre el tema de interés del estudio. También se tuvieron en cuenta los aspectos éticos de la Resolución 8430 de 1993 (16).

Resultados:

En el apartado, se presentan los hallazgos de la investigación en relación con las 4 categorías analíticas que emergieron del proceso de análisis de la información y que dan cuenta de las percepciones de los actores comunitarios e institucionales que participaron en el estudio en torno al proceso de implementación de la APS en el Municipio de Quibdó. Así, en primer lugar, se presentan las apreciaciones de los participantes del estudio sobre los significados de la APS. Luego, lo referido al proceso de implementación de la APS en el municipio. Posteriormente, se da cuenta de los logros y alcances que ellos reconocen, y por último de las limitaciones que deben superarse.

1. Apreciaciones sobre el concepto de APS y algunos elementos relacionados.

Una de las principales temáticas indagadas con los actores institucionales y comunitarios se relacionó con su **comprensión conceptual** acerca de la APS. En relación con esto, las respuestas dieron cuenta del significado de APS, el concepto de Salud en APS, los principios que rigen la APS, lineamientos normativos

asociados y, algunas especificidades a tener en cuenta cuando se habla de APS en el municipio, debido a la presencia de población indígena. A continuación, su descripción.

En relación con el significado de la APS, para los participantes del estudio, la APS es una estrategia que busca mantener sana a la comunidad para que pueda gozar de una vida digna, “llevando” servicios de salud con equipos interdisciplinarios “a todos”, incluyendo comunidades vulnerables, rurales y dispersas. Esta estrategia debe estar documentada y debe coordinar acciones intersectoriales e intersectoriales que permitan brindar buenos servicios de salud y mejorar la atención en las EPS e IPS. APS también es relacionada por algunos actores comunitarios (AC) con una primera atención o consulta, primeros auxilios o una asistencia básica que se le brinda a una comunidad.

Sobre el concepto “salud”, los actores institucionales y comunitarios, resaltaron que en APS, el concepto de salud va más allá que la relación médico-paciente, de hecho, lo que menos se busca potenciar es “*que la persona vaya al médico*” porque hay un enfoque en la educación y la prevención, y en hacer énfasis en los factores que influyen en la salud: alimentación, vivienda, agua, medio ambiente, entre otros, e identificar situaciones problemáticas de salud de la comunidad para intervenirlas para evitar que las personas sufran complicaciones relacionadas con las enfermedades.

Frente a los principios que rigen la APS, los asistentes enumeraron: transparencia, equidad, responsabilidad, colectividad, respeto, trato digno y humanitario, compromiso, solidaridad, derecho a la salud, justicia social, participación, sostenibilidad y continuidad.

En términos de lineamientos normativos relacionados con la APS, se reconocieron principalmente la “Conferencia sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata” de 1978 la Constitución Política de Colombia de 1991, la Ley 100 de 1993 (creación del sistema de seguridad social de Colombia, la resolución 412 de 2000³ y la Res. 3384 de 2019. También, la Ley 1438 de 2011 (reforma el sistema general de seguridad social en salud), la estrategia IAMI de 2011 (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) el decreto 1953 de 2014 (régimen especial para los territorios indígenas), la resolución 518 de 2015 (Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC, el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) de 2016, la Política de Atención Integral de Salud (PAIS) de 2016 y el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE) de 2019.

³(derogada parcialmente por la Res 3082 de 2000)

Finalmente, un elemento adicional que emergió en relación con la APS en este Municipio es que, debido a la presencia de indígenas en el territorio (hay 20 comunidades indígenas ubicadas en Quibdó), es relevante el reconocimiento y respeto de su forma de entender la salud para poder incluirlos en la estrategia.

2. La implementación de la APS en Quibdó 2009-2018 según la experiencia de los actores comunitarios e institucionales.

En relación con el proceso de implementación de la APS en Quibdó, los participantes se centraron en la experiencia del piloto realizada durante 2009 y 2010. Sólo una persona nombró la experiencia “Casa a casa” que fue implementada durante algunos meses de 2012. Para el periodo 2012-2018, se encontró que se adelantaron acciones de promoción y prevención sin estar articuladas a la estrategia de APS.

Del piloto realizado durante 2009 y 2010, los actores comunitarios e institucionales resaltaron que fue diseñado concertadamente a partir de las necesidades de poblaciones vulnerables en la zona rural y barrios periféricos, afectados por la no prestación de los servicios de salud de manera oportuna. al igual, que se conformaron equipos multidisciplinarios que se encargaban de desplazarse a los barrios y realizar actividades con la comunidad.

También relataron que para la implementación de aquel piloto en APS (2009-2010) contribuyeron los siguientes actores: la ESE Municipal (liderando el piloto), promotores de salud (varios de ellos eran personas formadas de la comunidad), los profesionales de diferentes áreas sociales, las aseguradoras responsables de garantizar la atención en salud de los usuarios, las autoridades gubernamentales (Alcaldía, Secretaría de Salud Departamental), cooperaciones internacionales que promovieron proyectos como las huertas caseras y escolares. Asimismo, reconocieron la participación de líderes comunitarios, voluntarios y toda la comunidad.

Según los participantes de esta investigación en la experiencia piloto de 2009-2010, había más recursos económicos y materiales, mejor gestión de los directivos, mejor remuneración a los trabajadores, funcionarios más dedicados a su trabajo y con mayor sentimiento de responsabilidad con las comunidades. Como resultado, se brindaba mejor atención a la población. Esta experiencia piloto basada en APS terminó en 2010 y no se le dio continuidad.

Para el periodo 2010-2018 una persona refirió otro intento de implementación de APS con la experiencia casa-casa en 2012, el cual duró unos meses, pero al igual que el piloto no se le dio continuidad. En su lugar, hasta el 2018 se habían venido implementando algunas acciones aisladas de promoción y prevención con la comunidad: educación en deberes y derechos en salud, consumo de sustancias psicoactivas (SPA), suicidio, cuidado ambiental y saneamiento básico, paludismo, tuberculosis; también se venían implementando programas de control prenatal, salud sexual y reproductiva (incluyendo embarazo adolescente, ITS, VIH,), crecimiento y desarrollo (desnutrición), hipertensión y diabetes; jornadas médicas, vacunación, odontología, consulta externa y distribución de medicamento; así mismo se realizaban identificación de síntomas en la comunidad y brotes (toma de muestras rápidas de Malaria y TBC) y su reporte al hospital.

3. Avances y logros de la implementación de la APS

Tanto los actores comunitarios como los institucionales identificaron diferentes avances y logros que se alcanzaron con la implementación la APS en el municipio, refiriéndose en particular a la experiencia piloto de 2009 y 2010. De acuerdo con ellos, los principales logros con esta estrategia basada en APS fueron: acceder a comunidades dispersas en el territorio, dialogar con la población indígena acerca de la posibilidad de tratar algunas enfermedades con medicina occidental y, ampliar los espacios para fortalecer la participación comunitaria lo cual permitió que la comunidad conociera sus deberes y derechos en salud.

Así, en primer lugar, los participantes refirieron que la estrategia de APS había sido la única manera para llegar a las comunidades dispersas a las que previamente no se había accedido. El enfoque comunitario y la creación de equipos móviles de salud rurales y urbanos articulados, permitió acceder a los territorios que eran habitados por poblaciones vulnerables e implementar programas y actividades con participación de la comunidad, así como hacer atención y seguimiento a las familias; finalmente, también se logró caracterizar a la población en términos de salud y acceso a servicios públicos.

En particular, con la población indígena, se reportó que hubo avance en programas como vacunación, salud sexual y reproductiva -las mujeres indígenas aprendieron a controlar su periodo de gestación, planificación familiar, asistencia al médico en parto complicado, se avanzó en el reconocimiento de que, aunque algunas enfermedades pueden curarse con la medicina tradicional, hay otras que no como

la tuberculosis o el paludismo que requieren de la medicina occidental o una combinación de las dos. Así, se empezaron a articular prácticas de la medicina tradicional (curanderos, parteras, sobanderos) con la medicina occidental, en línea también con el decreto 1953 de 2014.

Según los diferentes actores que participaron en esta investigación, con la experiencia piloto de la APS de 2009 y 2010, los escenarios de participación también se ampliaron. Durante ese período, la administración inició un proceso para fortalecer la participación comunitaria a través de las veedurías y las asociaciones de usuarios, dando a conocer a los usuarios deberes y derechos en salud y la orientación sobre cómo acceder a servicios de salud. Así, se fue fortaleciendo, por ejemplo, el Comité de Participación Comunitario (COPACO), el cual, para 2018, estaba siendo reconocido como un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales (asociaciones de usuarios) y el Estado, con la función de velar por el cumplimiento de la ejecución de los planes, proyectos, programas en salud y por el buen trato a los usuarios en la prestación de servicios de salud; además de apoyos directos que brinda en brigadas de salud en barrios periféricos y municipios del departamento.

Las madres comunitarias también se empezaron a reconocer como una forma de participación. Y, finalmente, la Empresa Social del Estado se fue transformando, hacia un servicio con enfoque comunitario, realizando capacitaciones en salud a líderes comunitarios y, a través de las reuniones de los COPACOS y del Consejo Territorial en Salud se estaba en la búsqueda de fortalecer la gestión social territorial, la institucionalidad y la ciudadanía en salud.

4. Limitaciones en la implementación de la APS

Finalmente, acerca de las limitaciones para la implementación de la APS, los actores comunitarios e institucionales, refirieron, por una parte, el débil compromiso y credibilidad del sistema de salud colombiano el cual se ve reflejado en la mala prestación de los servicios de salud a las comunidades, realizando contrataciones fragmentadas y aumento en la rentabilidad; y su interés se centra en el cumplimiento de metas e indicadores. Así mismo, reconocen que en términos de lineamientos normativos en APS consideran que la política de APS, debe ayudar a coordinar diferentes sectores y articularlo con el sector salud para mejorar las condiciones de salud a la comunidad. Consideran que no hay una política clara en APS, y débil voluntad política. Por otra parte, no se logró intervenir los determinantes de la salud,

el recurso humano no tiene formación en APS. Todo lo anterior ha dificultado en proceso de implementación de la APS.

Frente a las limitaciones para la implementación de la APS, desde un contexto general, los participantes expresaron que esta estrategia, desde su creación en Alma-Ata en 1978, se ha visto obstaculizada tanto por el capitalismo como por las industrias farmacéuticas que *“son unos de los más grandes enemigos de la atención primaria porque ven amenazadas sus ventas en medicamentos”*. Así mismo consideran que, en el contexto colombiano, la implementación de la APS también se ha visto afectada por el modelo de aseguramiento del sistema de salud que tiene mayor interés en la rentabilidad que en la prestación de los servicios o en la salud de las comunidades. Un ejemplo de este interés sería el fenómeno de la integración vertical, en la cual, las EPS sólo contratan los servicios con sus propias IPS sin articularse con otros prestadores, dificultando la atención de las personas.

Además, fue reportado que el poco compromiso de las EPS con la APS se puede observar en que hay un gran interés en cumplir metas e indicadores implementando acciones, pero no necesariamente las que requiere la población. Así, por ejemplo, posterior a la experiencia piloto de APS, aunque se continuaron realizando jornadas de salud con la comunidad y actividades de promoción y prevención *“sólo se realizan por cumplimiento”*, de tal manera que estas acciones ni están articuladas necesariamente con las necesidades de la comunidad (por ejemplo, se llevan medicamentos que las personas no requieren), ni se realizan en sitios vulnerables, ni se le informa la programación a la comunidad. Tampoco hay continuidad ni seguimiento de las actividades y por lo tanto no se conoce el impacto: *“De vez en cuando ve uno a unos muchachos con unos termitos vacunando”*.

Otra limitación para la implementación de la APS tiene que ver con los lineamientos normativos. Los participantes expresaron que una política de APS debería *“crear las condiciones para coordinar los diferentes sectores -salud, educación y saneamiento básico- lo que hace posible que la comunidad cuente con una buena salud”*.

Sin embargo, esto no es así, y, por el contrario, en general se carece de una política clara en el Municipio de cómo llevar a cabo la APS, falta socialización y sensibilización respecto a esta estrategia, y la demora en la publicación por parte del gobierno de las directrices a nivel nacional, así como cambios constantes en la normatividad, también dificultan la implementación en el territorio. Como consecuencia, al no contar con una política clara de APS en el Municipio, su implementación termina dependiendo de la voluntad de los políticos y gobernantes de turno.

Asimismo, se anotó como dificultad, que con la experiencia piloto de APS, no se logró intervenir los determinantes de la salud ni cambiar la mentalidad de la comunidad, sino que este piloto tuvo también un carácter asistencial centrándose en la atención de las enfermedades. Por tanto, aún prevalece la concepción de algunos usuarios de APS como *“asistir cuando están enfermos para que los curen”*.

Ahora bien, también se identificaron características propias del Municipio que dificultan la implementación de la APS, como su geografía (que impone barreras para ingresar a donde se encuentran las poblaciones) y contar con alta dispersión de las comunidades en el territorio rural, lo cual dificulta el acceso, la atención y hace más costosa la implementación de la APS. Adicionalmente, en este Municipio conviven diferentes etnias indígenas las cuales (a 2018), no contaban aún con una EPS, a pesar de los diferentes esfuerzos realizados y que *“hasta muertos había puesto la comunidad por exigirla”*, tal como lo expresó uno de los actores comunitarios. En particular esto ha sido una dificultad para la implementación de la APS porque al estar los indígenas afiliados a distintas EPS, les prestan diferentes servicios y coberturas y por lo tanto atención y acceso a servicios, no son iguales. La IPS indígena que existe, estaba realizando brigadas de salud, y ofreciendo algunos programas (como salud sexual y reproductiva); esta IPS, sin embargo, no cuenta con servicios de salud mental, ni crecimiento y desarrollo, ni vacunación y por lo tanto debe articularse con otras IPS dificultando la prestación de los servicios.

Asimismo, se identificó que es una limitación que no se hubiera evaluado o hecho seguimiento al piloto de APS, y tampoco se le hubiera dado continuidad como estrategia y en lugar de ello, se estuvieran implementado acciones aisladas de promoción y prevención, manteniendo un enfoque asistencialista (periodo 2012-2018). Estas actividades aisladas de promoción y prevención también presentaban diferentes limitaciones, entre ellas, los participantes señalaron que la capacidad institucional para la prestación de estos servicios no era la mejor, la caracterizaron como *“deficiente, negligente e inhumana”* y como un escenario donde *“se despilfarraran los recursos”* o *“no se usaban en lo que se debían usar”*. Además, no había presencia permanente de recurso humano en la comunidad, de tal manera que no tenían quién los orientara frente a cómo actuar en relación con los procesos de salud-enfermedad. Esto había ocasionado, por ejemplo, que la población se auto medique y termine generándose resistencia a los tratamientos e incluso la muerte.

Asimismo, se resaltó que los recursos económicos para estas actividades fueron insuficientes y esto impidió una planeación administrativa y presupuestal, lo cual había tenido como consecuencia una inadecuada prestación de los servicios de salud, tiempos de espera mayores a 3 horas en urgencias, (de tal manera que los

pacientes se cansaban y se iban sin ser atendidos), con una atención que tendía a desestimar los síntomas de los pacientes (ocasionando el deterioro de las personas e incluso la muerte), con servicios en los cuales “todo se resuelve con acetaminofén”; difícil acceso a citas y autorizaciones (lo que hace que los usuarios utilicen más el servicio de urgencias), exceso de tramitología (por ejemplo se entra por urgencias pero un examen que se necesita, hay que pedir consulta externa), desplazamientos entre diferentes sedes para reclamar medicamentos y complicaciones en el proceso de referencia y contra referencia.

En términos de infraestructura, reportaron que los pocos centros y puestos de salud que existían no estaban en buen estado y que, adicionalmente, no eran de fácil acceso para todas las comunidades: *“se hace difícil que un paciente grave de allá venga a Quibdó, ya se han muerto en el transcurso del viaje, ya ha pasado eso, niños graves y partos”*.

Otra limitación enumerada fue la falta de educación en salud desde la infancia, proceso que debería iniciarse desde los jardines, escuelas, y colegios, para que las personas cuando sean adultas tengan conciencia de la importancia del autocuidado y los comportamientos saludables en su entorno.

Finalmente, también identificaron limitaciones relacionadas con la participación comunitaria, expresando que a la comunidad aun le hacía falta empoderamiento: *“la familia que hace parte de la comunidad no conoce los factores de riesgo que afectan a su entorno”*. Por otra parte, los líderes comunitarios, no recibían ningún tipo de incentivo por su labor con la comunidad y tampoco recibían apoyo de parte de los actores institucionales para realizar sus actividades. Hay personas que no participarían a menos que se les dé una dádiva por la asistencia y tienen interés en la atención de enfermedades o saben de la importancia de la prevención. Finalmente, las EPS también limitaban la participación social: ni realizaban procesos de capacitación en salud con sus usuarios ni apoyaban a los líderes que habían recibido formación para empoderar a esos usuarios y querían hacerlo.

Discusión y conclusiones

El propósito de esta investigación fue reconocer cómo ha sido el proceso de implementación de la APS en Quibdó–Chocó, sus alcances y limitaciones, con base en la percepción de los actores comunitarios e institucionales involucrados durante el periodo 2009-2018.

En primer lugar, vale la pena destacar que el significado que emerge de APS entre los participantes del estudio, contiene varios de los elementos propuestos por la OMS para la comprensión de la APS en 1978 (1) Por ejemplo, que es una estrategia que debe estar al alcance de todos, tratando de acercar la atención en salud a los lugares donde viven las personas; la importancia de la participación comunitaria; que la APS es la primera pieza del mecanismo de la asistencia sanitaria y que se necesita la coordinación de acciones intersectoriales (1).

Sin embargo, entre sus apreciaciones no se observa que se haga referencia a los elementos relacionados con los métodos o tecnologías a utilizar ni a su fundamento científico o a su aceptación social. Tampoco hacen referencia al “espíritu” de autorresponsabilidad ni autodeterminación, ni a que la APS es un elemento del desarrollo social y económico de la comunidad (3). Tampoco mencionaron los nuevos elementos propuestos en la APS renovada, como por ejemplo tener como meta la orientación a la calidad o el costo efectividad de los servicios (17). En este sentido, los significados de la APS entre estos participantes estarían más orientados a reconocerla como un elemento del sistema de salud, que su propio valor para contribuir a la reducción de brechas en salud y mejores condiciones de salud y bienestar, especialmente si se considera su costo-efectividad.

En efecto, para muchos de los actores involucrados que hicieron parte del estudio, la APS es entendida como una primera atención o una consulta médica, o primeros auxilios o asistencia básica que se le brinda a una comunidad. Elementos que en gran medida no se corresponden con la perspectiva europea de la APS, ni con la propuesta de APS renovada, la cual incluye más elementos que el primer contacto con los servicios de salud, tales como la promoción de la salud y la intervención de los determinantes sociales de la salud (18).

En relación con la implementación del piloto de la APS en el municipio, se notó la relevancia que los actores involucrados le conceden a esta experiencia, porque según ellos, en esa oportunidad se logró caracterizar a la población y las familias. Acción de gran valor en los propósitos de la APS, porque de esta manera se logra priorizar más eficazmente las problemáticas de salud de las comunidades comunidad con diferentes y así poder intervenirlas (19).

Otro avance destacado por ellos en ese piloto, fue la conformación de equipos móviles de salud que permitió llevar la atención y los programas de salud a comunidades dispersas y vulnerables donde no se había llegado antes. Los equipos gestores de vida sana, también han sido resaltados de manera permanente por la OPS, señalándolos como un medio efectivo para vincular a los procesos relacionados con su salud (11).

Según Dois A, Bravo P, Contreras A, Soto MG y Mora, los equipos de APS son esenciales en el primer nivel de atención (20), y la OPS plantea que para el fortalecimiento de la APS se requiere de este tipo de equipos para que se vinculen con las comunidades (21). (En Chile, reportaron que estos equipos han permitido mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud (22). Por su parte en Cuba, el modelo de atención centrado en el médico y la enfermera de familia como miembros principales de los equipos de salud, les ha permitido desarrollar con éxito la estrategia de APS como cimiento de su sistema de salud (23). Asimismo, en Brasil, el pilar fundamental del sistema de salud público son los equipos de salud de la familia, que brindan atención en salud de calidad a las familias en sus hogares, con activa participación comunitaria (24).

Por otra parte, teniendo en cuenta que en Quibdó la población indígena es de 1504 habitantes distribuidos en 20 comunidades diferentes (25), también se reconoció como un avance, que la implementación del piloto permitiera el acercamiento de esta población, en términos de prácticas saludables, respetando el conocimiento tradicional de ellos sobre el proceso salud-enfermedad. Al respecto, es preciso reconocer que los pueblos indígenas en Colombia, en términos de acceso a servicios de salud, han sido tradicionalmente marginados por el Estado aun cuando la Constitución Política declara al país como una nación multiétnica y pluricultural. Sin duda, tal como lo reconoce Alecrím, la APS también puede contribuir a visibilizar sus necesidades de atención en salud y construir con ellos las estrategias más adecuadas para su participación y adaptación a su propia cultura (26).

El fortalecimiento de los espacios de participación comunitaria también se reconoció en este estudio como uno de los logros en la implementación del piloto. Se confirma de esta manera que el postulado de la participación social es esencial para garantizar el éxito de la APS porque permite que todos los actores involucrados tengan representación (27), al tiempo que se reconozcan las necesidades en salud con la misma comunidad (28), para luego intervenirlas. No obstante, este fortalecimiento, los participantes también reconocieron que aún les falta mayor empoderamiento en los asuntos del derecho a la salud. Para ello, tal como lo reconoce Zambrano (29), el empoderamiento comunitario es clave para el desarrollo de esta estrategia, así como para la construcción de ciudadanía, la defensa de los derechos y la transformación del entorno.

Otra de esas limitaciones que se destaca, es la poca claridad de la política pública sobre APS en términos de lineamientos para la implementación de la estrategia. En este sentido se observa, según relataron los participantes, que cuando el municipio adoptó la estrategia de la APS con el Acuerdo 024 de 2013 (11), el Plan de Desarrollo (2012-2015) (25), ya había sido aprobado y, por lo tanto, la estrategia no

quedó incluida ni tuvo presupuesto. Luego, en el siguiente Plan de Desarrollo (2016-2019) (30), en la línea programática en salud, por una parte, no se nombra directamente la estrategia de APS, aunque se propone un proyecto llamado “hogares saludables” (en el cual no se profundiza pero permite suponer que es el modelo de APS) y, de manera desarticulada, se proponen otros proyectos diferentes, uno de ellos llamado “la salud es pública”, orientado a la implementación de acciones en las 8 dimensiones del plan decenal de salud pública, como si, la APS y la salud pública fueran paralelas.

Esa poca claridad se convierte en un obstáculo para la APS, si se considera que uno de los elementos fundamentales es el marco político y los lineamientos normativos claros y consecuentes para su implementación (3) En este sentido, la política pública de APS, estaría incompleta si se tiene en cuenta que se deberían reflejar las acciones necesarias para intervenir la problemática identificada en la sociedad (31).

En relación con la calidad de la prestación de los servicios de salud (que vienen prestándose después de haberse implementado el piloto), los actores involucrados reconocieron falencias en cuanto al presupuesto destinado, los recursos humanos insuficientes, los largos tiempos de espera, la tramitología, el enfoque asistencialista, la fragmentación de los servicios, ejecución de actividades de promoción y prevención que no siempre se corresponden con las necesidades de la población y problemas de infraestructura. Frente a estos últimos, se ha encontrado que se convierten en una razón para que las personas aun necesítandolo, no asistan a los servicios de salud (32).

Todas estas problemáticas en la prestación de los servicios de salud, están en contravía con lo propuesto por la política pública de atención integral en salud del país y de la normatividad relacionada con la garantía de calidad de la atención de salud en Colombia. La atención en salud, conforme a los lineamientos de la APS (3), debe ser apropiada, integral e integrada, con acceso a servicios de promoción, prevención, diagnóstico, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el autocuidado, garantizando tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes, incluyendo la coordinación de todos los niveles de atención, para responder a las necesidades de salud de la población.

A modo de cierre, podría concluirse que, en el municipio de Quibdó, no obstante las limitaciones ya descritas, el piloto de APS llevado a cabo entre 2009-2012 es la experiencia mejor valorada y reconocida por los actores involucrados, y que esta pudo llevarse a cabo por el compromiso conjunto de la OPS, el Ministerio y las secretarías de salud departamento y municipal. Con esa experiencia se logró

acercar los servicios de salud a las poblaciones más dispersas del territorio, así como la interacción con la población indígena. No obstante, como su mismo nombre lo indica, este sólo fue un “piloto” del que se supone el municipio tendría sus propios aprendizajes y reconocería las bondades de la APS para mantenerla. Pero, como lo reconocieron los participantes del estudio, ni los gobernantes siguientes al tiempo del piloto tuvieron la voluntad de mantener y fortalecer la política de APS, ni la comunidad tuvo el suficiente empoderamiento para defender su derecho a la salud mediante la continuidad de la estrategia. Ahora, el municipio afronta inmensos retos para reducir las desigualdades sociales y las inequidades en salud que aún persisten, y para ello, los actores comunitarios e institucionales involucrados tienen la palabra, para exigir al gobierno local, departamental y nacional la reactivación de las políticas de APS en el territorio.

Agradecimientos

Se agradece a los participantes por sus valiosos aportes para los propósitos del estudio. Asimismo, a los funcionarios de las secretarías de salud municipal y departamental de Quibdó y Chocó, por su apoyo en la convocatoria.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata. Kazajistán: OPS-OMS; 1978.
2. Franco Giraldo A. Atención primaria en salud-APS. ¿De regreso al pasado?. Rev Fac Nac Salud Pública. 2011; (1): 83–94.
3. Pan American Health Organization. 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. Washington: OPS/OMS; 2007. 33 p.
4. Organización Mundial de la Salud-OMS. Informe sobre la salud en el mundo: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008
5. Organización Mundial de la Salud-OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hojas de Ruta para su Implementación en las Américas. OMS; 2010.
6. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El congreso; 2011.
7. Franco Giraldo A. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud-APS.

[Internet] [consultado 2020- mayo 24]. Disponible en: file:///C:/Users/HP/Downloads/APS %20Rol%20profesionales%20salud.%20AFG%202015%20(3). pdf.
8. Colombia. Gobernación de Antioquia, Organización Panamericana de la Salud. Convenio Cooperación Técnica- DSSA-OPS, [internet] [Consultado 2020 julio 22] Disponible en : https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-gestion-de-las-experiencias-mana-aps-y-aiapi&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&Itemid=688
9. Vega R, Carrillo F. Atención Primaria en Salud y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. El caso 'Salud a su Hogar 'Bogotá. Cooperación Técnica- DSSA-OPS, [internet] [Consultado 2020 julio 22] Disponible en : https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&

[alias=94-gestion-de-las-experiencias-mana-aps-y-
aiepi&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&Itemid=688](https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104)

10. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE. Análisis regional de los principales indicadores sociodemográficos de la comunidad afrocolombiana e indígena a partir de la información del censo general 2005 [Internet]. 2005. [consultado 2019 dic 5]. Disponible en: <https://bit.ly/36bUUqL>.
11. Chocó. Cooperativa de Hospitales de Antioquia - COHAN, Caja de Previsión social y comunicación - **CAPRECOM** Organización Mundial de la Salud-OMS, Organización Panamericana de la salud - OPS, AECID, Ministerio de Protección Social - MPS, Departamento Administrativo de Salud Chocó - DASALUD, Manual operativo de las unidades móviles de salud Chocó-Colombia [Internet] [Consultado 2017 mayo 10]. 2009. Disponible en: <https://bit.ly/2rWMcx>.
12. Quibdó. Concejo municipal. Acuerdo 024 del 21 de abril de 2013 por medio del cual se adopta el modelo de salud intercultural basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud “Salud casa a casa” para el municipio de Quibdó, vigencia 2012-2021. Quibdó: El Concejo; 2013.
13. Cárcamo, H. Hermenéutica y Análisis Cualitativo. Cinta de Moebio. Revista de epidemiología de ciencias sociales. 2005 Sep.; 23: 204-216.
14. García Chacón B, González Zabala S, Quiroz Trujillo A, Velásquez Velásquez A. Técnicas interactivas para la investigación social cualitativa. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó; 2002.
15. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Teoría y procedimientos para desarrollar la teoría fundada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
16. Colombia. Congreso de la República. Ley 8430 de 1993, Por la cual se crea las normas técnicas científicas y administrativas y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 41148 (4. oct. 1993).
17. 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 Pública [Internet]. 2018; 42. e104 [Consultado 2020 mayo 10] Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>.

18. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud. Washington: OPS/OMS; 2008.
19. Colombia. Secretaría de Salud de Bogotá. Atención primaria en salud un camino hacia la equidad. Bogotá HUMANA. 2012. ISBN 978-958-8313-58-0 [Internet] [2020 junio 15] Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Equidad%20en%20Salud/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud_un%20camino%20hacia%20a%20equidad.pdf
20. Dois A, Bravo P, Contreras A, Soto MG, Mora I. Formación y competencias para los equipos de atención primaria desde la mirada de expertos chilenos. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2018 [Consultado 2019 diciembre 5] 42. Disponible en: <http://s.paho.org/xmlui/handle/123456789/49466>.
21. Organización Panamericana de la Salud- OPS. Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington: OPS; 2008.
22. Minoletti A, Soto-Brandt G, Sepúlveda R, Toro O, Irrázaval M. Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: una contribución a Alma-Ata. Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Health. 2018;42: e136.
23. Martínez Calvo S. Logros y retos de la Atención Primaria de Salud en Cuba. Rev. haban cienc med. 2018 mar- abr; vol.17 n.2 pp.157-160.
24. Becerril V, Montekio, Medina G, Aquino R. Sistema de salud de Brasil. Salud Pública México 2011; 53 supl 2: S120-S131. [Internet]. 2011, vol.53, suppl.2 [Consultado 2020-may-27], pp. 120-131. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-363
25. Quibdó. Alcaldía Municipal. Plan de Desarrollo Multiétnico, Social y de Obras Públicas “Quibdó MIA, Unido, Equitativo y Acogedor” 2012 - 2015, Quibdó: Alcaldía; 2012.
26. Alecrím W. Servicios de salud, pueblos indígenas y prácticas médicas. Rev Salud Pública. 2001;3(1): 68–70.

27. Pineda Granados F. La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva. Revista de **Salud** pública. 2004 sep.; **6**, 40-49.
28. Sanabria Ramos G. Participación social en el campo de la salud. Rev Cuba Salud Pública. 2004 jul.; 30(3).
29. Zambrano H. Participación social, movilización social por el derecho a la salud.
En: APS Atención Primaria en Salud. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2006.
30. Quibdó. Alcaldía Municipal. Plan de Desarrollo, 2016-2019, Ruta Q: Seguimos avanzando hacia la paz. Quibdó: Alcaldía; 2016.
31. Parsons W. Políticas públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas. Argentina: Flacso - México; 2007.
32. García Subirats I, Vargas Lorenzo I, Mogollón Pérez A, Pierre De Paepe M, Ferreird Silva J, Vásquez Navarrete et al. Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil. Gac Sanit. 2014;28(6): 480,488.